



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

DOCTORADO EN SALUD COLECTIVA

3ª COHORTE — 2016 - 2018

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE DOCTOR

TÍTULO

**Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección
de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020**

DOCTORANDO

Mg. Juan Pablo Apollonia Cresci

DIRECTOR

Dr. Leonardo Federico

FECHA DE ENTREGA

Marzo, 2024

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

DOCTORADO EN SALUD COLECTIVA

3ª COHORTE — 2016 - 2018

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE DOCTOR

TÍTULO

**Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección
de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020**

DOCTORANDO

Mg. Juan Pablo Apollonia Cresci

DIRECTOR

Dr. Leonardo Federico

INTEGRANTES DEL JURADO

Dr. Dário Frederico Pasche

Dr. Túlio Batista Franco

Dr. Hugo Spinelli

FECHA DE APROBACIÓN

---/---/----

CALIFICACIÓN

A la Prof^a. Emérita Lic. Enf. Gladys Picción Nunes (*In memoriam*)

AGRADECIMIENTOS

A las/os colegas que realizaron las primeras experiencias de direcciones de hospitales públicos en Uruguay —contribuyendo a ampliar las fronteras de la Enfermería—, por su disposición para compartir sus vivencias y reflexiones para esta investigación. El autor reconoce que este es un trabajo colectivo aun conservando el anonimato de las fuentes.

Al Dr. Leonardo Federico, impulsor convencido de la importancia de este trabajo para el campo de la Salud Colectiva, por su apoyo permanente y calidez humana.

A mis padres: Juan y Rina, con mucha gratitud; a Ma. Carolina y a Joaquín, Agustina, Juan Francisco y Anaclara, por todo lo que me han acompañado en este proceso.

*“Tiene eso lindo la gestión de que podés soñar un poco más y dirigir y proponer
hacia ese sueño, hacía esa utopía” (E1:2.183).*

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo conocer las experiencias de dirección de hospitales públicos desarrolladas por profesionales de enfermería en Uruguay, en el marco de la reforma sanitaria, desde el año 2005 al 2020, desde la perspectiva de los propios gestores. Estas experiencias inéditas en el país implicaron cambios en el juego social de las organizaciones sanitarias que son de interés analizar para contribuir a la mejora de su gestión. Para ello se recogieron los testimonios de 10 enfermeras/os mediante la técnica de entrevista en profundidad semiestructurada. Se analizaron los relatos mediante el análisis temático de contenido en diálogo con conceptos de la sociología de P. Bourdieu, de la Teoría del juego social de C. Matus y los aportes de autores del campo de la Salud Colectiva para el estudio de las organizaciones sanitarias. Se evidenció que para las/os entrevistados existieron condiciones de posibilidad para el acceso a las posiciones de dirección a partir del año 2005, debido al desarrollo de la profesión en el país y a la acumulación de capital cultural, simbólico y social, así como a las políticas del ciclo progresista de gobierno. La gestión realizada por las/os enfermeras/os puede describirse como “de cercanía”, con una “perspectiva sistémica y de resolución de problemas”, y con “apertura a la participación y al trabajo colaborativo”. El ejercicio de la dirección de hospitales por profesionales de enfermería implicó en algunos casos reacciones de cuestionamiento por parte del grupo médico —que no impidió la continuidad de las experiencias—, y más bien reacciones de apoyo por parte de los demás trabajadores y usuarios de los hospitales. En general las/os gestores evaluaron positivamente las experiencias realizadas, pero con un impacto importante en la subjetividad que produce más bien malestar que gratificación. Es necesario complementar este estudio con otras investigaciones que profundicen en estas experiencias desde la mirada de las/os otras/os.

PALABRAS CLAVE: Enfermería; Gestión Hospitalaria; Reforma Sanitaria; Uruguay.

ABSTRACT

The objective of this research was to understand the management experiences of Public Hospitals developed by nursing professionals in Uruguay, within the framework of the health reform, from 2005 to 2020, from the perspective of the managers themselves. These unprecedented experiences in the country implied changes in the social game of health organizations which are important to analyze in order to contribute to the improvement of their management. For this, the testimonies of 10 nurses were collected using the semi-structured in-depth interview technique. The stories were analyzed through thematic analysis of content in dialogue with concepts from the sociology of P. Bourdieu, the Theory of the social game of C. Matus and the contributions of authors from the field of Collective Health for the study of health organizations. It was evident that for the interviewees there were conditions of possibility to access to management positions starting in 2005, due to the development of the profession in the country and the accumulation of cultural, symbolic and social capital, as well as the policies of the progressive cycle of government. The management carried out by nurses can be described as “close”, with a “systemic and problem-solving perspective”, and with “openness to participation and collaborative work”. The exercise of hospital management by nursing professionals, implied in some cases questioning reactions from part of the medical group, which did not thwart the continuity of the experiences, and rather supportive reactions from other workers and users of the hospital. In general, the managers’ assessment to the experiences carried out were positive, but with a significant impact on subjectivity that produced discomfort rather than gratification. It is necessary to complement this study with other research which can go deeper into these experiences from the perspective of others.

KEYWORDS: Nursing; Hospital Management; Health Reform; Uruguay.

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1.	Estrategias e instrumentos de la reforma del sistema de salud, Uruguay, 2008	18
Figura 2.	Conformación del Seguro Nacional de Salud, Uruguay, 2008	18
Figura 3.	Períodos de ejercicio de la dirección de un hospital de las/os entrevistados	52
Figura 4.	Distribución de los servicios de ASSE en el territorio nacional	123
Figura 5.	ASSE: evolución de los usuarios y del gasto real	141

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1.	Criterios de inclusión y exclusión de enfermeras/os gestores a entrevistar	51
Cuadro 2	Fechas y duración de las entrevistas realizadas	56
Cuadro 3.	Formación académica de las/os profesionales entrevistadas/os	103
Cuadro 4.	Distribución de la materia Administración en los planes de estudio aprobados en 1971 y 1993 de la Licenciatura en Enfermería de la Udelar	106
Cuadro 5.	Trayectoria laboral previa de las/os entrevistados	115
Cuadro 6.	Principales características de la gestión enfermera en los relatos de las/os entrevistadas/os	152
Cuadro 7.	Relatos de enfermeras/os gestores que sí volverían a realizar la experiencia de dirección de un hospital	198
Cuadro 8.	Relatos de enfermeras/os gestores que no volverían a realizar la experiencia de dirección de un hospital	198

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1.	Cobertura de salud por tipo de prestador, Uruguay, 2018	19
Tabla 2.	Cantidad de cargos de gestión de unidades ejecutoras del sector público ocupados por enfermeros, Uruguay, 2005-2019	24
Tabla 3.	Tipos de cargos ocupados por enfermeros en Unidades Ejecutoras del sector público, Uruguay, 2005-2019	24
Tabla 4.	Ejes temáticos de los artículos seleccionados	29

LISTADO DE ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria de Salud
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BVS	Biblioteca Virtual en Salud
CTI	Centro de Tratamiento Intensivo
EUE	Escuela Universitaria de Enfermería
FENF	Facultad de Enfermería
FONASA	Fondo Nacional de Salud
IAMPP	Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RAP	Red de Atención Primaria de ASSE
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
UE	Unidad Ejecutora de ASSE

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	16
1.1 Propósito.....	16
1.2 Planteamiento del problema	17
1.2.1. La reforma sanitaria en Uruguay a partir del año 2005.....	17
1.2.2. La gestión de los hospitales públicos en Uruguay	20
1.2.3. La profesión de enfermería en Uruguay	21
1.2.4. Enfermeras/os a cargo de servicios de salud en Uruguay	23
1.3 Pregunta de investigación	25
1.4 Hipótesis	25
1.5 Objetivos	26
1.5.1. Objetivo general.....	26
1.5.2. Objetivos específicos	26
1.6 Justificación.....	26
1.6.1. Justificación social	26
1.6.2. Justificación académica	27
1.6.3. Justificación personal.....	28
2. ESTADO DEL ARTE.....	29
3. MARCO TEÓRICO	34
3.1 Los conceptos de campo y habitus en la sociología de P. Bourdieu.....	34
3.2 El campo de la salud y sus organizaciones.....	38
3.3 La profesión de enfermería y la gestión.....	42
4. METODOLOGÍA	48
4.1 Marco teórico metodológico	48
4.2 Universo de la investigación.....	50

4.3 Técnica de recolección de datos	53
4.4 Trabajo de campo	55
4.5 Estrategia analítica	57
4.6 Acerca de la reflexividad del investigador	59
5. RESULTADOS	64
5.1 Las condiciones de posibilidad.....	64
5.1.1. Percepciones sobre el desarrollo de la profesión enfermera en Uruguay.....	64
5.1.1.1. La subalternidad de enfermería en las organizaciones sanitarias.....	65
5.1.1.2. La formación de enfermeras/os en Uruguay y la conquista de un espacio universitario autónomo.....	68
5.1.2. La acumulación de capital cultural en gestión de servicios de salud de los profesionales de enfermería en Uruguay.....	71
5.1.2.1. El capital mismo: “somos los que sabemos de gestión”.....	71
5.1.2.2. La gestión híbrida: característica principal del capital cultural de enfermería	75
5.1.3. Del reconocimiento y sus límites: sobre el capital simbólico de enfermería en los hospitales públicos	79
5.1.3.1. El reconocimiento del capital en gestión de enfermería.....	80
5.1.3.2. Los límites del reconocimiento.....	84
5.1.4. La apertura de los espacios de gestión de hospitales a otras profesiones y la convocatoria a profesionales de enfermería en la reforma sanitaria de Uruguay	86
5.1.4.1. La apertura del espacio de gestión de hospitales públicos a otras profesiones no médicas.....	86
5.1.4.2. El capital social de enfermería y la convocatoria a enfermeras/os para la gestión de hospitales públicos	90
5.1.4.3. Los límites en la apertura de los espacios de gestión.....	97
5.1.5. Consideraciones finales.....	100
5.2 La trayectoria personal de las/os enfermeras/os entrevistadas/os	102
5.2.1. La formación de las/os entrevistadas/os.....	102
5.2.1.1. La contribución de la formación de grado para la gestión.....	104

5.2.1.2. <i>La conformación del habitus profesional en la formación de grado</i>	107
5.2.1.3. <i>La formación de posgrado en gestión de servicios de salud</i>	111
5.2.2. <i>La experiencia laboral previa</i>	114
5.2.3. <i>Consideraciones finales</i>	116
5.3 <i>El escenario en que se desarrollaron las experiencias de gestión</i>.....	117
5.3.1. <i>El escenario del prestador público ASSE</i>	118
5.3.1.1. <i>Breve reseña histórica de los servicios de salud en Uruguay</i>	118
5.3.1.2. <i>La reforma sanitaria de 2008 y rol del prestador público ASSE</i>	120
5.3.2. <i>Los escenarios de los hospitales gestionados por enfermeras/os</i>	125
5.3.2.1. <i>El estado edilicio</i>	125
5.3.2.2. <i>Las/os trabajadores</i>	129
5.3.2.3. <i>El presupuesto</i>	134
5.3.2.4. <i>Lo administrativo</i>	141
5.3.3. <i>Consideraciones finales</i>	148
5.4 <i>Características de las experiencias de gestión enfermera</i>	150
5.4.1. <i>Gestión de cercanía</i>	152
5.4.2. <i>Con perspectiva sistémica y de resolución de problemas</i>	158
5.4.3. <i>Con apertura a la participación y al trabajo colectivo</i>	162
5.4.4. <i>Consideraciones finales</i>	169
5.5 <i>Nuevas posiciones de enfermería en el juego social de los hospitales públicos: de apoyos y resistencias</i>	172
5.5.1. <i>El grupo médico</i>	175
5.5.1.1. <i>Poder y violencia simbólica</i>	175
5.5.1.2. <i>Estrategias de los gestores enfermeros para lidiar con el poder médico</i>	178
5.5.2. <i>Otros trabajadores de la salud</i>	182
5.5.3. <i>Los usuarios de los servicios de salud</i>	185
5.5.4. <i>La oposición política y los medios de comunicación</i>	187
5.5.5. <i>Consideraciones finales</i>	191
5.6 <i>Balances de las experiencias y subjetividad</i>.....	194
5.6.1. <i>Balances de la experiencia</i>	196
5.6.1.1. <i>La valoración de las/os entrevistadas/os</i>	196
5.6.1.2. <i>El después de la gestión</i>	199
5.6.2. <i>Las huellas en la subjetividad</i>	203

5.6.2.1. <i>Gestión y malestar</i>	204
5.6.2.2. <i>Gestión y gratificación</i>	210
5.6.3. Consideraciones finales	211
6. CONCLUSIONES	213
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	222
APÉNDICES	233

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 *Propósito*

La presente investigación tuvo como propósito conocer las experiencias de gestión de profesionales de enfermería en la dirección de hospitales del sector público, en el marco de la reforma sanitaria en el Uruguay, a partir del año 2005 hasta el año 2020.

Las organizaciones sanitarias se caracterizan por su complejidad, dado que entre otros aspectos, se encuentran integradas por profesionales con alto nivel de autonomía y donde la producción de servicios se realiza a través de un “trabajo vivo” (Franco y Merhy, 2016), que se produce en el acto mismo de los procesos de atención, a través de una relación sujeto-sujeto mediada por el lenguaje verbal y no verbal.

El hospital es la organización paradigmática del campo. Tradicionalmente ha incorporado como modelo de gestión las teorías administrativas clásicas desarrolladas para el trabajo industrial desde principios del siglo XX. Esto se ha traducido en mitos en torno a su gestión que impiden ver el “juego social” que como señala Spinelli (2017), “invierte la pirámide”, ya que el trabajo artesanal y autónomo de los trabajadores es la característica esencial de este tipo de organización.

Históricamente los hospitales han sido dirigidos por profesionales médicos, por lo cual las experiencias de enfermeras/os ocupando la dirección de hospitales del sector público en Uruguay, se constituyen en un lugar privilegiado para observar las continuidades y singularidades que irrumpen en el campo de la salud en un contexto de cambios socio políticos generados a partir de la implementación de la reforma sanitaria en Uruguay.

Por otro lado, el acceso de profesionales de enfermería a cargos de dirección de servicios de salud constituye un hecho que cuestiona el modelo predominante, suscitando conflictos y nuevas correlaciones de fuerzas en el campo, a la vez que abre nuevas posibilidades en el desarrollo profesional de la enfermería en tanto disciplina comúnmente relegada a un rol secundario en el liderazgo de las organizaciones sanitarias.

A lo anterior debemos sumar la perspectiva de género dado que la profesión enfermera es de las que presenta mayor índice de feminización. Esto por un lado ha significado la persistencia de relaciones de subalternidad de sus profesionales a la interna de las organizaciones, como consecuencia del poder y la violencia simbólica ejercidas en la

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

reproducción de relaciones de dominación masculina (Bourdieu, 2000). Por otro, en un contexto y momento histórico diferente, se observa un mayor acceso de las mujeres a cargos de conducción y liderazgo, a pesar de lo cual aún hoy su participación sigue siendo minoritaria con respecto a los hombres (PNUD, 2018).

La experiencia uruguaya de conducción de servicios de salud por parte de enfermeras/os se consolida claramente a partir de 2005, pero pueden identificarse antecedentes importantes en servicios municipales de salud del primer nivel de atención en la ciudad de Montevideo, a partir de la última década del siglo pasado (Sánchez Puñales, 2002).

La presencia y permanencia de enfermeros ocupando cargos de gestión de servicios de salud en el proceso de reforma sanitaria implementada en el país durante los años 2005 a 2020, constituye entonces una particularidad que es importante estudiar en profundidad. Así podremos acercarnos a comprender el proceso que permitió el acceso de estos profesionales a los cargos de gestión, así como las características de sus prácticas, el impacto en su subjetividad y las perspectivas que este hecho abre a la enfermería como profesión.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1. La reforma sanitaria en Uruguay a partir del año 2005

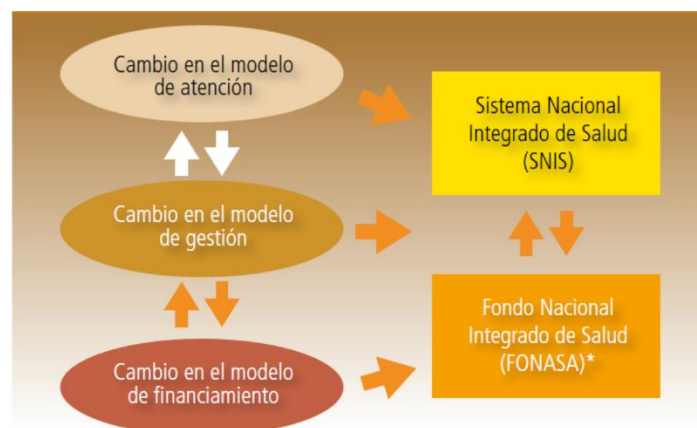
En el año 2005 se produce el comienzo de una nueva etapa en la vida democrática del Uruguay con el acceso por primera vez en la historia del país de una coalición de partidos de izquierda al gobierno nacional, encabezada por el Dr. Tabaré Vázquez. Este gobierno impulsó una serie de reformas estructurales en diferentes áreas sociales y económicas, dentro de las cuales se destaca la reforma sanitaria que tuvo como eje la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (Ministerio de Salud Pública, 2009).

La figura 1 muestra los principales elementos que integraron la reforma del sistema de salud: por un lado el cambio en el modelo de financiamiento a través de la creación de un fondo mancomunado, denominado Fondo Nacional de Salud (FONASA) y por otro, políticas orientadas al cambio en los modelos de gestión y de atención, que permitieran el funcionamiento integrado de proveedores de servicios de salud públicos y privados con base en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud (APS) y del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

El Seguro Nacional de Salud (Figura 2), se conforma a partir de los aportes del Estado, los hogares y las empresas, teniendo los usuarios libre elección del prestador; a su vez el seguro paga a las instituciones prestadoras de acuerdo al número de usuarios que las han elegido en base a una cápita ajustada por edad y sexo, y además por el logro de determinadas metas prestacionales (Ministerio de Salud Pública, 2009).

Figura 1. Estrategias e instrumentos de la reforma del sistema de salud, Uruguay, 2008



Fuente: Fernández Galeano et al., 2015, p. 14

Figura 2. Conformación del Seguro Nacional de Salud, Uruguay, 2008



Fuente: Fernández Galeano et al., 2015, p. 15

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

La provisión de servicios en el SNIS se encuentra a cargo de proveedores públicos y privados sin fines de lucro. En el primer caso, se destaca la Administración de servicios de salud del Estado (ASSE), una institución de carácter descentralizado del Ministerio de Salud, que posee una extensa red de atención en todo el territorio nacional constituida por hospitales y policlínicas, siendo muchas veces la única presencia sanitaria en el área rural del país. Por otro lado, la oferta privada está constituida por Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales (IAMPP), cuyos antecedentes se remontan en algunos casos a finales del siglo XIX vinculadas a colectividades de inmigrantes o religiosas, y en otros a centros de asistencia nacidos de gremiales médicas, de las cuales la más antigua es la vinculada al Sindicato Médico del Uruguay. También están habilitados a participar del sistema los seguros privados, con fines de lucro, que requieren, además del aporte del FONASA, el pago de un plus por parte del afiliado.

Para el año 2018 el 59,6% de la población se encontraba adscripta a una institución de asistencia médica privada de profesionales (IAMPP), 37,5% al prestador público ASSE y 2,9% a seguros privados (Tabla 1). La cobertura a través del FONASA alcanzaba al 70,3% de los uruguayos, quedando colectivos que aún no se integraban al sistema constituidos principalmente por los usuarios de ASSE pertenecientes a los sectores de menores ingresos y sin vinculación laboral formalizada.

Dado que en el sector privado coexisten más de 40 instituciones prestadoras, considerada en forma individual, ASSE es el principal prestador del SNIS, con una estructura que abarca más de 900 puntos de atención en todo el territorio nacional y más de 30.000 puestos de trabajo (ASSE, 2014). En consecuencia, se puede estimar el peso que ASSE representa en la estructura asistencial del sistema de salud y la importancia que adquiere la gestión de su red de establecimientos hospitalarios que describiremos a continuación.

Tabla 1. Cobertura de salud por tipo de prestador, Uruguay, 2018.

	IAMPP		Seguros Privados		ASSE		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
FONASA	1.971.572	54,6	65.695	1,8	501.736	13,9	2.539.003	70,3
No FONASA	181.789	5,0	38.446	1,1	852.233	23,6	1.072.468	29,7
Total	2.153.361	59,6	104.141	2,9	1.353.969	37,5	3.611.471	100

Fuente: elaboración propia en base a los datos publicados en la página web del Ministerio de Salud de Uruguay (<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos>)

Nota: % sobre el total de la población del país

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

1.2.2. La gestión de los hospitales públicos en Uruguay

La gestión de las organizaciones sanitarias constituye en la actualidad un desafío importante dada la complejidad que han alcanzado y el capital económico que se pone en juego para su funcionamiento. Dentro de ellas, los hospitales se han constituido en las instituciones paradigmáticas del campo de la salud en tanto:

Sustentados en sus capitales, cultural, social, simbólico y económico, que los constituyen en espacios privilegiados de la formación, la investigación y el ejercicio profesional, permeando con sus lógicas al imaginario social y constituyendo así el proceso de hegemonía médica desde el cual se subordina a los centros de salud (Spinelli et al., 2019, p. 8).

La hegemonía de la profesión médica sobre las otras profesiones del campo determinó que, hasta la primera década del siglo XXI, los hospitales públicos uruguayos hayan sido gestionados en forma exclusiva por profesionales médicos, en general de género masculino. Ligadas a los ciclos político-partidarios y no pocas veces al prestigio clínico de los médicos, las direcciones eran designadas discrecionalmente por las autoridades de gobierno.

Ese hecho impregna la gestión de los hospitales de un modo de hacer que Carapinheiro (2005) en su estudio sobre las relaciones del poder médico en hospitales portugueses, describe como un modelo de racionalidad médica que prevalece sobre el modelo de racionalidad organizativa, dificultando los proyectos de control social del poder administrativo en el hospital, lo que se traduce muchas veces en un ocultamiento y legitimación de las formas de dominación del poder médico. Plantea, además, que en ese escenario la profesión de enfermería se observa en una posición de subordinación al cuerpo médico, más centrada en el “hacer” que en la “toma de decisiones” con diferentes concepciones sobre la identidad profesional y en una búsqueda de revalorización profesional.

En la actualidad la red pública de servicios de salud a nivel país es gestionada por ASSE, para lo cual se divide en 4 regiones: norte, oeste, este y sur, dentro de las cuales se encuentran unidades ejecutoras de asistencia que conforman los 3 niveles de atención. Los servicios del primer nivel de atención se organizan en Redes de Atención Primaria (RAP) departamentales y el segundo y tercer nivel en hospitales de diferentes complejidades que se distribuyen en todos los departamentos del país.

La dirección general de las unidades ejecutoras de ASSE fue ejercida en forma exclusiva por profesionales médicos hasta el año 2005. A partir de ese año y hasta el año 2020, numerosas direcciones generales, subdirecciones y cargos de adjuntos a las direcciones de las unidades ejecutoras fueron ocupadas por profesionales de la salud no

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

médicos, dentro de los cuales se destacan por su número las/os licenciadas/os en enfermería. Este hecho de todas formas no rompió la hegemonía médica, ya que los profesionales médicos continuaron siendo mayoritariamente los gestores de las unidades, especialmente en aquellas posiciones de mayor capital simbólico, como por ejemplo las direcciones regionales.

Hacia el final del período que estudiamos, y fundamentalmente a partir de una fuerte presión de la oposición política, se intentó una política de profesionalización de la gestión de las unidades ejecutoras de ASSE, que implicó por primera vez en la historia institucional, designar las direcciones mediante llamado a concursos de oposición y méritos. Estos concursos habilitaron la postulación de egresados universitarios del área de la salud con carreras de grado mayores a 4 años, marcando un precedente importante con respecto a la diversidad de profesiones que podrían ocupar la dirección de una unidad. Algunos de estos concursos fueron ganados por licenciadas/os en enfermería que entrevistamos para esta investigación.

No obstante, la implementación de los concursos no estuvo exenta de polémicas en cuanto a su pertinencia y su forma, lo cual logró acaparar la agenda sanitaria en determinados momentos, apareciendo un cierto consenso con respecto a la necesidad de profesionalizar estos cargos, es decir que fueran ocupados por profesionales con formación en gestión de servicios de salud. Luego de que los partidos de oposición de entonces asumieran el gobierno nacional a partir de 2020, los concursos efectuados fueron sencillamente desconocidos, desplazados quienes habían ganado las direcciones por este mecanismo y no se volvieron a realizar.

1.2.3. La profesión de enfermería en Uruguay

Es importante a los efectos de entender el proceso que habilitó el acceso de profesionales de enfermería a cargos de gestión en los servicios de salud públicos en Uruguay, contextualizar históricamente (Testa, 2007) el desarrollo de la profesión de enfermería en el país.

A comienzos del siglo XX el Uruguay vivía un proceso de cambios con el claro impulso de José Batlle y Ordoñez, que lo colocarían a la vanguardia en políticas de protección social, entre otras. En el mismo sentido, la temprana separación del Estado y la Iglesia lo distinguirían del resto de los países latinoamericanos (Caetano y Rilla, 2006). En su segunda presidencia (1911-15), radicalizó su gestión reformista, abarcando aspectos de la realidad social, económica, política e impositiva. Es en ese contexto que el Dr. José Scosería, nombrado en

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

1911 como director de la Asistencia Pública Nacional, “tomó la iniciativa de establecer una Escuela de *nurses* de un sistema igual al de Florence Nightingale” según cita de Sánchez Puñales (2002). Esta autora identifica como el hecho más relevante para la enfermería uruguaya en esta primera mitad del siglo XX, el decreto del Poder Ejecutivo del 23 de octubre de 1911 por el cual se creó la escuela de *nurses*, nombrándose director de esta al Dr. Carlos Nery.

Es de destacar, siguiendo a Sánchez Puñales (2002), que el hecho de que el doctor Nery seleccionara y contratara cinco enfermeras (*nurses*) inglesas para el comienzo de la actividad docente de la escuela recién creada, llevó a que en Uruguay se impusiera el anglicanismo “*nurse*” para denominar a los profesionales de enfermería, en lugar de enfermera/o como es de uso en idioma español. Esta denominación se mantiene aún hasta el día de hoy, arraigada en la cultura institucional de las organizaciones de salud y también en la cultura general, para referirse a las/os licenciadas/os en enfermería, utilizándose el término “enfermera/o” para designar a los auxiliares de enfermería que no poseen formación universitaria.

El segundo hito en la historia de la enfermería profesional en el Uruguay lo constituye la creación de la Escuela Universitaria de Enfermería dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República por parte del Consejo Central Universitario (CCU) el 13 de agosto de 1947, y su puesta en marcha el 2 de mayo de 1950 con la dirección de la *nurse* Dora Ibarburu (Sánchez Puñales, 2002), lo que significó el inicio de la formación de nivel universitario de las/os enfermeras/os profesionales en el país, con el reconocimiento que esto implicó para la disciplina.

En consecuencia, hasta los inicios de la dictadura militar en 1973, coexistieron en el país dos escuelas de enfermería: la antigua Escuela de *nurses* dependiente del Ministerio de Salud Pública y la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE) dependencia de la Universidad de la República. La intervención de la Universidad de la República por los militares determinó el cierre de la EUE y su fusión con la Escuela de *nurses*. Con el advenimiento de la democracia en el año 1985 y luego de una lucha importante del colectivo de enfermería, se logró la reapertura de la EUE y el cierre definitivo de la Escuela de *nurses*, volviendo la formación de enfermería al ámbito universitario como corresponde.

A partir de allí se sucede un proceso por el cual la EUE pasará a ser Instituto asimilado a Facultad y posteriormente Facultad de Enfermería (2004), en un proceso no exento de conflictos que la lleva a independizarse de la Facultad de Medicina para lograr su autonomía.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

En el sector privado de enseñanza universitaria se ofrece la formación de licenciatura en enfermería en la Universidad Católica del Uruguay a partir del año 1997.

Para Sánchez Puñales,

en la construcción de la cultura de enfermería profesional participa una simbología que se atiene a valores morales y disciplinarios, en un contexto de relación jerárquica piramidal autoritaria, [consolidando] una corporación de profesionales que debe obediencia y sumisión a los médicos de quienes dependen ideológica y técnicamente por su condición de “colaboradoras” y también por su ubicación de clase (Sánchez Puñales, 2002, p. 175).

Esta situación comienza lentamente a modificarse con el ingreso al ámbito universitario que habilita el desarrollo de la disciplina como profesión en igualdad de condiciones con otras áreas del saber y del hacer en salud.

A lo largo del siglo XX se puede observar el desarrollo sostenido del prestigio de las/os egresadas/os de los centros de formación de enfermería en el país, que convierten a estas/os profesionales en actoras/es relevantes de los servicios de salud tanto del ámbito público como privado. Si bien desarrollan funciones asistenciales directas, fundamentalmente son reconocidas/os por la gestión de los servicios de enfermería, quedando las tareas asistenciales más operativas a cargo de los auxiliares de enfermería.

No obstante, el número de enfermeras/os profesionales se ha mantenido históricamente bajo para las necesidades sanitarias del país, constatándose una alta dotación relativa de médicos y auxiliares de enfermería en relación con las/os licenciadas/os en enfermería. Para el año 2017 había en Uruguay 2,6 médicos por cada enfermero profesional (Ministerio de Salud, 2018), situación inversa a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

1.2.4. Enfermeras/os a cargo de servicios de salud en Uruguay

El relevamiento inicial realizado para este trabajo en abril de 2019, a partir de un formulario autoadministrado por los encuestados encontró 37 profesionales de enfermería con funciones de gestión de servicios en el sector público, de las/os cuales 34 (92%) eran mujeres, lo que es congruente con el alto grado de feminización de la profesión. En este sentido este trabajo estará atravesado por una perspectiva de género que consideramos esencial para comprender las experiencias de estas/os profesionales que culturalmente afrontan un doble desafío, el de demostrar sus competencias para la gestión como enfermeras/os frente a la

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

profesión médica y además romper con el poder ejercido por la dominación masculina histórica en las organizaciones sanitarias.

Como lo muestra la Tabla 2, estos profesionales ocuparon, en el período estudiado, uno o más cargos de gestión, observándose que más del 50% de los mismos, ocuparon 2 y más cargos, lo cual permite inferir la permanencia en funciones gestoras de los mismos.

Tabla 2. Cantidad de cargos de gestión de unidades ejecutoras del sector público ocupados por enfermeros, Uruguay, 2005-2019

N.º de cargos	n	%
1	17	46,0
2	11	29,7
3	5	13,5
4 y más	4	10,8
Total	37	100

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Tipos de cargos ocupados por enfermeros en Unidades Ejecutoras del sector público, Uruguay, 2005-2019

Cargo	n	%
Director	23	31,1
Subdirector	15	20,3
Adjunto a Dirección	25	33,8
Otros	11	14,9
Total	74	100

Fuente: elaboración propia

En relación con el tipo de función a que accedieron, podemos ver en la Tabla 3 que la función más específica de conducción de los servicios, esto es la de director de una unidad ejecutora de ASSE, incluyendo hospitales y redes del primer nivel de atención, constituyó el 31,1% de los casos. En contraste las funciones de subdirección y adjunto a la dirección, fueron asignadas más numerosamente, alcanzando un 54,1% de los cargos ocupados por enfermeras/os. Estos datos muestran que, si bien existió una clara apertura de los cargos de conducción a profesionales de enfermería, mayoritariamente se les habilitó el acceso a cargos

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

que mantenían cierta subordinación a una dirección general, en general ocupada por un profesional médico.

En un segundo relevamiento, realizado en noviembre de 2019, específicamente sobre enfermeras/os a cargo de direcciones de hospitales públicos, encontramos 11 profesionales que habían ejercido o se encontraban desempeñando esta función. Precisamente, la investigación que presentamos hizo foco en este grupo de enfermeras/os a cargo de direcciones de hospitales públicos, entendiendo que recuperar sus experiencias es de suma importancia a efectos de contribuir al desarrollo de nuevas prácticas de gestión que, teniendo en cuenta la complejidad de las organizaciones sanitarias, se enriquezcan de un abordaje multidisciplinar de las mismas. Es en este sentido que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cómo se desarrollaron las experiencias de gestión de profesionales de enfermería directores de hospitales del sector público del Uruguay, a partir del año 2005 hasta el 2020, considerando las condiciones de posibilidad, sus trayectorias personales, las capacidades de gestión institucionales y personales y el impacto en la subjetividad, desde su propia perspectiva?

1.4 Hipótesis

Las experiencias de gestión desarrolladas por profesionales de enfermería en la dirección de hospitales públicos del Uruguay en general reproducen modalidades de gestión similares a las desarrolladas por los médicos, caracterizadas por escaso manejo de técnicas y métodos de gestión. En el caso particular de enfermería a veces se profundizan las dificultades durante su desarrollo por tener que lidiar con el cambio cultural que supone que una profesión históricamente subordinada pase a ocupar la dirección de la organización, lo cual puede traducirse en la falta de acompañamiento por parte de profesionales de otras disciplinas, en especial los médicos. En este sentido la perspectiva de género es esencial para identificar la persistencia de patrones de dominación masculina arraigados en las organizaciones sanitarias. No obstante, algunas características propias de la formación y las prácticas de enfermería impregnan dichas modalidades de gestión, de un modo favorable: cierta visión

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

holística, procesual y relacional de las prácticas, y un enfoque humanista de la organización del trabajo de atención-cuidado de la salud; de un modo potencialmente perjudicial: cierta predisposición a un manejo normativo prescriptivo apoyado en la estandarización de procedimientos. El impacto subjetivo, personal y familiar, es alto, a pesar de lo cual y en general, la experiencia es valorada en forma positiva.

1.5 Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Describir y analizar las experiencias de dirección de hospitales públicos desarrolladas por profesionales de enfermería en Uruguay, en el marco de la reforma sanitaria, desde el año 2005 al 2020, desde la perspectiva de los propios gestores.

1.5.2. Objetivos específicos

1. Identificar los factores que, desde las representaciones de los propios profesionales, posibilitaron su acceso a y el ejercicio de la dirección de hospitales públicos a partir del año 2005.
2. Conocer y analizar las características del ejercicio de la dirección de hospitales públicos por enfermeras/os en el período estudiado, con foco en las capacidades de gestión, institucionales y personales.
3. Conocer el impacto de la experiencia de gestión en la subjetividad de los profesionales de enfermería a partir de sus propias vivencias.

1.6 Justificación

1.6.1. Justificación social

La complejidad de las organizaciones sanitarias, como ya lo hemos mencionado, hace que su gestión presente características propias a las cuales no se adaptan los postulados de la

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

administración clásica enfocados en la producción industrial como se ha intentado a lo largo del siglo pasado (Campos, 1998).

Dado que al decir de Spinelli (2017) “la gestión es un proceso de aprendizaje”, es de relevancia investigar sobre las prácticas de los gestores, sobre su “saber-hacer”, como forma de contribuir a encontrar nuevas formas de trabajo en las organizaciones, que permitan estar al servicio de los usuarios, creando una nueva institucionalidad, especialmente en el sector público.

Por otro lado, se evidencia el desarrollo de una profesión, la enfermería, nacida como “colaboradora” del médico, con un rol absolutamente secundario y atravesado por una clara perspectiva de género, que pasa a tener autonomía propia y desarrollar tareas de liderazgo que le permiten, en contextos políticos concretos, ocupar posiciones en el campo que antes le estaban vedadas.

La magnitud de este cambio en Uruguay, en cuanto al número de enfermeras/os ocupando puestos de conducción en servicios de salud del sector público y en particular de hospitales, avala en forma significativa el desarrollo de esta investigación a fin de conocer y comprender en profundidad los antecedentes, las prácticas y las perspectivas de estas experiencias desde el punto de vista de las propias/os enfermeras/os gestores.

1.6.2. Justificación académica

Partiendo de que la gestión de hospitales del sector público por enfermeras/os es un hecho relativamente reciente, planteamos la necesidad de conocer con mayor profundidad las particularidades de este hecho desde la perspectiva de las ciencias sociales, como forma de aproximarnos a la compleja dinámica de la gestión de las organizaciones sanitarias en el campo de la Salud Colectiva (Paim y Almeida Filho, 2014).

El tema propuesto se aborda desde una perspectiva histórica del desarrollo de la profesión de enfermería, con una mirada sociológica que permita comprender las relaciones de poder en las organizaciones sanitarias, atravesadas por una perspectiva profesionalizante que llevó a una marcada supremacía médica en el campo de la salud desde fines del siglo XIX. Este hecho otorgó a los profesionales médicos un alto grado de autonomía con capacidades de autorregularse, no sólo en la formación de nuevos médicos, sino también de otras profesiones relacionadas del campo sanitario, entre las cuales se encuentra la

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

enfermería, lo que se tradujo en relaciones de subalternidad de las profesiones no médicas con respecto a la médica (Foucault, 2014; Freidson, 1978).

A lo anterior es indispensable sumar una valoración de las cuestiones de género, dado que la enfermería es una profesión con un alto grado de feminización, lo cual posiblemente constituyó un factor importante para mantener los puestos de mayor valor simbólico dentro de las organizaciones en manos de la profesión médica (PNUD, 2018).

Como lo veremos en el estado del arte, actualmente se identifican escasos trabajos que aborden el tema de la gestión de las organizaciones sanitarias por enfermeras/os, por lo que consideramos que las prácticas desarrolladas en Uruguay constituyen una rica experiencia a estudiar y conocer, constituyéndose en una contribución nueva al campo de conocimiento con potenciales aportes a la gestión de las organizaciones sanitarias.

1.6.3. Justificación personal

Soy licenciado en enfermería con una trayectoria inicial de 15 años como enfermero clínico y con responsabilidades en la gestión de servicios de enfermería y posteriormente director de un hospital público de 50 camas en una ciudad del litoral norte uruguayo durante los años 2005 a 2020. La experiencia desarrollada a lo largo de esos años, con sus obstáculos y satisfacciones, constituyeron el estímulo fundamental para proponer esta investigación en tanto me permitiría indagar con mayor sistematicidad en la complejidad de estas prácticas, así como también sobre su potencialidad transformadora.

Por otro lado, la experiencia personal de gestión dio viabilidad a la investigación en tanto que el amplio conocimiento del campo me facilitó el acceso a las/os enfermeras/os gestores del sector público y el análisis posterior de los relatos de estas/os.

Asimismo, los aportes de mis itinerarios formativos de posgrado, como especialización y maestría, en diálogo con las prácticas diarias, me han permitido generar una experticia que fueron de suma utilidad para comprender con mayor profundidad los procesos sociales que me propuse estudiar.

Finalmente, el tema de estudio se constituyó en un desafío personal para dar cuenta del rico proceso de incorporación de enfermeras/os profesionales a la gestión de servicios de salud en Uruguay, permitiéndome contribuir al crecimiento del campo de actuación, valoración social y desarrollo de la profesión de enfermería en mi país.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

2. ESTADO DEL ARTE

Para la construcción del estado del arte, se identificaron 30 artículos pertinentes al problema planteado en esta investigación que fueron analizados. En el Apéndice A puede consultarse la estrategia de búsqueda en las bases de datos seleccionadas y en el Apéndice B el listado de la totalidad de los artículos incluidos. Adicionalmente se agregó un libro que recoge la tesis doctoral de D. Gómez Torres que presenta experiencias de dirección de hospitales públicos por enfermeras (Gómez Torres, 2018).

Con respecto a los principales ejes temáticos que presentan los artículos seleccionados, resumidos en la Tabla 4, se destacan 6 artículos (20%) que refieren a la gestión de servicios de salud por parte de enfermeras/os, en hospitales o en servicios del primer nivel de atención. Le siguen los artículos que refieren al perfil y las competencias gerenciales que poseen las/os profesionales de enfermería (13,3%).

Tabla 4. Ejes temáticos de los artículos seleccionados

Ejes temáticos	Cantidad de artículos	%
Dirección de servicios de salud por enfermeras/os	6	20,0
Perfil y competencias	4	13,3
Conflicto	3	10,0
Formación gerencial	3	10,0
Conceptual	3	10,0
Gestión de enfermería en hospitales	2	6,7
Autoridad	2	6,7
Saberes gerenciales	2	6,7
Gerenciamiento de enfermería	2	6,7
Comunicación	1	3,3
Liderazgo	1	3,3
Práctica gerencial y acción educativa	1	3,3
Total	30	100

Fuente: elaboración propia

Si agrupamos los artículos que refieren a aspectos propios de la gestión encontramos: manejo de conflictos (3), ejercicio de la autoridad (2), saberes gerenciales (2), comunicación (1),

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

liderazgo (1), totalizando 9 artículos (30%). Se destacan 3 artículos (10%) que problematizan los conceptos gerenciales clásicos aplicados a la profesión de enfermería.

Es importante señalar que el término de gestión aplicado a la práctica profesional de enfermería puede referirse a diferentes niveles organizacionales, desde la gestión de servicios propios de enfermería a la gestión general de un servicio o centro de salud, así como a funciones en niveles superiores de conducción que implicarían, por ejemplo, direcciones regionales o nacionales. De los artículos revisados la mayoría se refiere a experiencias a nivel de hospitales (de Olivera Furukawa y Kowal Olm Cunha, 2011; Gómez Torres et al., 2008; Guerra et al., 2011; Munari et al., 2008; Santos et al., 2011; Soares et al., 2016; Spagnol, 2002) encontrándose también experiencias en el primer nivel de atención vinculadas fundamentalmente al desarrollo de la Estrategia de Salud de la Familia en Brasil (Benito y Becker, 2007; Christovam y Santos, 2005; Lourenço et al., 2005; Weirich et al., 2009; Ximenes Neto y Sampaio, 2008). Hay un artículo que refiere a la práctica gerencial en el denominado tercer sector, en Brasil, abordado como revisión bibliográfica (Ruthes y Cunha, 2006). No se encontraron artículos que refieran a experiencias gerenciales de nivel regional o nacional.

Dentro de los artículos referidos a experiencias en hospitales predominan los que hacen foco en la gestión de servicios de enfermería (Amestoy et al., 2014; de Olivera Furukawa y Kowal Olm Cunha, 2011; Guerra et al., 2011; Munari et al., 2008; Peres et al., 2017; Santos et al., 2011; Souza y Soares, 2006) no obstante hay autores que indagan específicamente en el desarrollo de funciones de gestión por enfermeros en la dirección general de hospitales (Gómez Torres et al., 2008; Gómez Torres y Rubio Tyrell, 2010), en el primer caso indagando sobre conocimientos y competencias de la enfermera para dirigir hospitales y en el segundo sobre el conflicto generado por la designación de enfermeras en la dirección de hospitales de Chile. Se destaca en el caso de Chile la reacción del corporativismo médico que conduce al fracaso de la experiencia (Gómez Torres et al., 2008).

Desde el punto de vista teórico se encuentra un artículo (Hernández Ortiz y Gómez Torres, 2010) que discute los conceptos de gerencia y administración aplicados a la disciplina de enfermería. Estas autoras concluyen que el concepto de gerencia en enfermería se puede definir como “un arte, que busca conducir a sus subordinados de manera estratégica, multidisciplinaria y organizativa para brindar una atención de calidad, logrando que haya un equilibrio entre el paciente, los subordinados y la institución” (Hernández Ortiz y Gómez Torres, 2010, p. 631).

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Contrariamente, Spagnol (2002) plantea que la disciplina enfermera se encuentra en un momento de transición, rompiendo con los paradigmas y los presupuestos de la gerencia clásica, relacionados a los conceptos de la teoría general de la administración, que influyeron notablemente las prácticas administrativas de los profesionales de enfermería, evidenciándose la necesidad de formas más flexibles, humanizadas y compartidas para gestionar los servicios de salud. Señala la autora que el arraigo de las características propias de la gestión clásica en las instituciones de salud hace que estas no puedan ser fácilmente superadas por nuevos paradigmas debido, entre otras causas, a la fuerte tradición e importancia que las organizaciones hospitalarias han tenido en el inicio de la institucionalización de las prácticas médicas y de enfermería.

Se pueden identificar claramente dos funciones propias de la práctica profesional de enfermería: asistencial y de gestión, que se desarrollan en forma simultánea, y que se encuentran presentes en el trabajo de enfermeras/os operativas/os a cargo de un pequeño servicio tanto como en niveles medios o superiores de dirección, lo que ha llevado a hablar de gestión híbrida en el trabajo de enfermería (Ernst, 2019). Es a partir de esta doble función propia del rol de los profesionales de enfermería, que comienza a desarrollarse una función más claramente de gestión, vinculada a la dirección de servicios de enfermería en primer lugar y, en los últimos años, a la designación de enfermeras/os en puestos de dirección de servicios de salud hasta ahora reservados exclusivamente a los profesionales médicos (Gómez Torres, 2018), generando nuevos desafíos para la disciplina y también creando conflictos con el *statu quo* tradicional de las organizaciones sanitarias (Gómez Torres et al., 2008).

Christovam y Santos (2005) identifican, en Brasil, que aproximadamente desde 1990 se comienza a observar el hecho de que los enfermeros accedan a cargos de liderazgo en servicios del Sistema de Salud (SUS) que tradicionalmente eran ocupados por médicos. En forma similar, desde mediados de los noventa se identifican antecedentes a nivel municipal en servicios del primer nivel de atención en la ciudad de Montevideo, Uruguay (Sánchez Puñales, 2002).

Desde el punto de vista metodológico se encontraron artículos que toman como referencia teórica al Interaccionismo simbólico (Gómez Torres et al., 2015; Gómez Torres et al., 2016; Gómez Torres y Gómez Alcántara, 2019) y desde el punto de vista teórico al Pensamiento estratégico de Mario Testa (Gómez Torres et al., 2011; Gómez Torres y Rubio Tyrell, 2010), a la Teoría contingencial de administración (Souza y Soares, 2006) y al Análisis institucional (Christovam y Santos, 2005).

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Son varios los artículos que plantean identificar el perfil, los conocimientos y las competencias gerenciales que poseen los enfermeros para el desarrollo de prácticas de gestión (Benito y Becker, 2007; de Olivera Furukawa y Kowal Olm Cunha, 2011; Gómez Torres y Rubio Tyrell, 2010) y que los distinguirían de otras profesiones.

En cuanto a la incorporación de conocimientos sobre aspectos gerenciales se identifica una primera etapa de formación en el grado de enfermería, de larga tradición en las instituciones formadoras (Formiga y Germano, 2005) que confiere a los profesionales de la disciplina una competencia que no está siempre presente en la formación de pregrado de otras disciplinas del área de la salud; y una segunda etapa de formación de postgrado en programas específicos sobre gestión de servicios de salud a nivel de cursos de capacitación, especializaciones, maestrías y doctorados (Erdmann et al., 2011).

En las competencias para la gestión de los enfermeros se destaca una visión holística que les permitiría un mejor abordaje de procesos grupales complejos propios de las organizaciones de salud, así como una práctica de gestión humanizada (Gómez Torres y Rubio Tyrell, 2010), que incluye en gran medida la supervisión directa y la participación (Gómez Torres et al., 2011).

El estudio de Gómez Torres et al. (2016), plantea el concepto de autoridad ligada a los cargos de dirección comparando las concepciones en profesionales de México y Portugal, concluyendo que para los profesionales mexicanos el significado de autoridad se relaciona con el valor moral del dirigente y para los portugueses con una competencia en función de la posición designada.

Otro aspecto de la gestión que se indaga es el de manejo de conflictos por parte de las/os enfermeras/os gestores (Amestoy et al., 2014; Gómez Torres et al., 2015; Guerra et al., 2010; Guerra et al., 2011). También aparece el concepto de conflicto vinculado al acceso de enfermeros a puestos de conducción que antes tenían vedados, como ya lo mencionáramos (Gómez Torres et al., 2008).

La comunicación se analiza a partir de las concepciones de enfermeros gestores de un hospital universitario de Brasil (Santos et al., 2011), evidenciando un grupo que identifica la comunicación en su perspectiva dialogal e interactiva y otro desde una perspectiva formal, relacionada a la transmisión y mantenimiento de normas y rutinas hospitalarias, con énfasis en la comunicación escrita.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Por otro lado, se destaca el libro “Gestión de Vértice en Salud. Una visión estratégica de enfermería” de D. Gómez Torres (2018) que recoge cuatro experiencias de enfermeras en la gestión de hospitales, dos de las cuales se realizaron en Brasil y dos en Chile. La autora parte de los antecedentes de la profesión enfermera que, aun teniendo competencias para gestionar, ha tenido muy escasas oportunidades de ocupar cargos de dirección en las instituciones, vinculado a circunstancias históricas y a la relación de género, que no favorecieron su acceso a posiciones de liderazgo. Analiza posteriormente el rol de enfermería como dirigente en los servicios de salud y en particular en hospitales, como instituciones paradigmáticas del modelo hegemónico, utilizando como referencia teórica el Pensamiento Estratégico propuesto por Mario Testa (2007). Destaca que las enfermeras-directoras emprenden luchas internas y externas que caracterizan movimientos políticos-sociales en relación con el acceso al cargo, con una reacción, explícita o no, de los médicos; tomando como estrategias el desarrollo de formas participativas de gestión, más flexibles, teniendo como base la interdisciplinariedad.

Podemos concluir que la gestión de servicios de salud por parte de enfermeras/os es un hecho relativamente reciente, que aún tiene escaso desarrollo en la literatura, pero que paulatinamente se va instalando en el campo de la salud modificando prácticas de gestión que fueron paradigmáticas de las instituciones sanitarias. Se destacan como aspectos estudiados las competencias para la gestión, incluyendo el conocimiento, la formación, el manejo de conflictos, la comunicación y la autoridad.

El desarrollo en forma simultánea de tareas asistenciales y de gestión de servicios en su práctica cotidiana, que podemos denominar “gestión híbrida”, constituye una particularidad de la profesión de enfermería en el campo de la salud. Esto podría tener impacto en las experiencias de dirección de las organizaciones por parte de estos profesionales, ya que permitiría el desarrollo de una visión holística, de procesos y relacional que favorecería la mejor gestión de los servicios. Por otro lado, de forma potencialmente perjudicial podría evidenciar cierta predisposición a un manejo normativo prescriptivo apoyado en la estandarización de procedimientos.

Estos aspectos ameritan el estudio en profundidad de la experiencia de gestión de enfermeras/os a cargo de la dirección de hospitales públicos en Uruguay, en función de propiciar la producción de un conocimiento necesario y con una potencial validez supra contextual, que se sume a la aún escasa literatura sobre el problema.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 *Los conceptos de campo y habitus en la sociología de P. Bourdieu*

En primer lugar, consideramos necesario enmarcar nuestro estudio desde una perspectiva sociológica que nos permita comprender la dinámica de las organizaciones sanitarias, para lo cual es fundamental recoger los aportes de P. Bourdieu y sus posibles aplicaciones al campo de la salud. El propósito final es acercarnos, en palabras del autor, a la libertad que nos ofrece la sociología en cuanto a:

darnos una pequeña oportunidad de saber qué juego estamos jugando y de minimizar los modos en que somos manipulados por las fuerzas del campo en que nos desenvolvemos, así como por las fuerzas encarnadas que operan dentro de nosotros. (Bourdieu y Wacquant, 2014, p. 247)

Para Bourdieu (2008) pensar en términos de campo es pensar relacionamente y en este sentido define un campo como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Al interior de un campo se pueden observar posiciones que están determinadas por el poder y el capital que poseen los agentes de ese campo, creando diferentes tipos de relaciones que pueden ir desde la dominación a la sumisión. Las sociedades actuales, el cosmos social, están conformadas por muchos microcosmos sociales, que tienen cierto nivel de autonomía, con una lógica propia, pero que se relacionan entre sí.

Todo campo se caracteriza por ser un espacio de fuerzas y de luchas para su conservación o transformación y donde es posible identificar objetos en disputa. Su estructura se define por el estado de las relaciones de fuerza entre los jugadores. La fuerza de cada actor está determinada, en buena medida, por su capital, que lo ubica en una determinada posición en el campo. El capital es definido por Bourdieu como aquello que es eficaz en un campo determinado, que permite a sus poseedores disponer de un poder, una influencia, y por tanto existir en el campo en consideración. El capital que posee cada actor no sólo está definido por su volumen y estructura en un momento determinado, sino que se debe considerar además su evolución en el tiempo (Bourdieu, 2003).

El capital se presenta bajo cuatro especies fundamentales: económico, cultural, social y simbólico (Bourdieu, 1997; Gutiérrez, 2005). El primero es lo que habitualmente relacionamos con la palabra capital y se expresa a través del equivalente dinero, símbolo establecido para su representación. El capital cultural es de particular importancia para el

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

estudio del campo de la salud, dado que el conocimiento juega un papel determinante en su conformación, el cual es administrado por instituciones de consagración y legitimación específicas del campo. Este tipo de capital supone un proceso de incorporación y puede presentarse bajo tres formas:

en estado incorporado, es decir, bajo la forma de disposiciones durables (*habitus*) relacionadas con determinado tipo de conocimientos, ideas, valores, habilidades, etc.; en estado objetivado, bajo la forma de bienes culturales, cuadros, libros, diccionarios, instrumentos, etc.; y en estado institucionalizado, que constituye una forma de objetivación, como lo son los diferentes títulos escolares. (Gutiérrez, 2005, p. 36)

El capital social refiere al “conjunto de recursos actuales o potenciales relacionados con la posesión de una red durable de relaciones más o menos institucionalizadas de interconocimiento y de interreconocimiento” que definen la pertenencia a un grupo (Bourdieu, 1980, pp. 2–3). La relevancia de este tipo de capital puede visibilizarse, por ejemplo, en la capacidad de un actor para obtener un rendimiento diferente de su capital cultural o económico, a partir del volumen de su capital social que puede movilizar en relación con un grupo (Gutiérrez, 2005).

Y finalmente, el capital simbólico es descripto por Bourdieu (1988, p. 144) como “el capital de reconocimiento o de consagración”. Este tipo de capital “se relaciona con el prestigio, el estatus, el reconocimiento, la legitimidad, la estima social y la autoridad que se les asigna tanto al origen como a la posesión de otros capitales” (González, 2012, p. 341). Exige para su reconocimiento de agentes sociales que posean las categorías de percepción que les permitan reconocerlo, a partir de lo cual se torna en una “fuerza mágica”, es decir eficiente simbólicamente (Bourdieu, 1997).

En cuanto a los límites de un campo, para Bourdieu, se encuentran donde los efectos del campo cesan y esas fronteras sólo pueden ser determinadas por una investigación empírica. El límite de un campo es en sí mismo objeto de disputas dentro del propio campo y es por lo tanto dinámico. Los agentes que ocupan determinadas posiciones buscan, en forma individual o colectiva, mantener o mejorar su posición e imponer reglas que les sean favorables a sus propios intereses. Para ello adoptan estrategias en base a su posición en el campo y a la percepción que tengan de este (Bourdieu y Wacquant, 2014).

El campo es un “campo de luchas” donde los agentes y las instituciones luchan constantemente, de acuerdo con las regularidades y reglas constitutivas de ese espacio de juego, con distintos grados de fuerza y por ende diversas posibilidades de éxito, por apropiarse de los productos específicos en disputa dentro del juego. Se pueden identificar agentes que

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

dominan el campo y también resistencias y discrepancias de los dominados que buscarán cambiar sus posiciones en el mismo (Bourdieu, 2003, 2008).

Un campo se encuentra constituido por subcampos, cada uno de los cuales tiene su propia lógica y sus propias reglas, constituyendo la división de un campo un salto cualitativo que conforma un nuevo espacio de juego cuyas fronteras nuevamente son dinámicas y serán objeto de lucha dentro del nuevo campo (Bourdieu, 2008).

En un campo determinado los agentes poseen una *illusio* propia del mismo, esto es “aceptar que lo que ocurre en un juego social dado importa, que la cuestión que se disputa en él es importante y que vale la pena luchar por ella” (Bourdieu y Wacquant, 2014, p. 156). La *illusio*, para Bourdieu, es “estar tomado por el juego”. Por otro lado, los agentes sociales comparten una *doxa*, es decir un conjunto de reglas y creencias que reconocen fuera de todo cuestionamiento dentro del campo.

A su vez, el campo del poder es entendido como el espacio de juego donde los poseedores de diversas formas de capital luchan en particular por el poder sobre el Estado, esto es, sobre el capital estatal que otorga poder sobre las diferentes especies de capital y sobre su reproducción. Se trata de un espacio de juego y competencia donde los agentes e instituciones sociales que poseen la suficiente cantidad de capital específico para ocupar las posiciones dominantes dentro de sus respectivos campos, se enfrentan entre sí en estrategias que apuntan a preservar o transformar ese balance de fuerzas (Bourdieu y Wacquant, 2014).

Para Bourdieu (1997) considerar la historicidad en la conformación de un campo es central, dado que los agentes sociales son el producto de la historia, de la historia del campo social en su conjunto y de la experiencia acumulada por un trayecto dentro de un subcampo específico.

El concepto de *habitus* es el otro componente central de la teoría de Bourdieu, para quien, hablar de *habitus* es aseverar que lo individual, e incluso lo personal, lo subjetivo, es social, colectivo. El *habitus* es una subjetividad socializada (Bourdieu, 1997). Para Wacquant es una “noción mediadora” entre individuo y sociedad, que ayuda a captar “la interiorización de la exterioridad y la exteriorización de la interioridad” o sea el modo como lo social se encarna en las personas determinando su forma de pensar, sentir y actuar (Wacquant, 2007).

La relación entre *habitus* y campo es por un lado una relación de condicionamiento, el campo estructura al *habitus*, por otro es una relación de conocimiento, el *habitus* contribuye a constituir el campo como un mundo significativo, dotado de sentido y valor, donde vale la pena

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

invertir la propia energía (Bourdieu, 2008). El *habitus* determina de tal modo a los actores que estos desarrollan acciones “razonables” dentro del campo, más que racionales, rompiendo con la idea narcisista de la racionalidad y la libertad individual. En otras palabras:

En cierto sentido, sin saber cómo o por qué, la coincidencia entre disposiciones y posiciones, entre el ‘sentido del juego’ y el juego, explica que el agente haga lo que ‘tiene que hacer’ sin plantearlo explícitamente como meta, por debajo del nivel del cálculo e incluso de la conciencia, por debajo del discurso y la representación. (Bourdieu y Wacquant, 2014, p. 169)

No obstante, contrariamente a lo que podría sugerir el enunciado anterior, para Bourdieu la teoría del *habitus* no excluye la elección estratégica y la deliberación consciente como modalidades posibles de acción (Bourdieu, 2008). Sin embargo, en tanto estructura estructurante, el *habitus* “se constituye en un esquema generador y organizador, tanto de las prácticas sociales como de las percepciones y apreciaciones de las propias prácticas y de las prácticas de los demás agentes” (Gutiérrez, 2005, p. 69).

El poder simbólico es una forma de dominación que se ejerce a través de esquemas de percepción y de acción que son constitutivos del *habitus* y que por tanto no implican necesariamente la conciencia (Lopes et al., 2013). La violencia simbólica es la violencia que se ejerce sobre un agente social con su complicidad, como ejemplo paradigmático Bourdieu (2000) muestra el caso de la dominación masculina. Afirma que la violencia simbólica

se realiza a través de un acto de conocimiento y de desconocimiento que yace más allá —o por debajo— de los controles de la conciencia y de la voluntad, en las tinieblas de los esquemas del *habitus* que son al mismo tiempo genéricos y generadores” [*gendered and gendering*], es decir, producto y productores de género (T.). (Bourdieu y Wacquant, 2014, p. 217)

Con respecto al estudio de un campo Bourdieu expresa que es el campo el que primariamente es y debe ser foco de las operaciones de investigación, no el individuo. Los individuos deben ser considerados como agentes que están socialmente constituidos, si bien en la práctica son los que nos permiten acceder a la información necesaria para caracterizar un campo (Bourdieu, 1997).

Para el análisis de un campo Bourdieu plantea que

no podemos captar la dinámica de un campo si no es mediante un análisis sincrónico de su estructura y, simultáneamente, no podemos captar esta estructura sin un análisis histórico, esto es, genético de su constitución y de las tensiones que existen entre las posiciones en su seno, así como entre dicho campo y otros campos, y especialmente el campo del poder. (Bourdieu y Wacquant, 2014, p. 126)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

El proceso de investigación se realiza en un “interminable ida y vuelta”, en el que se busca identificar las formas de capital específico que juegan en él, para lo cual es indispensable conocer la lógica específica del campo. Para el autor analizar un campo implica tres momentos: en primer lugar, analizar la posición del campo frente al campo del poder, luego establecer un mapa de la estructura objetiva de las relaciones entre las posiciones ocupadas por los agentes o instituciones que compiten en el campo y por último analizar los *habitus* de los agentes (Bourdieu y Wacquant, 2014). Este último se observa en las prácticas de los actores y no en las teorizaciones que estos hacen de sí mismos (Castro, 2014).

3.2 *El campo de la salud y sus organizaciones*

La aplicación de los conceptos anteriormente descriptos al sector de la salud le permite a Castro proponer una definición de lo que él denomina campo médico, como:

El conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre ellos relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello. (Castro, 2014, p. 173)

Dentro del campo médico identifica a las instituciones de salud propiamente dichas, la industria farmacéutica y tecnológica, las aseguradoras, y las demás formas de medicina no tradicional. También forman parte del campo de manera significativa las instituciones formadoras de nuevos profesionales que legitiman el capital cultural adquirido en los procesos educativos (Castro, 2011, 2014).

El campo se constituye fundamentalmente a partir de que la profesión médica conquista la capacidad de imponer “los esquemas dominantes de percepción y apreciación de la realidad dentro del ámbito de la salud y la enfermedad” (Castro, 2011, p. 135). Este hecho le da supremacía a la profesión médica sobre otras profesiones del campo. Sin embargo, es posible identificar subcampos, que en general se relacionan a diferentes prácticas disciplinares como la enfermería y otras, que funcionan reproduciendo a nivel micro la misma dinámica del campo al que pertenecen (Lopes et al., 2013).

Si bien la profesión médica es hegemónica, en la actualidad es impensable no incluir una vasta diversidad de otras profesiones que integran el campo. En este sentido

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

consideramos más apropiado hablar de campo de la salud y no de campo médico, por ser un concepto más amplio y por tanto más apropiado para referirse a la diversidad de la que está constituido.

Por otro lado, desde el último tercio del siglo pasado hasta la actualidad asistimos a un fuerte debate en torno a los límites del campo médico conformado en torno a la hegemonía de la profesión médica y sus prácticas, proponiéndose el campo de la Salud Colectiva como una nueva manera de entender las formas y los procesos que las sociedades adoptan para definir la salud y la enfermedad y para establecer otras formas de cuidado institucionales y extrainstitucionales. En contraposición al modelo causa-efecto predominante en el campo médico, esta mirada implica entender el proceso salud-enfermedad-atención desde una perspectiva holística, como un hecho social en sí mismo y por lo tanto construido socialmente.

En este sentido Paim y Almeida Filho (2014) proponen considerar a la Salud Colectiva como campo científico interdisciplinar integrado básicamente por la epidemiología, la gestión y las ciencias sociales en salud. Considerar la Salud Colectiva como campo en el sentido bourdiano permite, en el área de la gestión, una comprensión más profunda del juego social y en consecuencia propiciar la “creación de espacios institucionales y de movimientos pedagógicos para la constitución de nuevos sujetos sociales” (Almeida Filho y Silva Paim, 1999, p. 27) capaces de una práctica política emancipadora.

Dentro del campo de la salud encontramos las organizaciones sanitarias que presentan particularidades que las vuelven unas de las más complejas de las sociedades actuales. En primer lugar se trata de organizaciones que pueden ser caracterizadas como “burocracias profesionales” (Mintzberg, 2001), lo que implica un alto nivel de autonomía de la amplia base de sus trabajadores que surge de la naturaleza claramente artesanal de sus prácticas, al contrario de lo que sucede en el sector industrial.

Por otro lado, estas prácticas se caracterizan por ser un “trabajo vivo” (Franco y Merhy, 2016), que se produce en el acto mismo de los procesos de atención, a través de una relación sujeto-sujeto mediada por el lenguaje verbal y no verbal, y donde cada trabajador pone en juego sus valores e ideologías en los procesos de trabajo. En este sentido Campos (1991) llama la atención sobre lo incompleto que puede resultar el análisis del campo de la salud y sus organizaciones desde teorías como el funcionalismo o la teoría de sistemas que observan las estructuras sanitarias como “mosaicos”, subestimando la relevancia de las relaciones dinámicas que se suceden dentro del campo y que lo determinan.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

La finalidad última de las organizaciones sanitarias es la producción de cuidado en salud. Este cuidado producido en el acto mismo de cuidar de los/as trabajadores/as, desarrollado con un alto grado de autonomía, implica que los trabajadores de la salud tienen la posibilidad de acciones de autogobierno en sus procesos de trabajo —de lo que no siempre son conscientes—. Por tanto la gestión de las organizaciones sanitarias exige, para cambiar el perfil productivo en salud, poder incidir y cambiar la forma de actuar de estos trabajadores a nivel micropolítico (Merhy y Franco, 2016).

Los modos de producción en salud se conforman por tres tipos de tecnologías que han sido descritas por Merhy (2021), quien las clasifica en “tecnologías duras”, en las que incluye equipamiento y dispositivos para la atención; “leve-duras”, como conocimiento técnico estructurado; y “leves”, que son relacionales, producidas y existentes en acto. La primacía que han tenido las tecnologías duras en la conformación del modo de producción neoliberal hegemónico en salud —situación que se crea a partir de los avances tecnológicos, de la inducción de su uso por parte de la industria y de una construcción social que asocia calidad de asistencia con la presencia de este tipo de tecnologías—, ha ido en detrimento de la centralidad que poseen las tecnologías leves en la producción de los cuidados en las organizaciones (Campos, 2011).

Asimismo, estas tecnologías leves utilizadas en los cuidados se aplican en organizaciones que pueden definirse como “redes de conversaciones” (Flores, 1989), poniendo de relevancia la trascendencia que tienen las relaciones humanas en su conformación y en sus resultados. Las conversaciones van conformando una narrativa de la organización que construye identidades en las que se ven reflejados los trabajadores y que se respaldan en una mística constituida por valores, mitos, tradiciones y leyendas. La articulación de mística, narraciones y conversaciones de alta calidad es lo que permite que una organización se constituya en una red de conversaciones con alto impacto de sus acciones, desde una perspectiva diacrónica, es decir procesual, con avances y retrocesos, conflictos y procesos instituidos e instituyentes en relación dialéctica (Spinelli, 2010, 2017).

La gestión de las organizaciones sanitarias se ha nutrido —incluso hasta la actualidad— de las teorías administrativas clásicas desarrolladas inicialmente por Taylor y Fayol durante la consolidación de la revolución industrial y pensadas para la producción de bienes materiales (Campos, 2009). El marco epistemológico diferente de las organizaciones sanitarias con respecto al de las fábricas supone una tensión en la aplicabilidad de aquellas teorías lo que lleva a una contradicción entre lo que piensan los trabajadores y sus prácticas. Es decir, piensan la organización como una estructura piramidal, dominada por la racionalidad

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

y la concentración del poder en la cúpula, pero trabajan de otra forma. Como consecuencia “el trabajador no sabe lo que sabe y su utilidad”. Sin embargo, entre lo que sucede en el pensamiento y lo que se hace no se genera necesariamente un conflicto debido a que está incorporado en el *habitus* de los trabajadores (Spinelli, 2010).

Por el contrario, en el campo de la Salud Colectiva se ha propuesto:

Construir nuevos conocimientos y experimentar nuevas formas de dirigir organizaciones, superando el eje central de la mayoría de las escuelas de administración que busca, de maneras diferentes, reducir a los sujetos humanos a condiciones e instrumentos dóciles a los objetivos de las empresas. (Campos, 2009, p. 27)

De esta forma se reconoce la necesidad de transitar cambios institucionales capaces de favorecer la construcción de sujetos sociales que actuando en organizaciones más democráticas, permitan superar la distancia entre quienes planifican y dirigen y la mayoría de las/os trabajadoras que brindan servicios (Campos, 2009, 2021). Esto se vuelve particularmente importante en las organizaciones públicas en un contexto de desprestigio de lo público en los países de América Latina, que se puede constatar por lo menos desde el último tercio del siglo pasado, en el contexto del desarrollo de políticas neoliberales auspiciadas desde los organismos internacionales (Campos, 2008; Cardoso y Campos, 2013; Franco y Merhy, 2016).

Las organizaciones que pertenecen al Estado presentan desafíos para la gestión sobre los que reflexionó y escribió profundamente Carlos Matus luego de su experiencia en el gobierno de Salvador Allende en Chile a comienzos de la década de 1970. Su concepto de Triángulo de gobierno hace notar que además del proyecto político es necesario contar con capacidades de gobierno —institucionales y personales— y gobernabilidad —la cual es expresión de la relación entre el peso de las variables que controla y no controla un actor en el proceso de gobierno—. Estos tres vértices del triángulo interactúan y se condicionan entre sí a través de la acción humana, pudiéndose definir entonces el proyecto de gobierno como el conjunto de propuestas de acción, la gobernabilidad como las posibilidades de la acción y la capacidad de gobierno como la capacidad de generar y comandar acciones (Matus, 2007a, 2014).

Las capacidades de gobierno incluyen las institucionales —aquellas que la organización pone a disposición del gobernante—, y las personales que son las que surgen de la experiencia, el conocimiento y el liderazgo de los dirigentes y sus equipos (Matus, 2007b, 2022). Dentro de las primeras se ubican, por ejemplo, aspectos relacionados a la estructura

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

edilicia, el presupuesto y la dotación de personal que condicionan las posibilidades de la gestión —sin ser condición suficiente para garantizar una buena gestión—.

La incorporación del concepto de “juego social” en el pensamiento de Matus (2007b) supone un aporte relevante para la comprensión de las organizaciones en tanto lo colectivo, conformado por el agregado de singularidades en relaciones de competencia, cooperación o conflicto, es central en el estudio y la gestión de aquellas. De ello deriva además, la necesidad de un nuevo tipo de planificación, a la que denominó Planificación estratégica situacional capaz de considerar la otredad y en base a ello imaginar escenarios futuros que orienten la acción que será siempre de final abierto (Huertas, 2006).

Finalmente, para acercarnos a comprender los cambios que pueden introducirse en el campo de la salud y sus organizaciones —como el que recoge esta investigación—, es necesario plantearnos quién decide en salud (Federico, 2015; Testa, 2007). Para este autor las decisiones en salud las toma el Estado, entiendo por tal “en la etapa actual de las ‘naciones estado’, a un espacio de conflictos entre clases sociales o fracciones de clase”. Son actores del Estado “todos aquellos sujetos u organizaciones que adquieren la capacidad de introducir temas de debate en la agenda del Estado” (Testa, 2007, p. 251).

Para Testa afirmar que quién decide es el Estado significa que el resultado del debate “se prolongará hasta alcanzar algún tipo de consenso o acuerdo, (...) que entonces será tomado por la autoridad decisoria para ser transformado en una norma política” (Testa, 2007, p. 251). Es decir que se debe distinguir entre el momento de la toma de decisión y el proceso a partir del cual se toma la decisión, por lo que se relativiza la importancia de la persona concreta que toma finalmente una decisión que se transforma en una norma, ley o decreto.

3.3 La profesión de enfermería y la gestión

Las organizaciones del campo de la salud están conformadas en la actualidad por trabajadores de variadas disciplinas que en general derivan de la profesión médica que es hegemónica. Posiblemente una de las profesiones históricamente más cercanas al desarrollo de la medicina moderna sea la enfermería, vinculada a la necesidad de cuidados continuos demandados por las personas enfermas que fueron delegados por la profesión médica principalmente a mujeres en el ámbito doméstico o en órdenes religiosas (Collière, 2009).

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Para Rovere y Sachetti (2011), ya desde mediados del siglo XIX en Inglaterra, estaban dadas las condiciones para el surgimiento de la enfermería como una profesión, la primera de clara preeminencia femenina en el campo de la salud. En sus etapas iniciales se observa un proceso de ruptura con la estructura religiosa que hasta entonces se había ocupado del cuidado de los enfermos. Este proceso de laicización acompañado del surgimiento de instituciones de formación, formas contractuales, y una incipiente corporación profesional permitirán el nacimiento de la enfermería moderna.

El surgimiento de la enfermería está por otro lado, asociado inequívocamente a la figura de Florence Nightingale (1820-1910) y su papel en la guerra de Crimea donde es nombrada por el gobierno inglés como inspectora superintendente de la Institución de enfermería de los hospitales generales ingleses en Turquía. Este hecho constituye el primer reconocimiento de la profesión a nivel gubernamental. Por otro lado, es pionera en sentar las bases de la enfermería institucionalizada y en determinar los fundamentos básicos para la formación de enfermería en escuelas propias de enseñanza sistematizada. Con la creación de la Escuela de Santo Tomás (1860) crea la división del trabajo en enfermería en dos niveles de preparación y con funciones diferenciadas jerárquicamente con una tradición de férrea disciplina formativa, con internado obligatorio; características que se mantendrán como propias de la profesión hasta avanzado el siglo XX en muchos países (Parentini, 2002).

Para Freidson (1978), en su clásico estudio sobre la profesión médica, una profesión se constituye a partir de un grupo de personas que realiza una actividad a través de la cual obtienen su principal fuente de subsistencia. Sin embargo, para ser considerada como profesión se requiere además que el grupo alcance la capacidad de controlar su propio trabajo, lo que se traduce en autonomía profesional con respecto a otras profesiones. Por otro lado, es necesaria “la colaboración del Estado en el establecimiento y mantenimiento de la importancia de la profesión” (p. 39) lo cual implica la presencia de actores de la profesión, en forma individual o grupal, que intentan incidir en las decisiones del Estado en aquellas políticas en que se encuentran involucrados.

En el campo de la salud, la profesión médica ostenta una supremacía sobre las demás profesiones que aparecen claramente como subalternas. Esto se deriva de su conquista del reconocimiento por parte del Estado para decidir sobre la salud y la enfermedad de las personas y las sociedades (Foucault, 2014). De esta forma la profesión médica se encuentra legitimada para hablar y actuar en nombre del campo (Lopes et al., 2013).

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

De hecho, las demás profesiones que actúan en las organizaciones derivan de una u otra forma de ramas de especialización de la profesión médica y en sus orígenes fueron concebidas como colaboradores de esta¹. Sin embargo, la profesión enfermera aún dentro de una clara subalternidad con respecto a la profesión médica, fue ocupando espacios propios de acción que implicaron la obtención de mayores niveles de autonomía (Collière, 2009; Rovere y Sachetti, 2011).

En el Uruguay, como resultado del proceso de discusión de un nuevo plan de estudios en la Escuela Universitaria de Enfermería que introduciría por primera vez la formación académica a nivel de Licenciatura a partir de 1971 se establecía:

El enfermero profesional tiene la responsabilidad de decidir sobre el cuidado de enfermería a brindar al individuo y la familia; orientar al personal sobre los pasos a seguir en el cuidado, lo que requiere tomar decisiones basándose en el análisis crítico de cada situación. [...] Desempeña funciones técnicas, administrativas, docentes y de investigación. (Carrasco et al., 1971, p. 20)

El concepto anterior evidencia una postura clara en cuanto a la autonomía profesional del profesional de enfermería que se pretendía formar, incluyendo además un evidente perfil de gestión. Se considera, en el mismo documento, a la enfermería como “un proceso interpersonal, educativo y terapéutico cuya meta es el logro de un mayor nivel de salud” (ídem) individual, colectiva y de los propios equipos de atención.

Por otro lado, al igual que la profesión médica, la profesión de enfermería está ligada históricamente al escenario de los hospitales, herederos de la disciplina, la jerarquía y la administración del ámbito militar. Hay ya aportes pioneros a la administración hospitalaria en los primeros escritos de Nightingale (Rovere y Sachetti, 2011). El desarrollo de la profesión en el escenario comunitario, si bien más tardío, también puede identificarse a mediados del siglo XIX, no obstante, recién alcanzará un desarrollo propio a mediados del siglo XX.

La enfermería incorpora en sus prácticas una modalidad de gestión “híbrida” dado que por un lado gestiona los cuidados de las personas y por otro gestiona los servicios de salud en los que se desempeña (Ernst, 2019). Esta es una particularidad que se observa en la profesión enfermera y que la distingue de las demás profesiones del campo de la salud, ya que estas últimas se centran más en los saberes de la clínica incorporado en general tardíamente aspectos vinculados a la gestión. Podemos en consecuencia distinguir dos

¹ Ha sido frecuente la denominación de “paramédicos” a los profesionales no médicos del campo de la salud.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

formas de capital cultural en la profesión enfermera: un capital clínico —en forma similar a las demás profesiones y fundamentalmente de la profesión médica— y un capital vinculado a la gestión de servicios de variada complejidad ya sea en el ámbito propio de enfermería como en ámbitos más generales de las organizaciones sanitarias.

Se puede identificar que la gestión de enfermería “aún utiliza métodos y estrategias de gestión tradicionales, oriundos de la teoría clásica de la administración, modelo que fue determinado históricamente por factores económicos, sociales y culturales” (Spagnol, 2005, p. 121) y que derivan además de una impronta propia de las instituciones que contribuyeron a su origen. Como resultado la lógica del control es una característica importante de la gestión enfermera, utilizándose la supervisión directa como dispositivo de control de los procesos de trabajo y del comportamiento de los trabajadores.

Sin embargo, además de la rigidez de las formas tradicionales de la gestión enfermera, se pueden encontrar otras características que tornan más humana la gestión, posiblemente desarrolladas a partir de la sensibilidad que emerge de las prácticas del cuidado (Fernandes et al., 2003). En este sentido Spagnol (2005, p. 122) propone que la profesión de enfermería deje de supervalorar solamente el control, la jerarquía, la orden, para “instituir prácticas como el análisis de los procesos de trabajo, el diálogo, la participación y el debate junto con su equipo y con el equipo multiprofesional”, que lo conduzcan a una nueva forma de concebir la gestión como una práctica colectiva, relacional, que considera a los usuarios y trabajadores de la salud como sujetos sociales en acción.

Por otro lado, la gestión general de las organizaciones sanitarias ha sido monopolizada por la profesión médica desde sus inicios. Dentro de estas, la institución paradigmática del campo ha sido —y lo continúa siendo— el hospital, que en general es gestionado por un “director”. Tradicionalmente la posición de director de hospital ha estado ocupada por un profesional médico, con trayectoria reconocida en la clínica y por lo general de género masculino, lo cual es expresión del poder médico vinculado a la imposición del modelo liberal de la profesión al interior del hospital (Carapinheiro, 2005).

No obstante, los servicios de enfermería constituyen un área clave en la atención a los usuarios en las organizaciones hospitalarias actuales, llegando a poseer el mayor porcentaje de los trabajadores que las conforman, que se puede estimar entre 30-40% (Villar, 2012). En general, el trabajo de enfermería se organiza a través de un Departamento o Dirección de enfermería que, siguiendo la clásica pirámide jerárquica, es dirigido por la jefa o directora de Departamento. De ella depende el resto del equipo de enfermería integrado por enfermeras/os

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

asistentes, supervisoras/es, operativas/os y una categoría de trabajadores considerados no profesionales² —denominados frecuentemente como auxiliares de enfermería—.

Asimismo, es posible constatar un reconocimiento al papel de enfermería en los hospitales que surge de ser considerada como “vertebradora del funcionamiento del hospital” en tanto facilita la interacción de las diferentes profesiones y los usuarios a través de una presencia que alcanza las 24 horas todos los días del año (Asenjo, 1998; Villar, 2012). Este hecho constituye uno de los principales capitales con que cuenta la profesión en los hospitales, que no se acompaña de capital económico, pero sí de capital simbólico vinculado a la capacidad de gestionar los servicios.

A pesar de ello la subalternidad de la profesión de enfermería con respecto a la profesión médica en los hospitales genera la búsqueda de modalidades de revalorización profesional que “presupone la posibilidad de una relación de complementariedad y de equipo con los médicos” (Carapinheiro, 2005, p. 263). En este sentido, una de las estrategias descritas por Carapinheiro (2005) es la movilidad de los profesionales de enfermería a servicios de mayor complejidad como por ejemplo los centros de cuidados intensivos, donde el saber técnico conforma un área de especialidad que otorga prestigio en forma de capital cultural, permitiendo además la conformación de equipos de trabajo interprofesionales más consolidados, en parte debido a que se trata de áreas de trabajo cerradas.

Asimismo la experiencia derivada de gestionar grupos de trabajadores tanto a nivel operativo como a niveles más macro de la organización hospitalaria otorga a los profesionales de enfermería un “saber hacer” que se va constituyendo ya desde la etapa formativa (Spagnol, 2005) y que recién en los últimos años se ha constituido en otra estrategia de revalorización profesional. Así, el acceso a posiciones de dirección de hospitales por parte de profesionales de enfermería, inimaginable hace tan sólo pocas décadas atrás y aún incipiente, ha significado una novedosa visibilidad para la profesión en la vieja estructura hospitalaria (Gómez Torres, 2018).

Este cambio subvierte no sólo una relación entre profesiones del campo de la salud, si no que implica además una alteración en las relaciones de género en tanto la profesión enfermera es mayoritariamente femenina. En este sentido, el acceso de las mujeres a puestos de decisión es totalmente minoritario con respecto a los hombres en el campo, aun tratándose de mujeres médicas —a manera de ejemplo para la Provincia de Buenos Aires, Argentina, se constató que sólo el 25% de las direcciones ejecutivas de los hospitales era ocupados por

² Es decir, sin formación académica de nivel universitario.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

mujeres, es decir menos de 3 de cada 10 cargos (PNUD, 2018, p. 38)—. La división sexual del trabajo al interior de las instituciones hospitalarias afecta de manera particular a la profesión enfermera y su trayectoria, que recibe así una doble marginación: la de no pertenecer a la profesión médica y la de ser mayoritariamente de género femenino.

En este sentido es importante considerar que:

Las mujeres en puestos de decisión, con trayectorias consolidadas, no están exentas de cuestionamientos recurrentes hacia sus capacidades de liderazgo. En su mayoría son las primeras mujeres en ocupar estos puestos en sus respectivas instituciones, y deben conciliar con múltiples actores —consejos directivos, jefes de servicio, gremios, sociedades científicas— en entornos fuertemente masculinizados. Adoptan formas propias de trabajo y liderazgo, que en general no emulan ni responden a atributos asociados con liderazgos “masculinos”. Tienden a desarrollar otras formas de comunicación y toma de decisiones, que otorgan un valor primordial al trabajo en equipo, la formación y la construcción de consensos. (PNUD, 2018, p. 50)

Finalmente, para cerrar este apartado proponemos retornar a los orígenes de la enfermería como profesión del cuidado y su relación con la gestión. Dice Molinier (2008, p. 127) que el “saber-hacer de las enfermeras es *discreto* en el sentido de que los medios puestos en marcha no llaman la atención de quien se beneficia y que deben poder ser movilizados sin esperar gratitud”. Esto se manifiesta en una invisibilidad del trabajo de enfermería en los hospitales que deriva en parte de la intangibilidad de los cuidados y en consecuencia de las dificultades para “medirlos” en términos de la gestión neoliberal.

Sin embargo, el hecho de que “el trabajo del cuidado no es reducible a la actividad —la actitud— de una sola persona, sino que está respaldado por el trabajo colectivo. Trabajo de apoyo, de cooperación, de vigilancia compartida o, en otras palabras, atención colectiva a las ‘pequeñas cosas’ ” (Molinier, 2015, p. 135) imprime a la profesión enfermera una capacidad de trabajo con otras/os que implica necesariamente el desarrollo de habilidades de gestión.

En este sentido, coincidimos con Molinier (Wlosko y Ros, 2015, p. 450) en que “los y las cuidadoras tienen un saber inalienable en las categorías de la gestión”. Este saber se vuelve significativo en el caso de la profesión de enfermería en el ámbito de las organizaciones hospitalarias particularmente en momentos en que la profesión alcanza nuevas posiciones de gestión, antes monopolizadas por la profesión médica, alterando las tradicionales relaciones entre cuidado y gestión y en consecuencia las de subalternidad y dominación en el campo de la salud.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

4. METODOLOGÍA

4.1 Marco teórico metodológico

La presente investigación siguió un diseño metodológico cualitativo, en el entendido que para aproximarnos a conocer la realidad compleja objeto de nuestro estudio era necesario trabajar, al decir de Minayo (2007), con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes de los enfermeros gestores, para dar cuenta de los procesos sociales subyacentes que nos permitieran acercarnos a comprender sus experiencias en la gestión de servicios de salud del sector público en Uruguay.

Contrariamente a cualquier reduccionismo positivista, nos propusimos abordar las experiencias de gestión a través de las narraciones de los protagonistas ya que es a partir de estas como los individuos, grupos o colectividades perciben, interpretan y actúan en el mundo. En ese sentido nos planteamos rescatar el punto de vista del actor a partir de sus narrativas. Desde la perspectiva de Bourdieu (1999), el punto de vista del actor es una toma de posición desde una visión parcial en el espacio social, donde se da la interacción con otros agentes que poseen sus propios puntos de vista, en función de los intereses y capitales en disputa. Este punto de vista, para Bourdieu, está condicionado doblemente por las posiciones en la estructura y los capitales en juego, y por el *habitus*. Así, los puntos de vista son estructurados y a su vez estructurantes de las acciones de los agentes.

Las narrativas de los actores muestran la posibilidad que tiene la palabra de ser reveladora de condiciones estructurales, de sistemas de valores, normas y símbolos en determinado momento histórico, social, económico y cultural. Así, el lenguaje es la mediación privilegiada para acceder a las experiencias vividas por los sujetos, ya que la palabra es simultáneamente, una producción histórica y la arena donde se confrontan intereses contradictorios, volviéndose el instrumento que nos acerca a comprender la realidad (Minayo et al., 2007; Minayo, 2009).

Privilegiar las narrativas implica reconstruir la historia de los participantes a través de sus propios relatos, teniendo en cuenta que analizar los relatos de los entrevistados implica una doble hermenéutica, o sea, interpretar las interpretaciones de los sujetos entrevistados, dando como resultado la interpretación que el investigador realiza de la interpretación de los actores sobre los hechos, las prácticas y las concepciones que se indaguen (Giddens, 2011; Giddens y Merener, 2012).

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

A través de la narración, las personas reorganizan su experiencia, otorgándole orden y significado, permitiendo entonces al investigador aproximarse a la manera en que estas perciben los acontecimientos que se pretenden estudiar. La narrativa surge entonces del diálogo, en un proceso creativo en que tanto el narrador como su oyente pueden influir sobre lo que está siendo narrado ya que, por ejemplo, la presencia del narrador influye en el otro generándole preocupación por la impresión que está causando y sobre la manera que el otro está interpretando su narrativa (Guerreiro y Trentini, 2008).

Las narrativas expresan lo colectivo, y pueden considerarse la reproducción del hecho social en la experiencia personalmente vivida y en la reflexión de quien habla, lo que permite validar el trabajo con situaciones singulares para aproximarse a acontecimientos colectivos y hechos sociales. Por otro lado, el relato es un pensamiento especialmente producido que no se reduce a una impresión subjetiva, ya que es producto del trabajo de recordar y reflexionar, reconstruyendo lo vivido en nueva objetivación (Schraiber, 1995).

La elección de qué contar es un proceso creativo, en la cual el narrador y la realidad son recreados en cada narrativa. Esta se torna única cada vez y le provoca al investigador el desafío de comprender la experiencia, para lo cual es necesario aclarar sus significados potenciales y el proceso de producción de tales significados. El proceso de interpretación de una narrativa exige del investigador un trabajo de inmersión profunda en el relato, para que pueda comprender no sólo lo que es dicho explícitamente, sino identificar también los presupuestos que utiliza el entrevistado para definir y delimitar su experiencia, es decir descubrir los significados implícitos y explícitos en los relatos de los sujetos (Guerreiro y Trentini, 2008).

De acuerdo a Verd y Lozares (2016, p. 185) una narración:

...es aquella forma de organizar el discurso que se caracteriza por: 1) una temporalidad, puesto que existe una sucesión de acontecimientos en un tiempo que avanza; 2) una unidad temática, ya que existe como mínimo un mismo sujeto-actor (colectivo o individual) a lo largo de toda la secuencia; 3) una transformación, en que unos estados cambian o se transforman en otros; 4) una unidad de acción, porque los cambios se enumeran como parte de una relación más o menos estable y de un proceso integrador; y 5) una causalidad, pues los cambios se vinculan sucesiva y casualmente en forma de intriga.

El relato emerge a partir de la “puesta en intriga” (Ricoeur, 1995) construida conjuntamente por el entrevistador y el entrevistado, permitiendo que este reordene en su memoria los hechos y experiencias, eligiendo algunos para ser dichos y guardando otros para sí (Muñiz Terra, 2012).

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Finalmente, siguiendo a Minayo (2009) podemos afirmar que el concepto de representaciones sociales es un aspecto central en la investigación cualitativa. Para esta autora las representaciones sociales pueden ser definidas “como categorías de pensamiento, de acción y de sentimiento que expresan la realidad, explicándola, justificándola o cuestionándola” (p.183) y se manifiestan en los relatos y actitudes de los actores sociales. No son necesariamente conscientes ya que forman parte de una naturalización de los modos de hacer, pensar y sentir reproducidos por los individuos y los grupos en las estructuras que construyen y por las que son contruidos ellos mismos.

La representación social de un grupo es portadora de la posición de este en la sociedad, así como de sus intereses y dinámica en el campo a que pertenece. En ese sentido se constituyen en “materia prima para el análisis de lo social y también para la acción pedagógica y política de transformación, pues retratan y refractan la realidad” (Minayo, 2009, p. 196). No obstante, es importante señalar que las representaciones no constituyen las prácticas de los actores, si no que expresan las concepciones que estos tienen de sus prácticas expresadas a través del lenguaje y es precisamente este aspecto el cual se rescata y analiza en el presente estudio.

4.2 Universo de la investigación

El universo de la investigación estuvo constituido por el conjunto de enfermeras/os que accedieron a cargos de gestión de hospitales del sector público en Uruguay en el período 2005-2020, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión que se muestran en el Cuadro 1.

Se realizó un relevamiento previo al trabajo de campo utilizando un formulario de Google autoadministrado que se difundió a través de las redes institucionales de enfermería en el país y de contactos personales del investigador identificándose inicialmente 12 profesionales de enfermería que cumplirían con los criterios de inclusión definidos. Ya concluido el trabajo de campo se encontró una enfermera que no había sido incluida, por lo que el universo total al que se podría haber accedido fue de 13 profesionales.

Dado el número reducido de profesionales se intentó alcanzar a la totalidad de estas/os, pero esto no fue posible dado que una de las enfermeras falleció en forma posterior al relevamiento y antes del trabajo de campo. Por otro lado, otra profesional fue excluida luego de realizada la entrevista, dado que había errores en el relevamiento inicial y no cumplía con

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

los criterios de inclusión. En consecuencia, el número de profesionales de enfermería entrevistados fue de 10.

Cuadro 1. Criterios de inclusión y exclusión de enfermeras/os gestores a entrevistar

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
• Título de grado de Licenciada/o en enfermería, egresado de cualquier institución universitaria acreditada • Desempeñar o haber desempeñado funciones de gestión en la dirección de hospitales del sector público de Uruguay entre el año 2005 y el 2020 • Haber desempeñado la función de gestión por un período igual o mayor a 6 meses • En hospitales con servicios médicos y quirúrgicos con capacidad igual o mayor a 30 camas.	• Enfermeras/os gestores de servicios de enfermería. • Directores de programas o similares del Ministerio de Salud • Subdirectores y Adjuntos a las direcciones de servicios de salud.

Fuente: elaboración propia

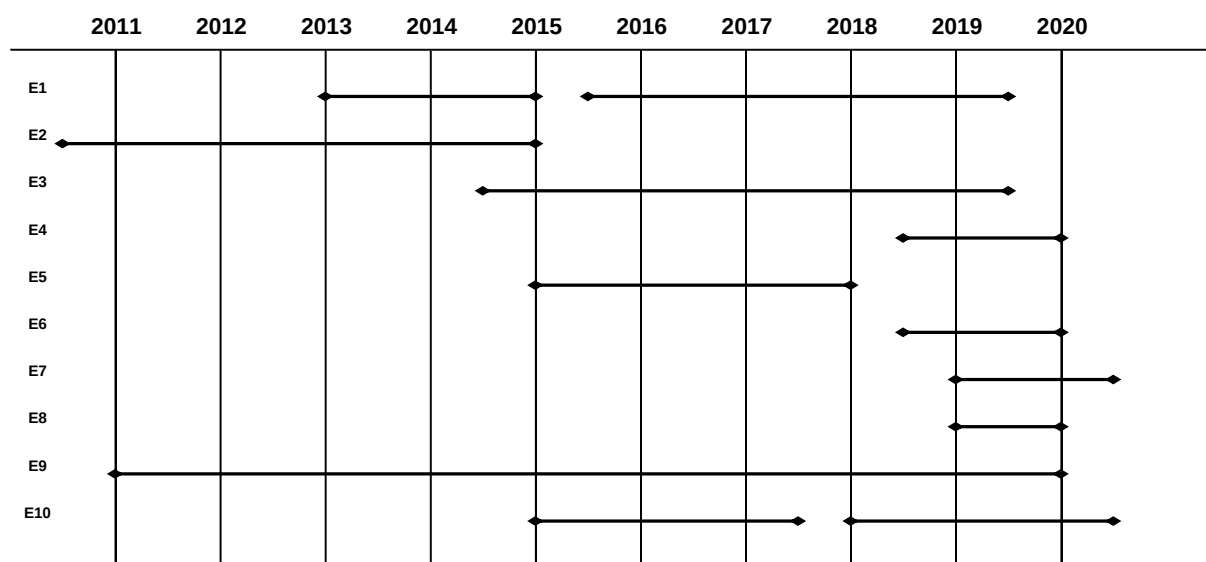
De los 10 entrevistados, 8 fueron mujeres y 2 hombres, con una edad promedio de 51 años con un mínimo de 42 y un máximo de 61 años. Dirigieron hospitales generales ubicados en Montevideo (2) y en ciudades del interior del país (8). Los hospitales de Montevideo son de mayor complejidad ya que son centros de referencia nacional, no obstante, los hospitales del interior del país en que se desarrollaron experiencias fueron en su mayoría hospitales de mediano porte de referencia departamental. Se abarcaron tres regiones del país: sur, este y oeste, no encontrándose ninguna experiencia de un enfermero gestor en la región norte que cumpliera los criterios de inclusión.

Si bien el período al que estamos haciendo referencia en este trabajo es desde el año 2005 al 2020 en que se enmarcan los 3 períodos de gobierno del partido Frente Amplio y durante los cuales se llevó adelante una reforma sanitaria, las/os entrevistadas/os para este trabajo asumieron direcciones de hospitales a partir del año 2011, es decir a partir del segundo

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

año del segundo período de gobierno³ del ciclo progresista (Figura 3). Sin embargo, consideramos adecuado mantener el período temporal a partir del año 2005, dado que desde ese año se realizaron designaciones de enfermeras/os en direcciones de hospitales públicos. Por ejemplo, en el relevamiento inicial realizado para el proyecto con que se inició este trabajo de tesis se identificó un enfermero en la dirección de un hospital a partir de 2009, que no se incluyó en las entrevistas por no cumplir con el criterio de inclusión referido a la complejidad del hospital.

Figura 3. Períodos de ejercicio de la dirección de un hospital de las/os entrevistadas/os



Fuente: elaboración propia

Podemos afirmar que sólo una de las entrevistadas permaneció en la dirección del hospital prácticamente durante la totalidad de los dos últimos períodos de gobierno y que claramente las designaciones de profesionales de enfermería como directoras/es de hospital se concentran en el último quinquenio, incluso 4 de las/os entrevistadas/os asumen funciones en los dos últimos años del mandato.

Si bien el criterio de inclusión que refiere a la duración de la experiencia establecía primariamente un período igual o mayor a 1 año, se decidió la inclusión de una profesional con una experiencia de dirección de 8 meses por considerarla relevante para la investigación. Este hecho supuso la reformulación de este criterio de inclusión a un período igual o mayor a 6 meses de duración.

³ Recuérdese que los períodos de gobierno en Uruguay son de 5 años.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Finalmente debemos consignar que inicialmente todos los enfermeros asumieron sus funciones por designación directa. Sin embargo, a partir del año 2019, luego de una intensa campaña liderada por la oposición política, se realizaron concursos públicos para las direcciones de algunos hospitales seleccionados. De los 10 entrevistados/os, 5 se presentaron a los llamados correspondientes y de estos, 3 obtuvieron el primer puesto en las listas de prelación, quedando al frente de sus organizaciones por este mecanismo y no por designación directa.

4.3 Técnica de recolección de datos

Como método de recolección de datos se utilizó la técnica narrativa por excelencia que es la entrevista en profundidad, entendida como una “conversación con finalidad”, a partir de una guía de referencia para el investigador que no limite ni condicione el relato de los entrevistados (Minayo, 2009; Ynoub, 2015). Se buscó de esa forma acceder a las interpretaciones de las experiencias contenidas en el habla de los actores sociales en cuanto sujetos-objeto del presente estudio a través de una conversación con propósitos bien definidos (Minayo et al., 2007).

El hecho que el investigador formara parte del grupo de enfermeras/os que accedieron a cargos de gestión de hospitales en Uruguay, lejos de comprometer la objetividad del estudio, facilitó la comprensión de los relatos a partir del conocimiento del campo, permitiendo rescatar con mayor profundidad el punto de vista de los actores. No obstante, este hecho exigió el esfuerzo de volver exótico lo cotidiano de las prácticas y una actitud de vigilancia epistemológica en todas las etapas del estudio (Guber, 2011).

Se utilizó una guía de entrevista (Apéndice C), que fue modificada y adaptada para este proyecto, a partir de la propuesta por Spinelli H., Arakaki J. y Federico L. en el libro *Gobernantes y Gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones* (Spinelli et al., 2019). La misma se utilizó con la finalidad de ser una orientación para la tarea del investigador, permitiendo no olvidar temas que se consideran centrales en el estudio, pero privilegiando un contexto de diálogo e intercambio “cara a cara” entre entrevistador y entrevistado (Ynoub, 2015).

Esta guía abarcó un amplio abanico de cuestiones que permitieron conocer las percepciones de los protagonistas en cuanto a sus capacidades de gestión personales e institucionales. En este sentido se abarcaron aspectos referidos a la trayectoria personal, la

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

arena política donde se desarrolló la experiencia, la concepción de la organización que se dirigió, los aspectos administrativos y normativos, las dimensiones económico-financieras de las instituciones, los bienes de capital y la dotación de personal, la oficina del dirigente, la agenda del dirigente, la gerencia por operaciones, los sistemas de petición y rendición de cuentas, la comunicación, las reuniones de gabinete, las dimensiones simbólicas, la construcción de equipos, la resolución de conflictos, los sistemas de información, la evaluación y el monitoreo y finalmente los aspectos vinculados al impacto de la gestión en la vida personal y familiar de los gestores.

Luego de las primeras entrevistas se realizaron algunos ajustes a la guía dado que se valoró como demasiado extensa dificultando el abordaje de todos los tópicos propuestos en el transcurso de un encuentro. Si bien la primera entrevista se realizó en dos encuentros sucesivos de larga duración, el resto de los profesionales prefirió circunscribir su participación a un solo encuentro. Por otro lado, el investigador intentó mantener una actitud abierta para habilitar el relato de temas emergentes por parte de los entrevistados que no estuvieran contemplados en la guía de preguntas.

Las entrevistas fueron planificadas para realizarse en forma presencial, pero dado el contexto de pandemia durante el cual se realizaron, estas fueron realizadas en forma virtual. Para tomar esta decisión se realizó una revisión de experiencias de investigación a través de medios virtuales (Hamui Sutton y Vives Varela, 2021; Meccia, 2021; Orellana López y Sánchez Gómez, 2006; Sabia Suárez y Figueredo Rolle, 2022; Villarreal Puga y Cid García, 2022) y se consultó con la dirección del Doctorado en Salud Colectiva, concluyéndose que era posible cambiar la modalidad sin afectar los objetivos del estudio. Asimismo, el proyecto inicial no incluía otra técnica como la observación participante, que requiriera la presencia del investigador en el campo.

Como forma de registro se utilizó la grabación de la entrevista en audio y video previo consentimiento informado del entrevistado a través de un documento escrito⁴ (Apéndice D). En todos los casos una vez terminada la entrevista se detuvo la grabación para cerrar la misma surgiendo en algunas oportunidades nuevos comentarios sobre los temas abordados. Las entrevistas fueron posteriormente transcritas a partir de los archivos de audio y chequeadas minuciosamente por el investigador mediante lectura y escucha del audio correspondiente. Se realizaron anotaciones en el cuaderno de campo sobre impresiones del

⁴ Aprobado por la Comisión de Ética de la UNLA con fecha 17/11/20

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

investigador sobre el desarrollo de la entrevista en forma inmediata a la finalización de cada una de ellas.

Para la codificación de los entrevistados en el material transcripto de forma de preservar la identidad de estos, se utilizó la letra E seguida de un número correlativo generado por el ordenamiento temporal de las entrevistas. En la presentación de los testimonios se utilizó además la numeración de párrafo correspondiente al archivo de texto de la transcripción, como forma de ubicar rápidamente el texto en caso de necesidad. De esta forma, por ejemplo, E2:200 corresponde a la entrevista 2 y al párrafo 200 de la transcripción. En el caso de la primera entrevista que transcurrió en dos encuentros, en forma previa al párrafo se aclara si se trata del encuentro 1 o 2 (por ejemplo, E1:1.200).

4.4 Trabajo de campo

El trabajo de campo se desarrolló desde el 1 de abril de 2021 al 8 de febrero de 2022, lo que estuvo determinado por las posibilidades de concreción de los encuentros con los profesionales seleccionados para el estudio y por el espacio de tiempo necesario para que el investigador pudiera tener una primera aproximación a la transcripción de la entrevista realizada como forma de enriquecer la siguiente.

El encuentro de mayor duración fue con E1 totalizando casi 6 horas de entrevista en dos encuentros en días consecutivos. En 5 casos los encuentros superaron las dos horas y en los 4 restantes la duración fue algo superior a una hora (Cuadro 2). La heterogeneidad en la duración de las entrevistas respondió posiblemente a múltiples factores, pero en reiteradas ocasiones se registró en las anotaciones en el cuaderno de campo que cuando existía un vínculo previo del entrevistado con el investigador se observó un ámbito de confianza que propició que el primero se explayara con mayor detalle en el relato de su experiencia.

Se evidenció en la primera entrevista una densidad conceptual en el relato de la protagonista en torno a los temas abordados que no se encontró en los demás entrevistados. En consecuencia, esa entrevista se transformó en un testimonio de relevancia para los resultados de la investigación pero que exigió simultáneamente el contraste continuo con las demás entrevistas y una actitud cuidadosa para que no se convirtiera en la fuente principal en la etapa de análisis.

En general el trabajo de campo se realizó en un período temporal en el que la mayoría de los profesionales entrevistados se encontraban cercanos al momento en que finalizaron

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

sus experiencias de gestión. En los que se encontraban más cerca se observó un relato con mayor énfasis en los aspectos de la salida de los cargos dificultando la aplicación de la guía de la entrevista. Aun así, en general se abordaron todos los temas que se buscaban conocer en todas las entrevistas, pero con diferentes grados de profundidad.

Cuadro 2. Fechas y duración de las entrevistas realizadas

	Fecha	Duración (h:m)
E1	1 y 2/4/21	3:08 y 2:50
E2	13/05/21	2:41
E3	19/04/21	2:33
E4	18/06/21	2:41
E5	03/08/21	1:13
E6	03/09/21	2:04
E7	21/10/21	1:04
E8	04/12/21	1:22
E9	03/02/22	2:11
E10	08/02/22	1:22

Fuente: elaboración propia

A mediados de 2021 luego de intentar infructuosamente contactar a una de las profesionales nos enteramos de su fallecimiento, lo cual fue un impacto para el investigador dado que se trataba de una profesional joven que había respondido al relevamiento inicial para la elaboración del proyecto de tesis. Este hecho también afectó emocionalmente a algunos de los profesionales entrevistados.

A lo largo del trabajo de campo surgieron preguntas relacionadas a la investigación que fueron anotadas en el cuaderno de campo y que se conformaron en insumos para las últimas entrevistas y fundamentalmente para el análisis. Este hecho implicó en reiteradas oportunidades cuestionar y reformular preguntas de la guía para focalizar el diálogo con el entrevistado en aquellos aspectos definidos en los objetivos propuestos en el proyecto de investigación.

Por otro lado, el trabajo de campo se realizó procurando mantener un proceso autorreflexivo del investigador del que se da cuenta al final de este apartado. Esto implicó además de la sistematización de las anotaciones en el cuaderno de campo, de un continuo trabajo de consulta del material bibliográfico metodológico y conceptual que permitiera comprender mejor los relatos de las experiencias.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

4.5 Estrategia analítica

Como estrategia analítica se utilizó el análisis temático de contenido. Para Minayo (2009, p. 259) “hacer un análisis temático consiste en descubrir los *núcleos de sentido* que componen una comunicación, cuya *presencia* o *frecuencia* signifiquen algo para el objeto analítico apuntado” [Cursivas del original]. En el caso de la presente investigación no se privilegió el uso de la frecuencia de los núcleos de sentido identificados si no su significancia en el relato y su contexto.

Por otro lado Braun y Clarke (2006) afirman que el análisis temático es un método para identificar, analizar e informar sobre patrones que constituyen temas en el material documental y en consecuencia un tema muestra un aspecto importante en los datos en relación con la pregunta de investigación. En un sentido similar, Bardin (1986, p. 79) afirma que “el tema es la unidad de significación que se desprende naturalmente de un texto analizado según ciertos criterios relativos a la teoría que guía la lectura”.

En forma previa a la etapa de análisis se decidió la utilización de un paquete informático de tipo CAQDAS (*Computer assisted qualitative data analysis*) con el objetivo de facilitar las tareas de organización de la información, codificación y agrupación de segmentos de texto, recuperación ágil de textos codificados bajo un mismo código y obtención de documentos referenciados que permitieran el análisis y escritura del informe final (Verd y Lozares, 2016). En este sentido, la utilización del programa MAXQDA (VERBI Software, 2021) fue considerado como un recurso técnico para el manejo de una gran cantidad de material cualitativo que permitiera al investigador no perder aspectos importantes de los relatos y agilizar el análisis de los mismos. Sin embargo, en todo el proceso de análisis se utilizó en forma simultánea al uso del recurso informático, procedimientos manuales en papel fundamentalmente para la etapa de mayor desafío creativo durante la elaboración de los núcleos temáticos en que se estructuró el trabajo final.

El proceso analítico siguió básicamente las 6 fases propuestas por Braun y Clarke (2006, 2022). En la primera, de familiarización con el material a analizar, se realizó una escucha de los audios de las entrevistas con lectura simultánea de la transcripción correspondiente como forma de tomar contacto directo e intenso con los datos, tomando notas iniciales sobre los mismos en forma similar a la planteado por Minayo (2009). En una segunda fase se realizó la codificación de aquellos segmentos de texto significativos para la pregunta y los objetivos de la investigación. Para ello se utilizaron códigos elaborados a partir de la guía

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

de entrevista, así como códigos creados a partir de los relatos de los entrevistados. El proceso implicó un trabajo de codificación inicial que requirió reiteradas revisiones para identificar y unificar códigos similares o proponer nuevos a medida que el investigador se dejaba impregnar por los contenidos, hasta obtener una codificación sistemática de todos los segmentos identificados como potencialmente significativos para el estudio. Se utilizó la herramienta de creación de *memos* durante todo el proceso, como forma inicial de registro de impresiones del investigador, así como de posibles interpretaciones del material textual.

En la fase 3 se comenzó el proceso de generación de temas iniciales a través de la identificación de patrones de significado mediante la agrupación de los códigos elaborados en la etapa anterior. El trabajo de análisis de esta etapa exigió la construcción de una propuesta de temas a través de un proceso activo donde se pusieron en juego tanto el material empírico, las preguntas y objetivos de la investigación, el marco teórico, los antecedentes, así como los conocimientos y experiencias previas del investigador. En la fase 4 se revisaron los temas iniciales evaluando su pertinencia y coherencia con los códigos y material empírico. A partir de esta fase se trabajó con la herramienta de mapas temáticos elaborados en papel utilizando figuras de distintos colores y conectores que resultaron de mayor utilidad que las posibilidades que se disponían en formato electrónico. Este proceso lejos de ser lineal supuso volver reiteradamente a los relatos, cuestionar codificaciones realizadas en las etapas anteriores y eliminar, unir o proponer nuevos temas y subtemas en los cuales organizar el análisis.

Finalmente, en la fase 5 se consolidó la definición y enunciado de los temas y subtemas propuestos para dar respuesta a los objetivos de la investigación que se constituyeron en los insumos para el informe de la investigación. Esta etapa se terminó de afianzar en el proceso de escritura del informe final (fase 6), que formó parte sustancial del análisis tal como lo plantean Braun y Clarke (2019; 2022). Esto exigió en varias oportunidades la reformulación de los temas propuestos en las etapas anteriores fundamentalmente al encontrarse incoherencias con el material empírico. En consecuencia, se adoptó la decisión metodológica de trabajar cada eje temático en profundidad, incluyendo la redacción del informe correspondiente a cada uno, una vez superada la fase 4. Una vez finalizada la redacción de un capítulo de resultados se retomó el análisis del siguiente eje temático hasta culminar los 6 apartados en que se organizó el informe.

Se tuvo en consideración el cumplimiento de normas de validez cualitativa como lo son: exhaustividad, en tanto se intentó contemplar todos los aspectos que se pretendieron relevar; representatividad, dado que abarcó el mayor número posible de enfermeras/os que cumplieran con los criterios de inclusión; homogeneidad, en relación con los temas tratados,

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

a las técnicas empleadas y a los atributos de los interlocutores; y pertinencia, en el sentido de que los textos a analizar sean adecuados para dar respuestas a los objetivos del trabajo (Minayo et al., 2007; Minayo, 2009).

De acuerdo con Gibbs (2012, p. 20), el análisis implica “interpretar y narrar de nuevo” procurando a través de una descripción densa dar cuenta de las interpretaciones de los entrevistados sobre sus experiencias y de esta forma intentar comprenderlas. En este sentido, la presente investigación procuró ser fiel a la perspectiva aportada por los sujetos estudiados, pero, considerando que el análisis implica una nueva interpretación por parte del investigador, los resultados presentados deben considerarse sólo una aproximación a la realidad social que estudiamos y además no deben confundirse con las prácticas mismas que requerirían otro tipo de abordaje metodológico para su conocimiento.

En consonancia con Bourdieu y Wacquant (2014), en cuanto a objetivar el sujeto objetivante, Minayo (2009) advierte que el producto de la investigación es expresión de un momento de la praxis del investigador y que:

Su obra devela los secretos de sus propios condicionamientos, pues la investigación social en tanto proceso de producción y producto es, al mismo tiempo, una objetivación de la realidad y una objetivación del investigador que se torna producto de su propia producción. (p. 293)

Es en este marco de condicionamientos históricos, sociales y personales, inexorablemente inevitables y propios de la investigación social, que se inscribe el presente estudio.

4.6 Acerca de la reflexividad del investigador

Las entrevistas desencadenan un proceso reflexivo en los protagonistas que se construye a partir del recuerdo y de procesos reflexivos que la persona ha realizado con anterioridad. Como lo afirma Muñiz Terra et al. (2018, p. 124): “la interacción que se produce en el proceso de investigación promueve la reflexividad del actor social, que se despliega en el mismo transcurrir de la narración ante la presencia particular e inevitable del investigador”.

En forma simultánea a la reflexividad de los entrevistados sucede la reflexividad del investigador, que antecede y continua al encuentro con los entrevistados, en las etapas de diseño, análisis y escritura del informe final de la investigación. En este sentido considero necesario, explicitar algunos aspectos vinculados con el proceso de reflexividad propio y su relación con mi experiencia en la dirección de un hospital público.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Este intento no busca una exposición de mi experiencia en el formato de una autoetnografía posmoderna en sentido autobiográfico y personal (Bénard Calva, 2019), si no en el sentido dado por Bourdieu en cuanto al imperativo de analizar la relación del investigador social con su objeto de estudio (Bourdieu y Wacquant, 2014).

Formé parte del grupo de enfermeros que asumieron posiciones de gestión de hospitales públicos en el Uruguay a partir del año 2005 y permanecí en la dirección de un mismo hospital desde los inicios del ciclo progresista hasta su culminación en el año 2020. En consecuencia, precedí a los entrevistados de esta investigación en la responsabilidad de gestión y luego compartí con ellos diferentes etapas del camino por el fortalecimiento del prestador público ASSE en el contexto de la reforma sanitaria.

En coherencia con lo anterior, es decir el intento de construcción institucional que colectivamente afrontamos, opté por redactar los resultados del análisis en la tercera persona del plural. No en el sentido atribuido habitualmente a este, el de plural de modestia, si no en el sentido de reconocimiento de una experiencia que, en la suma de experiencias individuales, supuso una generación de saberes que no pueden ser atribuidos a individuos concretos, si no que se conforman a partir de una autoría compartida.

Los relatos seleccionados para exponer y sustentar las categorías temáticas en que decidí clasificar el material para mostrar los resultados de esta investigación se encuentran indisolublemente ligados a mi propia experiencia de gestión. No es posible abdicar de mi condición de haber sido parte del grupo de directores para convertirme ahora en un observador imparcial que sobrevuela el mundo observado (Bourdieu, 2020, p. 89). Alejado de esa pretensión he realizado igualmente mi mayor esfuerzo para “volver lo mundano, exótico” (Bourdieu y Wacquant, 2014, p. 101) y transitar por lo que Bourdieu describe como la objetivación participante.

Para Bourdieu la objetivación implica, para ser exitosa, “la objetivación del punto de vista del cual procede” y, en consecuencia:

La sociología más crítica es aquella que presupone e implica la autocrítica más radical, y la objetivación de aquel o aquella que objetiva es tanto una precondition para —como producto de— una objetivación completa: el sociólogo tiene una oportunidad de salir exitoso de este trabajo de objetivación solo si, observador observado, somete a la objetivación no sólo lo que él es, sus propias condiciones sociales de producción y por lo tanto los ‘límites de su espíritu’, sino también su mismo trabajo de objetivación, los intereses ocultos que se invierten en él y los beneficios que promete. (Bourdieu, 1978, pp. 67–68)

Excluido de toda “gracia simbólica” y arrogancia académica el intento ha sido el de escapar al individualismo que convierte al investigador en “amo y señor de sí y de su propia

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

verdad” (Bourdieu y Wacquant, 2014, p. 73) y procurar “descubrir lo social en el corazón del individuo, lo impersonal por debajo de lo íntimo, lo universal enterrado profundamente dentro de lo más particular”. Sin embargo, quienes fueron objeto de estudio son personas a las que me unen relaciones de conocimiento previo y compañerismo, con lo cual volver exótico lo cotidiano de nuestras prácticas no resultó una tarea sencilla.

Mi propia experiencia de gestión no está dicha explícitamente. Sin embargo, puedo afirmar que a lo largo de todo lo expuesto y de las decisiones adoptadas en la construcción del análisis, hay aspectos que traídos por los relatos de mis compañeros son en buena parte autobiográficos, en el sentido de que me reconozco en ellos. En consecuencia, mi experiencia de gestión se encuentra contenida —enriquecida y cuestionada—, por otras experiencias similares y de esa forma es dicha también a través de los relatos seleccionados.

Así, por ejemplo, puedo (re)conocer en mí el capital cultural en gestión y el reconocimiento que este recibe de buena parte de los trabajadores de un hospital tal como lo describí como propio de los profesionales de enfermería en el punto 5.1. Luego de trabajar por 15 años como encargado del departamento de enfermería de un hospital —y producido el cambio de gobierno— fue una nota firmada por numerosos trabajadores del hospital la que puso mi nombre a consideración en la disputa por el cargo de dirección. Junto a ello se activó el capital social de varias/os compañeras/os y el propio, conformado por una red de relaciones con quienes ocuparon posiciones en el nuevo gobierno, generando las condiciones de posibilidad de mi designación como director.

Asimismo, los aspectos que planteo como característicos de la experiencia de gestión enfermera hacen presente mis propias prácticas de gestión que sin dudas fueron, o intentaron ser, de cercanía, con perspectiva sistémica y de resolución de problemas y con apertura a la participación y al trabajo colectivo. Hoy, abocado a la docencia universitaria de grado y posgrado, me escucho recrear en el aula y en los campos de práctica, estos aspectos propios de la profesión enfermera que van conformando el *habitus* de los futuros profesionales.

De la misma manera, cómo no identificarme y (re)conocerme en los relatos sobre las huellas que la gestión deja en la subjetividad de quienes asumen esta responsabilidad. Los encuentros de los equipos de gestión regionales, instancias de intercambio entre directores de las unidades ejecutoras de un determinado territorio, poseían un grado de catarsis grupal sobre estos aspectos que se encuentran recreados en los relatos de los entrevistados.

Los ejemplos anteriores demuestran el intento de que la dinámica de la investigación, como lo expresa Guber (2018, p. 56), produzca

un conocimiento cualitativamente diferente cuando relaciona sus nociones teóricas con las nociones teóricas y prácticas de los muchos Otros con los

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

que convive en el campo, y cuando estas nociones Otras lo instruyen no solo en la cuestión teórico-académica sino también en sus propias formas de aprender, comunicar y leer los formatos académicos.

Así, los resultados que se presentan se nutren de la evocación de las prácticas de los entrevistados y de mi propia práctica, pero también de los aspectos teóricos conceptuales no sólo individuales, sino predominantemente colectivos que han conformado el *corpus* conceptual que modela la profesión enfermera en Uruguay. Es precisamente este aspecto el que recorre las prácticas que mostramos porque casi la totalidad de los profesionales participantes fuimos formados en la misma institución y tenemos en común un *habitus* que nos permite jugar de determinada forma en el campo, conformado en gran medida como currículo oculto durante los años de formación (Castro y Erviti, 2015).

En última instancia, el análisis de las prácticas sociales recogidas en este estudio estuvo guiado por identificar aquellas:

estrategias implementadas por el agente social, sin ser necesariamente consciente de ello, en defensa de sus intereses (de conservar o mejorar su posición —dominante o dominada—, conservando o aumentando el capital que está en juego) ligados a la posición que ocupa, en relación a otras posiciones, en un campo determinado. (Gutiérrez, 2005, p. 52)

El agente social en el presente estudio es la profesión de enfermería y por lo tanto el esfuerzo ha estado enfocado en conocer las estrategias de esta para introducir cambios en su posición en el campo, a partir de los relatos de los entrevistados. Para el investigador, como integrante de la profesión, se vuelve difícil escapar al interés personal y colectivo de demostrar al menos algunos éxitos de las prácticas analizadas como forma de contribuir a consolidar la nueva posición alcanzada. Por tanto, aun considerando la vigilancia epistemológica que se pueda haber desarrollado en el transcurso de la investigación, el lector debe advertir la posibilidad de sesgos, fundamentalmente

el sesgo más esencial, cuyo principio no yace en la clase social ni en la posición específica del sociólogo en el campo de la producción cultural [...] sino en las determinaciones invisibles inherentes a la postura intelectual en sí misma, en la mirada académica que él arroja sobre el mundo social. (Bourdieu y Wacquant, 2014, p. 103)

En la tensión misma generada por fuerzas opuestas a partir de que el investigador forma parte del grupo estudiado, por un lado, y la lucha por tomar distancia analítica con el propósito de interpretar las interpretaciones de los entrevistados por otro, se encuentran las limitaciones, pero también la riqueza de este estudio. En un sentido práctico, considero que se puede afirmar que, en buena medida los resultados aquí presentados contribuyen a acortar la distancia “entre la experiencia práctica de los agentes (que ignoran el modelo) y el modelo

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

que permite a los mecanismos que describe funcionar con la inadvertida ‘complicidad’ de los agentes” (Bourdieu y Wacquant, 2014, p. 104).

Espero entonces, haber dejado claramente explicitada mi posición y la intención de una vigilancia epistemológica, constitutiva de una autorreflexividad sin pretensión narcisista —al menos en forma consciente—. De cualquier forma, los resultados aquí expuestos, forman parte del punto de vista del autor y necesitan ser confrontados con otras perspectivas y miradas para comprender con mayor profundidad las experiencias estudiadas.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

5. RESULTADOS

5.1 Las condiciones de posibilidad

Comprender las condiciones de posibilidad que las/os profesionales de enfermería entrevistados identifican para que enfermería accediera a cargos de gestión de hospitales públicos en el Uruguay es el primer objetivo que se planteó esta investigación.

El punto de vista de los actores involucrados aporta, desde su singularidad, las percepciones que tienen acerca de qué elementos jugaron a la hora de ser convocados a dirigir hospitales y que por lo tanto habilitaron a los profesionales de enfermería a ocupar posiciones antes vedadas a la profesión en las organizaciones sanitarias de Uruguay. Las percepciones individuales trascienden su valor aparentemente particular ya que se conforman desde lo colectivo y son por lo tanto la expresión de subjetividades producidas socialmente en un momento histórico determinado, que a su vez son construidas y construyen el campo social que ocupan (Bourdieu, 1997, 2008).

Identificamos 4 grandes ejes que aparecen en el discurso de los entrevistados, para explicar la posibilidad de acceso a cargos de gestión. En primer lugar, el desarrollo de la profesión de enfermería desde una subalternidad histórica al logro de un mayor grado de autonomía con respecto a la profesión médica. En segundo lugar, la acumulación de un saber en gestión que se reclama como característico de la profesión y que constituiría un elemento importante de su capital cultural. En tercer lugar, el reconocimiento de ese capital cultural dentro de las organizaciones sanitarias, en particular en el desarrollo de actividades relacionadas con la gestión, lo cual puede constituirse en un capital simbólico de la profesión. Por último, los cambios producidos en el país a partir del inicio del ciclo progresista de gobierno (2005-20) con la implementación de la reforma sanitaria y el rol del capital social de enfermería que terminó concretando su convocatoria para el desempeño de cargos de gestión de hospitales públicos.

5.1.1. Percepciones sobre el desarrollo de la profesión enfermera en Uruguay

En primer lugar, abordaremos las percepciones que tiene las/os profesionales entrevistadas/os sobre el desarrollo de la profesión de enfermería en Uruguay, partiendo de la constatación de la subalternidad de enfermería en el campo de la salud y el alcance de

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

grados mayores de autonomía que la consolidan como profesión en el sentido dado por Freidson (1978).

5.1.1.1. La subalternidad de enfermería en las organizaciones sanitarias

Entender la importancia que tiene la construcción de autonomía profesional por parte de las/os enfermeras/os sólo es posible si se tiene en cuenta el punto de partida de la profesión. En este sentido, la profesión ha tenido históricamente una relación subalterna con respecto a la profesión médica en las organizaciones sanitarias con la que ha tenido que lidiar y que por tanto no se puede soslayar.

Una de las entrevistadas al abordar el tema de las condiciones de posibilidad, nos remitía a los orígenes de la profesión de enfermería ya que, en sus palabras, “la historia nos pesa” (E1:2.220). Describe los inicios ligados íntimamente a lo religioso de esta forma:

Porque los hospitales eran de las monjas, las enfermeras eran las monjas, o sea que además era voluntario y gracias al señor. Claro, se pensaba de otra manera la atención de enfermería. Era como una vocación religiosa, muy conectada a la religión, de ahí venimos. (E1:2.220)

La profesión como tal, en su concepción moderna, recién comenzará a desarrollarse con la figura señera de Florence Nightingale en la guerra de Crimea (Parentini, 2002). Hasta entonces las tareas del cuidado de las personas enfermas estaban circunscriptas al ámbito privado para las clases más altas y al ámbito público de las instituciones religiosas para las clases más bajas, en ambos casos a cargo de mujeres (Rovere y Sachetti, 2011).

Muy entrado el siglo XX, en el Uruguay secular por antonomasia en el conjunto de los países latinoamericanos, las órdenes religiosas aún ocupaban puestos de cuidado y gestión de recursos en importantes hospitales públicos dependientes del Estado (Sánchez Puñales, 2002). Es decir que el desacople de la profesión de enfermería de su simiente religiosa es aún reciente. Así, la profesión enfermera nace en una relación subalterna propia de una estructura religiosa misógina y en su evolución se puede observar la persistencia de esta subalternidad bajo otras formas, especialmente en relación con la hegemonía de la profesión médica en el campo.

La relación de subalternidad se expresa en la desvalorización del trabajo de quienes son dominados, por lo que en estos se incorpora una vivencia profunda de que su trabajo no es importante dentro de la organización y más en general para la sociedad en que se vive:

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Ahí tenés la sociedad, como nos ve, muy sencillo, ¿no? Te das cuenta enseguida cómo nos ven. Nuestra tarea la puede hacer otro, ahora, la tarea de la maestra, no. La nuestra la puede hacer cualquiera. Hasta los internos de medicina, vienen y hacen tu tarea si vos no estás ¿no? A nosotros se nos ocurre que otro venga a hacer tu tarea, a nosotros sí. (E1:2.221)

Provenir de una estructura religiosa como la del cristianismo y particularmente del catolicismo supone además la herencia de una organización de tipo piramidal, jerárquica y masculinizada, con una subordinación de las mujeres al poder masculino que se reserva el derecho del acceso a las posiciones de decisión (PNUD, 2018). Estas características permanecieron casi incambiadas en estructuras ya seculares como los hospitales, donde las figuras religiosas fueron sustituidas por las figuras de las profesiones nacientes, principalmente la medicina —ligada a lo masculino— y la enfermería —a lo femenino—.

Esta autopercepción de enfermería como no importante, al punto de que su tarea podría ser realizada por otros que no tengan formación en su área de conocimientos, es reforzada además por una visión despectiva que nuestras sociedades les asignan a los cuidados básicos de una persona enferma. En este sentido es significativo lo que es percibido desde la posición de enfermería:

Yo creo que, con una mala palabra que te voy a decir, pero claro si limpiamos culos, limpiamos mierda ¿a quién le va a importar el que limpia mierda? la mierda es mierda. Perdoname que hable así, pero es muy gráfico ¿no? La mierda es el desecho de ti mismo, lo que no te sirve, lo que expulsás. Y nosotras limpiamos culos, limpiamos mierda, eso está impregnado en la gente. Creo que también eso tiene que ver. Los que estudiamos, lo vemos como un cuidado, como una necesidad del otro, pero la gente no lo ve como eso. Que venga la enfermera, que venga..., hasta despectivamente. (E1:2.228)

Es decir, aquella relación de subalternidad, más allá del avance de enfermería como profesión a lo largo del siglo pasado, continúa presente y adquiere en el lenguaje una forma despectiva que contribuye además a invisibilizar los cuidados enfermeros (Molinier, 2015). Al tomarlo y reproducirlo, estas acciones de enfermería van constituyendo el *habitus*, haciendo que realicen “lo que tienen que hacer” (Bourdieu y Wacquant, 2014, p. 169) en el juego social de las organizaciones sanitarias.

La cuestión de género es un aspecto central para comprender el mantenimiento de esta relación subalterna de la profesión de enfermería, ya que la violencia simbólica que se ejerce por parte de la profesión médica se enmarca en esta perspectiva. Para Bourdieu el caso de la dominación de género nos permite observar con claridad cómo “la violencia simbólica se realiza [...] más allá de los controles de la conciencia y de la voluntad, en las

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

tinieblas de los esquemas del *habitus* que son al mismo tiempo genéricos y generadores, es decir producto y productores de género” (Bourdieu y Wacquant, 2014, p. 217).

Llamativamente en el relato de las entrevistadas, la cuestión de género no aparece con fuerza, sólo a partir de preguntas del investigador y sin una significancia como la que se esperaría en el contexto social actual de lucha por los derechos de las mujeres y la equidad de género. Una de las entrevistadas dice:

Eso fue también otra contra, no sólo era licenciada, era licenciada y mujer, porque antes eran todos directores varones. Hubo subdirectoras mujeres, pero no directoras. Había habido sí alguna directora mujer, pero en realidad hacía mucho tiempo, me habían precedido varones, entonces era Licenciada y mujer. (E9:80)

Ese punto de partida que determina la historia de enfermería no fue obstáculo, sin embargo, para su constitución como profesión, en el sentido de Freidson, es decir “como grupo de personas que realiza un conjunto de actividades que proveen su principal fuente de recurso para la subsistencia” (Freidson, 1978, p. 83). Así, las actividades de cuidado realizadas por motivaciones principalmente religiosas y sin remuneración, comenzaron a constituirse en una nueva profesión emergente en el marco de instituciones sanitarias, principalmente hospitales, donde la profesión médica ya se encontraba consolidada.

Freidson (1978) distingue entre ocupación y profesión y establece como característica esencial de la segunda su autonomía, es decir la capacidad de controlar su propio trabajo, lo cual implica poder determinar quiénes pueden realizar las tareas propias y cómo deben realizarse las mismas. Esta autonomía profesional es fruto de la pugna de las personas que realizan una determinada actividad por ser reconocidas en su capacidad de autorregulación. Esta es concedida por la sociedad a través de sus instituciones y de esa forma el Estado legitima la profesión como tal.

La profesión enfermera, desde fines del siglo XIX, comienza un lento desacople para demostrar que su trabajo tiene características que la distinguen del trabajo médico. Si bien alcanza ciertos grados de autonomía, los límites los continúa imponiendo la profesión médica que se reserva para sí el derecho de decidir sobre la salud y la enfermedad y por tanto la autoridad total en el campo (Díaz Berenguer, 2020).

Es posible reconocer entonces un proceso de construcción profesional de enfermería que una de las entrevistadas relata así:

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Nosotros nos estamos construyendo colectivamente. Nadie nos dio nada. No nacimos, no es una profesión que haya nacido con una impronta o una identidad clara. Fuimos mutando, como ahora con el virus, como que fuimos mutando en el proceso de la humanidad, cambiando a transformarla en lo que estamos siendo, en profesionalizarnos, en mirarnos de otra manera, en tomar relevancia. (E1:2.227)

Se identifican entonces dos aspectos en la conformación como profesión: por un lado, la necesidad de superar la subalternidad inicial de la enfermería para alcanzar autonomía propia y, en consecuencia, la percepción de una profesión “en formación”, que aún no encuentra totalmente su identidad. En este último sentido, uno de los enfermeros expresa:

Igual me parece que todavía a nuestra profesión le falta muchísimo, y menos si miramos el concierto internacional de lo que es la enfermería en el mundo, como para poder estar hablando de una verdadera profesionalización de la enfermería en donde los enfermeros tengamos nuestro lugar en el sistema. (E6:204)

Es llamativo que habiéndose producido un cambio en las posiciones tradicionales de las organizaciones sanitarias por parte de las/os protagonistas de esta historia, el sentimiento es que “falta muchísimo” para tener un lugar propio en el sistema. No obstante, se reconoce también una lucha colectiva para ganar nuevos espacios:

Creo que los enfermeros, los licenciados, han trabajado en el correr de los años para que esto suceda. Como que han ido ganando espacio para que esto suceda, [...] todos fueron logros porque como que se fue la enfermería buscando sus espacios. No es que surgió porque surgió, es lo que yo veo, surgió porque hay un colectivo de personas que lo han impulsado, lo han llevado adelante. (E4:56)

Particularmente esta búsqueda en el desarrollo de la profesión enfermera se puede observar en la disputa por alcanzar un espacio de formación universitaria independiente de la profesión médica, que es destacado y vivenciado como un logro clave en la historia de la enfermería nacional.

5.1.1.2. La formación de enfermeras/os en Uruguay y la conquista de un espacio universitario autónomo

El nacimiento de una profesión y su consolidación como tal implica alcanzar un nivel de autonomía con respecto a las demás profesiones (Freidson, 1978), lo cual necesariamente incluye tener la capacidad de decidir sobre la formación de los futuros integrantes de la profesión. La formación de profesionales de enfermería se inicia como una derivación de la

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

formación médica, a partir de la creación de Escuelas dependientes de las Facultades de Medicina.

Uruguay no escapa a esta conformación y es así como la historia que hemos expuesto al comienzo de este trabajo muestra una escuela primigenia en los albores del siglo XX, la Escuela “Dr. Carlos Nery”, de carácter no universitario y dependiente de la autoridad sanitaria que inicia la formación de enfermeras profesionales en el Uruguay. Posteriormente la creación de la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE) en 1950, subordinada a la Facultad de Medicina, introduce la enfermería en el ámbito académico universitario. El cierre de esta escuela por parte de los interventores de la dictadura militar que usurpó el poder a partir de 1973 y su fusión forzosa con la anterior marcan un retroceso que finalmente se comienza a deshacer con la reapertura de la EUE a partir del retorno de la democracia en el año 1985, restituyéndose la formación de la enfermería profesional a la Universidad de la República. Posteriormente una larga lucha colectiva permitirá la independencia de la Escuela de la Facultad de Medicina, conformándose a partir de 2004 la Facultad de Enfermería, previo pasaje por la figura jurídica de Instituto asimilado a Facultad.

Esa historia institucional, muy brevemente expuesta en el párrafo anterior, es central en la conformación de la profesión en el Uruguay y es traído en el relato de las/os protagonistas:

Soy generación 1983, empecé en la Escuela Carlos Nery y en el año 1985 logramos la reapertura de la Escuela Universitaria con la llegada de la democracia en 1985, logramos que se cerrara la Escuela Carlos Nery y volviera a tomar funciones la Escuela Universitaria que dependía en ese entonces de la Facultad de Medicina, y nosotros hicimos todo un trabajo para lograr que fuera Instituto asimilado a Facultad. Yo estaba en mis últimos años de carrera, y cuando egresé, ahí ya estaba el Instituto asimilado a Facultad, y en el primer Consejo del Instituto asimilado a Facultad, yo lo integré por el orden de egresados. Después otras generaciones siguieron trabajando para consolidar el proyecto de Facultad. (E2:9)

Esta disputa por el espacio autónomo de formación implicó una confrontación con la profesión médica que, como era de esperar, no habilitó con su voto la conformación de la Facultad de Enfermería en el Consejo Directivo Central (CDC) de la Universidad de la República⁵. En este sentido una de las entrevistadas, partícipe activa de este proceso nos dice:

⁵ Resolución del Consejo Directivo Central de la Udelar en sesión ordinaria del 3 de agosto de 2004, Punto 8 aprobado por 15 votos en 17.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Éramos Escuela Universitaria, entonces tuvimos para ser Instituto, que nos votara el CDC, y a decisión de la Facultad de Medicina, porque dependíamos de la Facultad de Medicina cosa que no querían que/ Como toda institución, cuanto más tenés a tu servicio, o dependen de ti te sentís como más importante. Entonces fue una pelea/ no una pelea, pero fue un período duro, de poder entender que no dependíamos de los médicos y que éramos autónomos como profesión y que no necesitábamos de la Facultad de Medicina. (E1:1.213)

Al final de la cita anterior se insiste en la búsqueda de la autonomía de enfermería, su “no dependencia” de la profesión médica, que le permitiría consolidarse como profesión en el campo sanitario. La misma entrevistada sitúa además el desarrollo de la enfermería en el contexto de lo que llama el desenvolvimiento de un proyecto de salud progresista que se comenzará a implementar a partir del año 2005:

O sea, que, coincidentemente por decirte de alguna manera, haciendo un paralelismo vamos a encontrar en un discurso de la salud progresista, a la enfermería participando de ese proyecto, pero a su vez enfermería en sí misma avanzando a ser Facultad. Avanzando en su profesionalización y en su visibilidad frente a la Facultad de Medicina. Yo creo que eran cosas paralelas que iban sucediendo. (E1:1.211)

Cabe señalar, en cuanto valor simbólico para la profesión, que la reapertura de la EUE en el año 1985 supuso el regreso a sus cátedras de docentes destituidos por el gobierno militar, muchos de los cuales habían completado su formación en el exterior y que compartían una visión de la importancia del desarrollo de una enfermería más autónoma. Así, se citan algunos nombres que no han quedado olvidados en la historia de la enfermería en Uruguay:

Y en el inicio de la Escuela Universitaria, allí se conformó con las autoridades que más o menos había antes. Estuvo Soledad Sánchez que era la directora en aquel momento. (María Rosa) Parentini, Alma Carrasco, Eva Zuna..., en aquel momento también cuando hicimos una parte del complemento estaba Haydée Ballesteros que había venido también del exterior. Noemí Lois, Mirtha Delfino. Bueno, eran compañeras que tenían una trayectoria, la mayoría en el Hospital de Clínicas y que ya habían estado en la Escuela antes de la dictadura. La Piqui Picción, que también, una colega de esas que también, siempre en el gremio, siempre en la Universidad defendiendo el cogobierno y fue también una de las que nos guiaba, ¿no? (E1:1.18)

En síntesis, la subalternidad con respecto a la profesión médica, que constituye el punto de partida de la enfermería, no impidió la búsqueda de una mayor autonomía profesional que, desde el punto de vista simbólico, alcanza su culminación en la conformación de la Facultad de enfermería y por tanto en la capacidad de autorregulación de la formación de profesionales de enfermería en el país.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

5.1.2. La acumulación de capital cultural en gestión de servicios de salud de los profesionales de enfermería en Uruguay

Abordaremos esta sección desde el concepto bourdiano de capital, ya que esta noción constitutiva de la teoría de los campos sociales nos permitirá apreciar el juego que se produce en las organizaciones sanitarias. Como lo hemos expuesto en el marco teórico, para Bourdieu pensar en términos de campo es pensar relacionalmente y en este sentido define un campo como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Al interior del campo se pueden observar posiciones que están determinadas por el poder y el capital que poseen los agentes de ese campo, creando diferentes tipos de relaciones que pueden ir desde la dominación a la sumisión (Bourdieu, 2008).

Todo campo se caracteriza por ser un espacio de fuerzas y de luchas para su conservación o transformación y donde es posible identificar objetos en disputa. Su estructura se define por el estado de las relaciones de fuerza entre los jugadores. La fuerza de cada actor está determinada, en buena medida, por su capital, que lo ubica en una determinada posición en el campo. Así, el capital es aquello que es eficaz en un campo determinado, que permite a sus poseedores disponer de un poder, una influencia, y por tanto existir en el campo en consideración (Bourdieu, 1997).

El capital cultural se refiere a conocimientos, ciencia, arte, o como lo usaremos aquí, a un “saber-hacer” de que dispone un actor social en un campo determinado. Nos referiremos además a la forma de capital cultural en estado incorporado, es decir, bajo la forma de disposiciones durables (*habitus*) relacionadas con determinado tipo de conocimientos, ideas, valores, habilidades, etc. (Gutiérrez, 2005).

5.1.2.1. El capital mismo: “somos los que sabemos de gestión”

En el campo de las organizaciones sanitarias, y más aún en los hospitales, claramente la profesión médica ha monopolizado los diferentes tipos de capital, disputando con éxito el saber en lo que se refiere a la determinación de los procesos de salud-enfermedad de los usuarios/as de los servicios. En el área de la gestión de las organizaciones, también la profesión médica ha mantenido para sí las posiciones más relevantes, como lo son los puestos directivos de las mismas, impidiendo el acceso de otras profesiones a los mismos y conservando el poder simbólico sobre el campo.

Sin embargo, en los hospitales encontramos una estructura profesional que se encuentra compuesta en forma significativa desde el punto de vista numérico por personal de

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

enfermería, pudiendo alcanzar valores cercanos al 30-40% de los trabajadores de la organización (Villar, 2012). En el caso de Uruguay la estructura de enfermería está compuesta básicamente por dos categorías de trabajadores: la enfermería profesional constituida por egresados de una universidad pública o privada y las/os auxiliares de enfermería egresados de cursos de menor duración y de carácter no universitarios.

A su vez, la organización de los servicios de enfermería de un hospital tiene una larga tradición de realizarse a través de departamentos de enfermería, con más o menos niveles jerárquicos de acuerdo con la complejidad del hospital, presididos por la figura de la jefa de departamento. Otros niveles habituales son el de enfermera/o supervisora/or de área y el de enfermera/o operativa/o. En todos los niveles de la estructura de enfermería encontramos prácticas asistenciales coexistiendo con prácticas de gestión. Si bien las primeras son mayoritarias a nivel operativo, incluso a este nivel son claras las prácticas de gestión en tanto un profesional de enfermería siempre se encuentra al frente de un grupo de trabajadoras/es.

Los testimonios recogidos en cuanto a la experticia de enfermería en gestión aparecen en la totalidad de los profesionales entrevistados y se destaca el énfasis con que se defiende como propia y característica de enfermería la capacidad de gestionar los servicios hospitalarios. Por ejemplo, el siguiente relato:

Siempre luchando contra el aparato desde el punto de vista de la gestión, luchando con que somos nosotros los que entendemos muchas veces más de lo que es la gestión hospitalaria en todos sus ámbitos, pero que hay una fuerte resistencia todavía médica. (E3:68)

Esta frase resume la percepción de enfermería: “somos nosotros los que entendemos [...] más de lo que es la gestión hospitalaria”. A pesar de percibirse como quienes tienen el saber de la gestión, se puede observar también la disputa con la profesión médica por este capital que permite/habilita el acceso a cargos directivos en las instituciones, que se manifiesta en una “fuerte resistencia” médica a la gestión de enfermeras/os.

El rol que el siguiente relato atribuye al Departamento de Enfermería en la estructura hospitalaria permite dimensionar la autopercepción de enfermería en las tareas de gestión:

Pero era a la par de la dirección, y te lo digo así, porque siempre lo hablamos con una compañera, porque el director iba a firmar, pero ¿quién manejaba el hospital? el Departamento de Enfermería. Era como el director, pero no porque era la jerarquía, porque era la que hacía todo, si el director iba solo a firmar. Las compañeras asumían la dirección del hospital a través del Departamento de Enfermería, ¿me entendés? Que era otro problema porque nunca te pagaron como director y resulta que eras la directora sin darte cuenta o dándote cuenta y enojada y con bronca de tener que hacer aquello. (E1:2.213)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Aquí podemos observar la persistencia de la relación de subalternidad que hemos descripto en el apartado anterior con toda la connotación de género que utiliza la entrevistada al sustantivar al director como masculino y a enfermería como femenina. Marca una clara división sexual del trabajo, entre alguien que ostenta el título de “director” pero que va sólo a firmar y la figura simbólica de un departamento de enfermería que “*maneja el hospital*” y que por lo tanto se percibe que es a través de estos profesionales que se realiza la dirección del hospital en forma real. Esta relación de dominación genera “enojo” en el personal de enfermería, pero aun así se asume la tarea y se realiza.

Siguiendo el mismo relato la entrevistada nos manifiesta:

De hecho, cuando llegamos vos decías ¿y cómo funcionaba este hospital? si el director venía a firmar nada más. ¿Cómo funcionaba? Porque las licenciadas llevaban adelante todo. [...] Todos sabemos cuando nos formamos, si vos estás en tu turno, y sos la única que estás en el turno, vos no te quedás en tu sala, mirás todo el hospital, te das una vuelta por todo el hospital como si fueras la supervisora. Nadie te pagaba como supervisora, pero vos lo hacías por la responsabilidad que sabes que tenés, por estar en el lugar y ser el único que estabas. Entonces, yo creo que funcionaban por las licenciadas, los hospitales. No me cabe la menor duda. Y que tenían esa autonomía de decidir cosas porque eran las únicas que estaban y después el director les decía: “sí, está bien”, “sí, llamala a la nurse que viene y resuelve. A mí no me llames si la que sabe es ella. (E1:2.217)

Se insiste por un lado en la ausencia del director médico, que aun siendo una generalización que no implica que todos los directores actuaran de esta manera, muestra la vivencia de enfermería con respecto a la gestión de los servicios. Nótese que además esa función de responsabilidad no es reconocida económicamente, lo cual nos remite a la idea de subordinación propia de la dominación de género y sus inequidades. Aparece la noción de autonomía para decidir, propia de quien conoce la función de gestión, pero subordinada a la habilitación demagógica de quien ocupa el puesto formal.

En forma similar, otra de las entrevistadas dice: “*porque soy una convencida que el Departamento de Enfermería es la columna vertebral del hospital porque es la que está 24 horas y son los ojos de la dirección en los horarios que la dirección no está*” (E10:96), reforzando la centralidad de enfermería en la configuración del funcionamiento de los hospitales. La misma enfermera, con humor, nos permite acercarnos a cómo funciona en el día a día de los servicios lo que hemos descripto hasta aquí:

Yo siempre les hacía un chiste, siempre en el block quirúrgico trabajando, yo les decía, ¿qué diferencia hay entre dios y un cirujano? y es que dios no opera (risas); ustedes tan preparados, que lo único que hacen —teníamos excelente relación— ustedes estudian ciento cincuenta años para cuando se les complica gritar: ¡¡¡nnuuuurse!!! (risas). (E10:55)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Este relato, encuadrado en lo que puede percibirse como una buena relación de trabajo en equipo, señala cómo la figura de la profesión médica, con un peso simbólico fuerte, recurre a las/os enfermeras/os para solucionar problemas que podemos sobreentender como de gestión en estos dichos.

Esta particularidad que venimos mostrando se vincula a una matriz diferente en la formación desde el nivel de grado entre médicos y enfermeras/os, que permite a enfermería decir con respecto a la gestión de los servicios:

Yo estoy convencida que somos mucho más capaces los licenciados que los médicos por todo esto que estamos hablando, de nuestra formación, de nuestra formación en equipo, de nuestra formación en primer nivel, de nuestra formación de grado, de posgrado, por todo eso. (E3:102)

Este perfil diferente entre las dos profesiones muestra que enfermería se diferencia de la profesión médica en un saber-hacer referido a las prácticas de la gestión. Así este aspecto forma parte del saber transmitido desde las instituciones formadoras de profesionales de enfermería tanto en forma de conocimientos académicos como en forma de *habitus* profesional con el que deben contar las/os futuras/os enfermeras/os para desempeñarse en las organizaciones.

La “visión rastrillera” (E1:1.75) propia de la enfermería al decir de una de las entrevistadas, le permite observar una totalidad mucho mayor que la que, en general, perciben los médicos más centrados en la individualidad de la clínica. El énfasis de la formación en la observación de casos individuales en la profesión médica dota a la misma de un importante capital clínico. Por el contrario, la observación de casos individuales más la visión de la totalidad de una sala con un grupo humano a cargo en el caso de la profesión enfermera, imprime a esta de un *habitus profesional* que integra además del capital clínico un capital en gestión de los servicios de salud.

Esa diferencia fundamental se relaciona con la formación en el área de gestión o administración que tradicionalmente se ha incluido en el currículo de enfermería, lo que hace afirmar a uno de los entrevistados que ese es un punto para el reconocimiento y en consecuencia la posibilidad de acceso de enfermeros a la función de gestión de servicios:

Otro de los motivos es la preparación que tiene enfermería. Cuando empezás a trabajar, con mucho orgullo lo digo, y no con soberbia, nuestra carrera tiene un gran desarrollo en lo que es administración de gestión de servicios. Entonces eso, cuando empezamos a trabajar, se empezó a visualizar el grano importante de arena que podíamos poner, y ahí fue que hubo un reconocimiento. (E8:76)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

En el mismo sentido el siguiente relato habla de la diferencia con respecto a la formación médica, matizando no obstante el alcance de la formación de grado para la dirección de un servicio:

Sin ir más lejos, los médicos generalmente no conocen la administración, no tienen una materia de administración, nosotros arrancamos la carrera ya con el tema de administración, administración de recursos, administración de tu sala en donde trabajas, ya desde la base nosotros tenemos la administración y sin lugar a dudas eso ayuda mucho. Pero para una dirección me parece que necesitas tener después una formación más específica en lo que es la alta dirección. (E7:30)

Vemos entonces, cómo los relatos insisten en la idea de que la formación en gestión en las etapas iniciales de enfermería es característica de la profesión, lo cual permitiría a esta una visión más “global” de los servicios a medida que se completan los años de formación:

Te diré que el último año quizás, el cuarto año de la carrera es fundamental en el entendimiento de los servicios, porque entendés los servicios, ¿no? Como que después de tener fragmentado un poco todo lo que es los cuidados de enfermería y la atención de enfermería por edad, por patología, por complejidad de pacientes, ese último año me dio la globalidad. (E1:1.69)

Finalmente, volvamos sobre el concepto de *habitus*, en la forma que lo traen Bourdieu y Passeron (1998) en “*La reproducción*”, dado que nos permite comprender lo que venimos observando en las palabras de las/os entrevistados. De acuerdo con los autores:

La AP (acción pedagógica) implica el *trabajo pedagógico* como trabajo de inculcación con una duración, suficiente para producir una formación duradera, o sea, un *habitus* como producto de la interiorización de los principios de una arbitrariedad cultural capaz de perpetuarse una vez terminada la AP y, de este modo, de perpetuar en las prácticas los principios de la arbitrariedad interiorizada [cursivas en el original] (p. 72).

En esa línea podría inscribirse la percepción del perfil gestor de los profesionales de enfermería que claramente vinculan con su formación de grado, es decir, la acción de un trabajo pedagógico que permite a lo largo de los años de formación construir un *habitus* que se mantiene una vez culminada la acción pedagógica, lo que se profundizará más adelante.

5.1.2.2. *La gestión híbrida: característica principal del capital cultural de enfermería*

En este segundo apartado sobre el capital cultural de la profesión enfermera conformado en torno a la capacidad de gestión de los servicios de salud y en particular de los hospitales, queremos mostrar cómo en realidad se trata de un capital que es mixto, ya que, construido desde la necesidad de cuidados vinculados a la clínica de los/as usuarios/as, contiene también una globalidad tal que permite la visión general y el manejo de un servicio.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

En este sentido, se pueden identificar claramente dos funciones propias de la práctica profesional de enfermería: una asistencial, referida a la gestión de cuidados, y otra administrativa o de gestión de los servicios, que se desarrollan en forma simultánea, y que se encuentran presentes tanto en el trabajo de enfermeras/os operativas/os a cargo de un pequeño servicio como en niveles medios o superiores de dirección. Esto es identificado en el trabajo de Ernst (2019) en su observación del trabajo de enfermería en un hospital danés y denominado como gestión híbrida⁶ (*hybrid management*) o rol gestor híbrido (*hybrid managerial role*) o posición de gestión híbrida (*hybrid managerial position*) de los trabajadores de enfermería lo cual le ha permitido a la profesión ocupar nuevas posiciones en el campo.

Esta idea de un capital mixto en los profesionales de enfermería aparece en los relatos de los entrevistados. Así, por ejemplo:

Porque demostramos que las enfermeras tenemos capacidades para gestionar como cualquier otro profesional pudiera hacerlo, o mejor a veces, por ese valor agregado que decimos de la formación en la propia carrera, porque ya venís con cierta predisposición a la gestión o porque incluís en tus actividades la gestión. Lo que te decía hoy, si vas a poner una vía, tenés que pensar en planificar, definir qué materiales vas a precisar, todo lo que hacés implica gestión de recursos humanos y materiales, entonces claro, eso ayuda sin duda a que tengas otra cabeza a la hora de entender a organizaciones grandes. (E2:79)

Podemos reconocer, al inicio de las palabras anteriores, que se identifica por un lado la capacidad de gestión como propia de la enfermería; y en la segunda frase lo que la entrevistada interpreta que es de dónde nace aquella capacidad de gestión, es decir la gestión primaria del cuidado de los usuarios, para lo cual enfermería ha desarrollado habilidades que le son propias. Estas dos dimensiones han permitido que la enfermería se constituya en una profesión, legitimándose dentro del campo a partir de un conocimiento que reclama como propio (Ernst, 2019), lo cual la habilita a ocupar determinadas posiciones en las organizaciones sanitarias.

En general podemos decir que simultáneamente conviven en los profesionales una visión micro, centrada en el sujeto del cuidado de enfermería, en el sentido clínico de usuario individual y por otro una mirada macro, atenta a un espacio mayor, no individual sino colectivo, que implica una visión más global. El primero de los puntos de vista es compartido con la profesión médica y otras profesiones sanitarias y tiene su máxima expresión en la clínica individual tradicional del modelo médico hegemónico (Menéndez, 2020). Sin embargo, el

⁶ Traducción libre

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

segundo es un conocimiento más específico de enfermería o de aquellos profesionales que han desarrollado capacidades de gestión de los servicios.

Por otro lado, este capital de enfermería se reclama para las/os enfermeras/os profesionales en los testimonios de los entrevistados, ya que se plantea una diferencia marcada con el grupo de auxiliares de enfermería, numéricamente mucho más importantes en el Uruguay. Una de las entrevistadas manifiesta en forma crítica:

Los que piensan son los licenciados y los que hacen son los auxiliares. Entonces yo creo que el privilegio de la razón y del pensar, en la sociedad tiene una jerarquía y un privilegio, como que llegamos a ser licenciados los que sólo somos inteligentes y no es así ¿me entendés? Yo creo que eso, para bien en ese sentido, fue cambiando. (E1:2.211)

La frase inicial es paradigmática de las teorías administrativas clásicas, que planteaban la separación entre quien “piensa” y quienes “hacen” en una organización (Chiavenato, 2019; Spinelli, 2017). Esto se expresó en el concepto de división de tareas jerárquicamente diferenciadas y técnicamente especializadas aplicables al trabajo industrial y que se han utilizado de manera acrítica en las organizaciones sanitarias.

Otro de los entrevistados trae la discusión acerca de los roles de los dos niveles de enfermería, el auxiliar y el profesional, en los servicios hospitalarios. La idea de que las tareas de tipo administrativo se circunscriben a los segundos puede llevar a que estos queden “*de espaldas al usuario*”:

Y luchar contra nuestros propios colegas que les sirve esa función de estar de espaldas al usuario, y estar haciendo cosas administrativas, que sí hay que hacerlas, pero dejar de lado esa asistencia directa, ese cuidado, ese hablar, porque pasa que a veces el trato es humanizado de parte de los auxiliares, pero la profesión nuestra de enfermería como enfermeros profesionales, licenciados, tiene que pasar por ahí, por esa humanización, por ese tiempo, por ese espacio que nos tenemos que dar para poder estar con el usuario, para poderlo cuidar y esto está en manos del auxiliar de enfermería. (E6:209)

Sin embargo, hay también un reclamo del área asistencial como propia de la enfermería profesional, que se desarrolla en paralelo a la gestión. Así otro de los entrevistados afirma:

Nuestra profesión yo la veo muy mano a mano, lo que pasa es que la veo muy mano a mano lo que es la gestión con la asistencia, en nuestra profesión. [...], pero ya te digo, enfermería es una profesión que el grado gestiona tanto como la propia gestión dura de un cargo de gestión. (E8:177)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Por otro lado, encontramos otro concepto de las teorías clásicas de la administración que es la figura de “líder” de un grupo o equipo de trabajo, desarrolladas inicialmente a finales de los años 30 del siglo pasado por Kurt Lewin, Ronald Lippitt y Ralph White en los Estados Unidos (Cuadrado, 2001), precursores de la Psicología social con amplias repercusiones en la teorías de las relaciones humanas que a su vez tendrán gran difusión en las organizaciones de la postguerra. De esta forma lo dice este relato:

Cuando uno está en la sala sos el coordinador, el líder, como le quieras llamar de un equipo de trabajo. Entonces se adquieren habilidades de conducción, por decirlo de alguna manera, de conducción de equipos, de grupos. [...] Entonces yo creo que tenés esa cercanía, desde que estás conduciendo una sala, o un sector, ya tenés esa posibilidad y [...] aprendés también a entender y comprender al otro. (E1:1.129)

Estas “habilidades de conducción” nos remiten al liderazgo que en general desarrollan los profesionales de enfermería en los hospitales, que pueden llegar a ser considerados “*el pilar en la guardia*”. Sin embargo, introduciendo la perspectiva de género, debemos notar como las/os enfermeras/os a veces son referencia de aspectos que tienen que ver con la hotelería del hospital y que recuerda a los aspectos domésticos vinculados al hogar y por consiguiente a las tareas que socialmente se les han asignado a las mujeres en nuestra sociedad patriarcal. Dice una entrevistada:

La licenciada es como el pilar en la guardia. Si se rompe una canilla llaman a la licenciada, un paciente necesita algo, llaman a la licenciada, un médico en la emergencia necesita algo, van a llamar a la licenciada, en el block pasa algo, llaman a la licenciada, entonces nos da ese espectro de ver a nivel general el Hospital, a nivel macro, aunque estemos en la parte asistencial es el nivel macro, sabemos todo. (E10:32)

Hasta aquí hemos descripto el capital cultural que posee enfermería en las organizaciones sanitarias y en particular en los hospitales con respecto a la gestión de los servicios y cómo ese capital tiene como principal característica la de ser un saber híbrido, integrado por una dimensión vinculada al cuidado de los usuarios y por otra vinculada más directamente a la gestión de un servicio. Abordaremos a continuación, desde la perspectiva de las/os entrevistadas/os, el reconocimiento que este capital cultural de enfermería tiene por parte de los demás trabajadores y, en consecuencia, la capacidad de convertirse en capital simbólico.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

5.1.3. Del reconocimiento y sus límites: sobre el capital simbólico de enfermería en los hospitales públicos

Para introducirnos a comprender los relatos de las/os entrevistadas/os con respecto al reconocimiento de su capital cultural en gestión de servicios de salud nos detendremos primero en el concepto de capital simbólico desarrollado por Bourdieu. Para este autor el capital simbólico es una especie de capital que se suma en forma de prestigio, legitimidad, autoridad o reconocimiento a los otros capitales que se poseen, así lo define en Razones prácticas:

El capital simbólico es una propiedad cualquiera, fuerza física, riqueza, valor guerrero, que, percibida por unos agentes sociales dotados de las categorías de percepción y de valoración que permiten percibirla, conocerla y reconocerla, se vuelve simbólicamente eficiente, como una verdadera *fuerza mágica*: una propiedad que, por que responde a unas 'expectativas colectivas', socialmente constituidas, a unas creencias, ejerce una suerte de acción a distancia, sin contacto físico. (Bourdieu, 1997, pp. 172–173)

El capital simbólico, como lo explica Gutiérrez (2005), es poder simbólico, entendido como aquella fuerza que poseen algunos agentes para ejercer violencia simbólica sobre un agente o grupo de agentes con su complicidad, es decir fundamentada en el desconocimiento de los mecanismos por los cuales se ejerce. Esta violencia necesita de una creencia, no necesariamente explícita ni voluntaria sino más bien dóxica de los agentes dominados, que les permite tener derecho a participar y permanecer en el juego.

Los agentes que se encuentran en el juego luchan por conservar o aumentar su capital, para lo cual pueden emplear diferentes estrategias como pueden ser el desacreditar el capital de otros agentes y valorizar el capital propio. En esta dinámica se da la lucha por conservar o cambiar la estructura de un campo y fundamentalmente por la definición del juego mismo (Gutiérrez, 2005).

En este sentido afirmábamos en el apartado anterior que identificamos dos subespecies de capital cultural en juego en los hospitales a partir del relato de nuestros protagonistas: uno ligado a la clínica, más propio de la profesión médica y otro de gestión, más vinculado a la profesión de enfermería. Ahora bien, ese capital cultural en gestión necesita ser reconocido por los demás integrantes del campo en orden a convertirse por un lado en capital en disputa y por otro en la posibilidad de que, transformado en capital simbólico, permita el uso del poder simbólico necesario para llevar adelante cualquier tarea vinculada a la gestión de un servicio.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

5.1.3.1. *El reconocimiento del capital en gestión de enfermería*

Singularmente la profesión de enfermería se ubica en un punto medio si intentáramos describir gráficamente el juego social de un hospital, ya que tiene personal subalterno, es decir agentes con menor capital y por lo tanto sobre los que puede ejercer más fácilmente su poder simbólico y en el otro extremo agentes con un gran capital simbólico y autonomía profesional como lo es la profesión médica, con los que guarda una relación más bien de subordinación. En consecuencia, se buscó conocer en los relatos de las/os entrevistadas/os cómo perciben que son reconocidos en su capacidad de gestión por parte del resto de los trabajadores de los hospitales, especialmente por parte de la profesión médica.

Es importante notar que la discusión acerca de los límites entre las profesiones médica y enfermera está presente en el país y no es inocua, en el sentido de que en esa discusión se están definiendo los límites de los subcampos que integran el campo de la salud. Así nos encontramos con este testimonio de la Lic. Haydee Ballesterro, quien fuera directora del entonces Instituto nacional de enfermería, entrevistada para la revista del Sindicato Médico del Uruguay con motivo de cumplirse los 50 años de la formación universitaria de enfermería:

Ballesterro considera que la dificultad más importante con la que se enfrenta como directora del INDE, es poder responder a la pregunta de "*¿cuáles son los límites del conocimiento entre una profesión y otra?*", entre la medicina y la enfermería, por ejemplo. "*Desde hace unos años venimos trabajando en explicar por qué enfermería debe ser una disciplina independiente de la medicina. Los antecedentes dicen que nació como una profesión independiente pero que se hizo dependiente. Es claro que, en la historia, el peso de esa dependencia es mayor que cualquier otra cosa. Lo que quedó a nivel popular es que la enfermera recibe órdenes del médico. Nosotros hemos estado trabajando en una serie de teorías, que se manejan a nivel mundial, que explican qué es lo propio y qué no y estamos tratando de llevar a cabo lo que es nuestro*". (M. Machado, 2000, p. 46)

La respuesta a la pregunta sobre "los límites del conocimiento entre una profesión y otra" resulta crucial para identificar la presencia de autonomía en enfermería y en consecuencia poder definirla como profesión. En otras palabras, cómo salir del brete de que el trabajo de enfermería es dependiente de los profesionales médicos de quienes "recibe órdenes", cómo demostrar que se tiene autonomía. Uno de los aspectos en que parece meridianamente claro que enfermería posee un capital propio capaz de asegurarle cierta autonomía es en las capacidades de gestión de sus profesionales.

Se puede percibir el reconocimiento a la capacidad de gestión de enfermería, por los agentes que son capaces de percibirlo y considerarlo con un valor positivo dentro de la

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

organización. Es significativo además que el reconocimiento que se describe sea del grupo médico, como en el siguiente relato:

Pero, aunque vos no llegues a gestionar un hospital, la formación básica que tenemos los licenciados nos hace capaces de gestionar servicios dentro de las áreas de salud mucho mejor que los médicos, y eso es reconocido por los médicos que saben y que tienen la capacidad de decírtelo, ustedes tienen una formación en el área administrativa que no la tenemos nosotros. Y eso en realidad nos da muchas herramientas a nosotros. (E9:147)

En el mismo sentido encontramos el siguiente diálogo:

JPA: Yo he visto sobre todo en las reuniones regionales donde la mayoría de los colegas directores eran médicos, yo ahí sentía mucho reconocimiento a nuestra profesión, no sé si a vos te pasaba también...

E: Sí, sí. Tanto en las regionales, como en la coordinación. En la coordinación los directores médicos, muchos directores de trayectoria y trayectoria también en el privado, directores de empresa, tomaban el tema de tener licenciados..., me acuerdo el caso del departamento A, si no había un licenciado en el equipo, exigían un licenciado en el equipo. Decían que era quienes sabían manejar la planificación, la administración, y vos decís, hubo un reconocimiento, hubo un reconocimiento importante, y de consultarnos siempre. (E8:195)

Las reuniones de directores/as de hospitales a nivel regional y/o nacional se constituyeron también en ámbitos de reconocimiento al capital en gestión de la profesión enfermera, especialmente en un contexto en el que muchos directores/as asumían funciones por primera vez y por tanto carecían de experiencia en gestión. Este hecho posiblemente facilitó el reconocimiento de enfermería que era entonces reclamada para conformar los equipos de dirección.

Por último, el siguiente testimonio enfatiza en el sentido de que el reconocimiento puede observarse como poder simbólico, que se expresa en la capacidad de “mandar”, de ejercer violencia simbólica sobre los demás agentes del campo, incluyendo al grupo médico, especialmente en determinadas áreas de la estructura hospitalaria:

Ayer escuché en redes sociales un video en donde se reían de que los anestesiólogos iban a ir al CTI [en el contexto de la pandemia por COVID-19]. En el propio video había una figura que se enojaba, que era anestesiólogo y decía: “pero cómo vamos a ir al CTI que están las enfermeras y hay que hacerles caso a ellas ahí. Yo no quiero ir porque yo soy jefe del block y en el block mando yo y en el CTI mandan las enfermeras. ¡Nosotros no sabemos y no podemos ir a que ellas nos manden! [...] ¡Ahí no, que hay que hacerle caso a las enfermeras!” (ríe). (E1:2.200)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Otra forma que tenemos de acercarnos a conocer la posición de la profesión enfermera en los hospitales es a través del lenguaje con que los profesionales son designados en forma coloquial. Así, hablar de capital simbólico de enfermería implica, de manera insoslayable, hablar de los apelativos que se han ampliamente utilizado para designar a los profesionales de enfermería en nuestro país.

Podemos definir apelativo como “sobrenombre o nombre que se le da a una persona además del que lleva legalmente, generalmente aludiendo a alguna cualidad o circunstancia suya; [y por extensión] cualquier nombre o adjetivo con que se llama a una persona dirigiéndose a ella, sin ser su nombre propio” (Moliner, 1973). La definición nos permite comprender el valor simbólico que adquiere un apelativo en la medida que este alude a una cualidad o circunstancia que le es propia a la persona o grupo de personas al que va dirigido. Esta capacidad del apelativo de destacar una determinada característica la podemos vincular al valor simbólico que la palabra elegida representa en el campo específico en que es usada y denotando además una asignación de valor, en forma positiva o negativa, para un momento histórico concreto, que puede o no ser aceptado por el receptor de este.

Como lo expresáramos en el planteamiento del problema objeto de esta investigación, el anglicanismo *nurse* se vincula directamente con la historia de la enfermería en Uruguay. Así, desde las llegadas de las primeras *nurses* inglesas a comienzos del siglo XX convocadas por el Dr. Carlos Nery para iniciar la formación profesional de enfermeras, esta expresión se convirtió de uso habitual para designar a los profesionales de enfermería y hasta el día de hoy es de uso corriente en los servicios de salud, si bien en los últimos años hay una tendencia a ser sustituida por la palabra licenciada/o, vinculada al título de grado.

La connotación del vocablo *nurse* —en el sentido de llevar, además de su significado propio o específico, otro de tipo expresivo—, es muy ilustrativo del capital simbólico alcanzado por las enfermeras/os principalmente a lo largo del siglo XX en el país. Una de las entrevistadas cuenta sobre el “estatus” que tenían las *nurses*, especialmente en las ciudades del interior del país:

Yo recuerdo también de joven, porqué decidí ser licenciada... y bueno, porque tenían un estatus las licenciadas y las nurses en los pueblos, no eran cualquiera, era la nurse del hospital, la nurse de no sé dónde. Tenían un estatus que ahora no lo tienen. Ahora nadie sabe..., te conoces porque el pueblo, pero no es el estatus: “¡ay, la jefa!”. Ahora la jefa de enfermería no tiene aquel estatus que tenía antes que era a la par de la dirección, antes era a la par de la dirección. (E1:2.212)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Encontramos en la segunda parte del testimonio anterior, la constatación de una pérdida de aquel capital simbólico que había sido conquistado por las generaciones anteriores de enfermeras/os que monopolizaron el uso del anglicanismo, marcando una diferencia sustancial con el grupo de los auxiliares de enfermería, más numeroso en los servicios; y significativamente, percibidas como ocupando una posición “*a la par de la dirección*” en los hospitales.

Como decíamos el apelativo *nurse* va desapareciendo del uso diario, vinculado al aspecto formal de que ya no hay ningún egresado, que se encuentre ejerciendo la profesión y que haya egresado con aquel título, y a que las nuevas generaciones han optado por utilizar la denominación del título de grado, es decir licenciada/o. Esto se observa en los relatos de las/os entrevistadas/os donde la palabra *licenciada/o* para referirse a los profesionales de enfermería aparece 366 veces y en la totalidad de las entrevistas, mientras que el vocablo *nurse* se encuentra sólo en 31 ocasiones y en 7 de las 10 entrevistas realizadas. Consideramos, de todas formas, que el valor simbólico del anglicanismo *nurse* es un antecedente de peso para comprender el capital simbólico de enfermería en los hospitales públicos en Uruguay.

Por otro lado, existe desde hace muchos años el uso del apelativo “*bruja/o*” para designar a los profesionales de enfermería, en las conversaciones coloquiales de los equipos de trabajo de los hospitales públicos. Esta designación aparece con connotaciones principalmente peyorativas vinculada a un hacer autoritario, de control sobre los demás trabajadores y es utilizada principalmente por los auxiliares de enfermería, pero también por el resto de los trabajadores incluidos los profesionales médicos. También se puede identificar un uso más en la línea de apelativo cariñoso, adoptando el diminutivo “*brujita/o*”, y que se expresa en obsequios de figuras homólogas que decoran los lugares de trabajo. Por último, podemos decir que en general las/os profesionales de enfermería se identifican con este apelativo.

Una de las entrevistadas, matizando el contenido peyorativo del apelativo a través del recurso a las historias de otras brujas que recoge la historia principalmente desde la perspectiva feminista, dice:

Y nuestros nombres, “la bruja”, te acordás que llegamos a tener, “la bruja”. Nosotros con los estudiantes le dábamos una buena mirada a la bruja. Las prendieron fuego porque sabían, porque tenían un conocimiento que el resto no podía, y que sabían que ese conocimiento era de mucha fortaleza, por eso las mataban, no era porque eran no sólo rebeldes, sino que tenían un conocimiento que tenían que matar para hacer prevalecer el conocimiento

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

que prevaleció. Nosotros le decíamos eso a los estudiantes, pero en realidad eso también se fue metiendo en la enfermería. (E1:2.230)

Cuanto tienen que ver las historias de brujas de siglos pasados con el uso del término para referirse a los profesionales de enfermería actuales es otro aspecto por estudiar, pero en principio no podemos dejar de advertir su connotación de género, en una profesión con un altísimo índice de feminización. Por otro lado, como lo mencionáramos antes, hay un vínculo directo con una forma determinada de realizar las prácticas profesionales, que una de las enfermeras describe así:

Nosotros llegamos a tener a nuestras supervisoras atrás tuyo y que vos no sabías ¿me entendés? como tu sombra, en vez de ser tu compañera. No es lo mismo ser tu sombra, a ser tu compañera. Era una jerarquía represora que te daba miedo, te ponía nerviosa. En vez de: —ah qué bueno que viniste porque esto no lo sé hacer, mirá que bárbaro que viniste, que yo acá estoy con un lío—. Era horrible. [...] Entonces creo que venimos de todo eso, venimos. Y eso nos pesa, creo que pesa. (E1:2.231)

Es posible asociar la palabra “bruja” con la “sombra”, que es como se describe a una enfermera supervisora en el relato, que “*da miedo y te pone nerviosa*”, características que evocan la figura de la “bruja” de los relatos infantiles tradicionales. Es decir, una figura con una connotación negativa pero fundamentalmente de poder, lo cual nos remite al poder simbólico y al ejercicio de violencia simbólica que ya mencionamos. Finalmente, manifiesta que la profesión se ha construido desde esas prácticas, que le dan identidad a la profesión en el campo.

5.1.3.2. Los límites del reconocimiento

Ahora bien, ese reconocimiento que aparece meridianamente claro en los relatos de los entrevistados, tiene también matices y límites impuestos por los otros agentes sociales que forman parte del juego y que luchan por conservar o aumentar los capitales que se disputan en el campo y en consecuencia el poder que pueden ejercer dentro del campo, en base al volumen global de capital que se posee y a la estructura de dicho capital (Bourdieu, 1988). Es decir, los agentes se distribuyen en el espacio social de acuerdo

Al volumen global de capital que poseen bajo diferentes especies, y, [...], según la estructura de su capital, es decir según el peso relativo de las diferentes especies de capital, económico y cultural, en el volumen total de capital. (Bourdieu, 1988, p. 131)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Considerar estos dos aspectos del capital es fundamental para comprender las probabilidades que los agentes tienen de beneficiarse en un campo determinado, ya sea conservando un estatus que les es conveniente o luchando para modificarlo a través de estrategias que pueden ir desde la desacreditación del capital de los otros agentes a formas de obtener mayor reconocimiento al capital específico que ya se posee. De esa forma se juega en última instancia, por la imposición de una definición del juego y por las acciones necesarias para dominarlo (Bourdieu y Wacquant, 2014).

La percepción de que se es reconocido, pero que aún falta, se puede observar en los siguientes fragmentos:

Pero creo también, así como te digo que sí, nuestra profesión ha sido reconocida, pero falta mucho reconocimiento aún, mucho reconocimiento aún. Porque el licenciado es un pilar fundamental en el equipo de salud; insustituible en donde sea, en la especialidad que sea. Ya sea en el nivel que sea también de atención, y como lo digo en la especialidad, considero que la visión del licenciado en las direcciones de los hospitales de 1º, 2º, y 3º nivel, es fundamental. (E10:47)

Sí falta reconocimiento, sí falta, por supuesto en todos los ámbitos, en el ámbito social, en el asistencial, en el ámbito del equipo de salud y en el ámbito de la mejor condición laboral; condición laboral de horario, condición laboral de sueldo; no puede ser que un enfermero tenga que trabajar en dos o tres lugares para poder solventar una familia; con el desgaste que eso implica. (E10:50)

Es decir, el reconocimiento que describimos en el apartado anterior no significa necesariamente un aumento del volumen y la estructura del capital de los profesionales de enfermería que signifique un cambio duradero en la distribución de poder en las organizaciones que pueda visualizarse, por ejemplo, en condiciones laborales mejores y fundamentalmente en una redistribución del capital económico en juego. Así, es clave considerar las condiciones laborales de los profesionales de enfermería en el país, caracterizadas por el multiempleo fruto de las muy bajas retribuciones económicas que perciben, los turnos rotativos de trabajo con amplia repercusión en la vida social de las/os trabajadoras/es y el impacto en la subjetividad de lidiar con los problemas de los usuarios y con los problemas de la gestión de los servicios en forma simultánea, tal como lo expresa la entrevistada.

Otra de las entrevistadas, dice: “yo soy una reivindicadora, que, si no te lo reconocen en la remuneración, no hay un reconocimiento de tu trabajo” (E8:20), denotando que el capital económico no es alcanzado por las/os enfermeras/os sino que es apropiado en mayor volumen por otros actores del campo, con mayor capital simbólico.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

También encontramos valoraciones más positivas, fundamentalmente vinculadas al contexto de la pandemia por COVID-19, posiblemente inducida desde los medios, en tanto se pregonaba la figura de “héroes” asociada a los trabajadores de la salud y particularmente de enfermería, que se reconocían, por ejemplo, mediante aplausos masivos a determinada hora del día. En este último sentido cabe mencionar que tampoco hubo un reconocimiento económico particular a los trabajadores de enfermería durante la pandemia en el Uruguay. Para ilustrar lo anterior veamos el siguiente relato:

Socialmente el licenciado en enfermería creo que ha sido más valorado que años atrás. Cuando yo estudiaba el enfermero no era valorado, ni socialmente, y no lo sentía tampoco en el ámbito asistencial, no sentía. Ahora siento que sí, que es más valorado y siento también que como todas las crisis son oportunidades y esta pandemia, mostró que enfermería es un pilar fundamental en el equipo de salud. (E10:49)

En suma, el reconocimiento de los profesionales de enfermería parece circunscribirse a su capital cultural específico, en tanto saberes vinculados a la clínica y saberes vinculados a la gestión de los servicios, sin una conquista acorde del capital económico en disputa que permanece fundamentalmente concentrado en algunos actores de la profesión médica como lo veremos al estudiar los cambios en las posiciones que se suscitaron a partir del ciclo progresista de gobierno, entre 2005-20, en el Uruguay.

5.1.4. La apertura de los espacios de gestión de hospitales a otras profesiones y la convocatoria a profesionales de enfermería en la reforma sanitaria de Uruguay

Por último, abordaremos las percepciones acerca de la apertura de las posiciones de gestión de hospitales a otras profesiones además de la profesión médica y cómo una vez producida esa apertura el capital social de enfermería jugó para que sus profesionales accedieran efectivamente a las nuevas posiciones, aun con algunos límites en áreas que la profesión médica se reserva para sí.

5.1.4.1. La apertura del espacio de gestión de hospitales públicos a otras profesiones no médicas

En marzo de 2005, asume por primera vez en la historia del país, un gobierno vinculado a partidos de izquierda nucleados en el lema Frente amplio, presidido por un médico, el Dr. Tabaré Vázquez. Dentro de las reformas estructurales que se propone llevar adelante el nuevo gobierno, se encuentra una reforma del sistema de salud que buscó integrar dos subsistemas

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

que coexistían en el país. El primero, de carácter público nacido en el primer tercio del siglo XX a impulsos del batllismo e integrado por una amplia red de hospitales y policlínicas distribuidas en todo el territorio nacional y el segundo, privado, vinculado a la expansión de la seguridad social en el segundo tercio del siglo pasado, y conformado principalmente por instituciones de asistencia cuyos propietarios son grupos de profesionales médicos, aunque también se destacan instituciones vinculadas a colectividades de inmigrantes o religiosas de larga tradición en el país (Ministerio de Salud Pública, 2009).

La situación anterior mostraba, y aún muestra, un sistema fragmentado y segmentado que se buscó superar con la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que permitiera la complementación de recursos para la mejora de las prestaciones, a través de cambios en 3 aspectos centrales: el modelo de financiamiento, el modelo de atención y el modelo de gestión. Las modificaciones introducidas al modelo de financiamiento supusieron un cambio importante, a través de la creación de un fondo mancomunado único, denominado Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y constituido por aportes de los trabajadores, las empresas y el Estado, que paso a dar cobertura sanitaria aproximadamente a dos tercios de la población. No obstante, el tercio restante de la población de menores ingresos, continuó siendo financiada a través de rentas generales y cubierta principalmente por el prestador público ASSE (Ministerio de Salud Pública, 2009).

Uno de los efectos en el cambio del modelo de financiamiento, de interés para esta investigación, es que el financiamiento público del gasto en salud aumentó del 51% al 68% entre los años 2005 y 2012 (Levcovitz et al., 2016) y paralelamente el financiamiento privado cayó de 49% a 31,8% para el mismo período. Por otro lado, el porcentaje de población cubierta por las instituciones privadas de asistencia aumentó de 48% a 56,6% entre los años 2004 (antes de la reforma) y el año 2011 (Levcovitz et al., 2016), superando el 62% para el año 2020. Es decir que el capital económico destinado a la salud, que ronda el 9% del PBI del país, pasó a financiarse en mayor porcentaje con fuentes públicas y la cobertura de la población pasó a estar principalmente en manos de las instituciones de asistencia médica privada, que incrementaron sus afiliados entre los años 2005 y 2020.

El cambio en el modelo de gestión buscó principalmente una transformación en la gobernanza del sistema, propiciando la participación de trabajadores y usuarios de los servicios en los órganos de gobierno del sistema. En este sentido, se integró una representación social en la Junta Nacional de Salud (Junasa), órgano colectivo de conducción del sistema de salud a nivel nacional, y en las Juntas Departamentales de Salud (Judesas). A nivel de prestadores, en el ámbito público también se incorporó la representación social al

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Directorio de ASSE, órgano de mayor jerarquía en esa organización, y a nivel de las empresas privadas, se crearon Consejos Consultivos Asesores conformados por trabajadores, usuarios y directivos de las empresas (Ministerio de Salud Pública, 2009).

En el sector público, ASSE fue separado de la estructura del Ministerio de Salud Pública, a fin de diferenciar las funciones de rectoría de las asistenciales realizadas por el Estado. Para ello se transformó la forma jurídica, creando un organismo descentralizado gobernado por un directorio como ya mencionáramos. La gestión de las numerosas unidades ejecutivas de la organización, responsables de más de 900 puntos de atención en todo el territorio era, hasta el inicio de la reforma, monopolio de la profesión médica, y en general seguían los ciclos electorales y las ambiciones político-partidarias de los propios médicos, como lo relata este testimonio:

Pero en el interior, quizás no tanto en Montevideo, el ser director de un hospital es un trampolín político, es un puesto jerárquico para la sociedad, y que el próximo paso puede ser la intendencia o la diputación, a aquellos que les interesa la carrera política estoy hablando. Porque venía siendo la dirección una cuestión política. Vos querés ascender en lo político, bueno te metían en el hospital, aunque no supieras mucho. Eras médico, pero, de hecho, [...] sabíamos que los directores anteriores y de muchos años anteriores iban solo a firmar papeles y nada más. Iban una hora, firmaban los papeles que había y gestionaban los funcionarios, no gestionaba el director. Ese era el modelo con el que se venía, ser director era eso. (E1:1.217)

Desde el inicio del ciclo progresista, sin embargo, se convocaron a ocupar las direcciones de los establecimientos públicos —además de la profesión médica— a otras profesiones del área sanitaria, como odontólogos, químicos farmacéuticos, licenciados en psicología y licenciados en enfermería. Cuál fue exactamente la intención de los actores políticos de la reforma es un aspecto que aún no está estudiado, pero sin dudas constituye un antecedente de relevancia al cambiar una práctica ampliamente extendida en el campo de la salud que habilitaba sólo a la profesión médica a ocupar los puestos de decisión.

Por un lado, este hecho podría vincularse, desde la perspectiva de las/os entrevistadas/os, a la dificultad de encontrar profesionales médicos con interés en ocupar los puestos de gestión debido a motivos económicos como consecuencia de los cambios introducidos por la reforma. Así, una de las entrevistadas relata:

Directamente, está directamente relacionado con el salario. No es un salario atractivo el de la dirección, en absoluto. Tenés problemas las veinticuatro horas, porque no dejás de ser director por más que estés en tu casa y el salario es muchísimo..., debe ser menos de la tercera parte de lo que logran ganar trabajando en otro lugar. (E1:1.153)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Si bien durante los primeros años de la implementación de la reforma hubo un aumento salarial para los cargos de gestión del sector público a los efectos de hacerlos más atractivos, estos no lograron llegar a competir en el mercado de los servicios de salud con lo que ofrecían las instituciones privadas, que, una vez incrementado su número de afiliados como consecuencia directa de la puesta en marcha de la reforma, requerían mayor cantidad de profesionales médicos para satisfacer la nueva demanda. Este hecho fue más notorio en el interior del país, donde tradicionalmente la proporción de médicos/as es menor que en el área metropolitana, especialmente en algunas especialidades médicas.

A pesar de que había médicos formados en gestión de servicios, fundamentalmente a partir de un aumento en la oferta de cursos de posgrados en universidades públicas y privadas en el país, no era posible atraerlos a la función pública debido a los bajos salarios, como lo dice la misma entrevistada:

Yo estoy convencida que es por el salario. Convencida. Porque, es más, nosotros invitamos primero a médicos que tienen la formación de gestión. No eran médicos que no estuvieran formados, sabés. Y, sin embargo, no les interesaba. [...] Después de haber estudiado, después de haber hasta algunos pagado, porque eran pagos los cursos de gestión que hicieron. Les ofrecíamos y nos decían que no. Es por el salario, evidentemente. (E1:1.155-57)

En definitiva, la situación de competencia entre prestadores de un sistema que se había puesto como objetivo la integración de los prestadores generó un espacio en las posiciones de dirección del sector público que no fueron ocupadas como era tradicional por los profesionales médicos. Pero esta posiblemente no sea la única explicación, ya que se debe considerar el contexto político en el que se llevó adelante la reforma.

Tanto la entrada como la salida de los cargos de gestión estuvieron relacionados también con lo político partidario dentro del juego democrático de la tarea de gobernar, aún en profesionales que no guardaban una filiación partidaria específica. La designación de cargos directivos formó parte de acuerdos políticos entre los partidos que conformaban el lema Frente Amplio, especialmente en un contexto en que no se preveían concursos para el acceso a los mismos. Hacia el final del período que estamos estudiando, se generó una discusión a instancias de la oposición acerca de la pertinencia de concursar las direcciones de los servicios de salud de ASSE, y se realizó una tímida experiencia con resultados disímiles y de corto alcance, no perdurando la práctica en el nuevo gobierno que asumió en 2020.

De las/os 10 entrevistadas/os pueden identificarse, a partir de sus relatos, 3 militantes políticas, que relacionan claramente su designación con su actividad partidaria. Así, una de

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

ellas dice: *“yo soy de un sector político que no es a veces bien recibido y es internamente perseguido”* (E1:1.320), lo cual identificó además como una dificultad al momento de gestionar. Luego encontramos entrevistados que manifestaron ser votantes de izquierda, pero no pertenecer a la estructura de ningún partido: *“ya te digo, yo no soy una militante activa entonces en realidad no tengo apoyo político ninguno porque no pertenezco a ningún partido político”* (E9:185). Finalmente hubo entrevistadas/os que no manifestaron una filiación política ni una afinidad manifiesta con el partido gobernante, lo cual entendían que los habilitaba a seguir en los cargos luego del cambio de gobierno, generándose situaciones de impacto en su subjetividad al ser finalmente removidos de sus responsabilidades luego de que asumiera el nuevo gobierno electo.

Es decir, que la apertura del espacio de las direcciones de hospitales se relacionó por un lado a la falta de profesionales médicos interesados en estos, posiblemente vinculado a razones económicas y por otro a la disputa en la arena política relacionada a alcanzar puestos de gestión y por lo tanto poder en el nuevo gobierno que se iniciaba. En este último sentido, sería muy importante indagar en cómo se dio, a la interna de la coalición de gobierno, la discusión en torno a que los cargos de dirección pudieran ser ocupados por profesionales no médicos, ya que esto no emerge de las entrevistas realizadas para este trabajo.

5.1.4.2. El capital social de enfermería y la convocatoria a enfermeras/os para la gestión de hospitales públicos

Una vez producida la apertura de los espacios de gestión a otras profesiones, se convocaron a profesionales de varias disciplinas, dentro de las cuales enfermería ocupó un lugar destacado. La situación generó cierto grado de incertidumbre en no pocos trabajadores de las organizaciones en los inicios del período de gobierno, pero fue cambiando a medida que la práctica demostraba que era posible que la gestión se ampliara a otras profesiones, como lo podemos observar en el siguiente relato:

Me recuerdo justamente con tu caso, como te dije recién, y con el caso de la licenciada A, que se hablaba, compañeros inclusive licenciados que decían: —cómo va a ser director un licenciado, el director de un hospital tiene que ser médico—. Pero seguro, eso era en 2006, yo asumí en 2018. En todos esos años, se fue cambiando ese paradigma de que el médico era el único que podía ser cabeza. (E6:61)

Efectivamente, la experiencia de gestión desarrollada por profesionales no médicos constituye una singularidad del proceso de reforma que estuvo presente desde sus inicios y que se fue consolidando a lo largo del período, sin demasiadas oposiciones desde el grupo

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

de profesionales médicos. Con respecto a enfermería, es significativo el siguiente testimonio en cuanto a la relación sinérgica entre la profesión y el proceso de reforma, permitiendo una potenciación mutua:

Yo creo que nosotros nos metimos muchísimo en la reforma por suerte, y la reforma potenció nuestra profesión y nosotros potenciamos la reforma. Creo que van los dos de la mano, no visualizo la reforma sin todo lo que volcó enfermería y a enfermería nos hizo, nos dio la posibilidad de desarrollarnos, que sin duda la tomamos. No sé cuántos cargos de gestión, antes de la reforma había en este país, donde hubiera un licenciado en enfermería fuera de lo que es el jefe del departamento de enfermería. (E8:182)

Por lo cual es pertinente ahondar en los motivos que posibilitaron esta relación fuerte de los profesionales de enfermería con la reforma que se implementó en el sistema de salud y en este sentido, consideramos que al capital cultural ya descripto se sumó el capital social de las/os enfermeras/os en el país.

Una de las entrevistadas dice: *"en realidad yo creo que la izquierda es menos elitista, igual es elitista, no lo voy a negar, pero es menos elitista"* (E2:76), refiriéndose a la apertura de los cargos de gestión a otras profesiones y a continuación:

Y la otra cosa que contribuyó, es que algunas enfermeras hicimos los posgrados junto a los médicos y la verdad es que nos fue bien. Tuvimos muy buen relacionamiento con los médicos cuando se empezó a hacer en la Facultad de Medicina, los médicos hacían su Especialización, porque ellos no requerían hacer tesis ni nada, hacían un trabajo como posgrado, y nosotros sí teníamos más exigencias, pero igual lo hacíamos. Nos vinculamos con muchos médicos que después estuvieron en cargos de gobierno que hicieron los cursos con nosotros, eso creo que también facilitó. (E2:77)

En el testimonio anterior es posible comenzar a identificar el capital social de enfermería, en el concepto bourdiano del término como red duradera de relaciones, y que vemos definido con claridad en la siguiente cita:

El capital social es el conjunto de recursos actuales o potenciales ligados a la posesión de una *red durable de relaciones* más o menos institucionalizadas de interconocimiento y de interreconocimiento; o, en otros términos, a la *pertenencia a un grupo*, como conjunto de agentes que no sólo están dotados de propiedades comunes (susceptibles de ser percibidas por el observador, por los otros y por ellos mismos), sino que también están unidos por *vínculos* permanentes y útiles (cursivas en el original). (Bourdieu, 2018, p. 221)

Es decir que es posible identificar en los profesionales de enfermería un capital social que han ido construyendo a través de su historia, que les permite conocerse y reconocerse dentro del campo con otros actores sociales del mismo. En el ejemplo anterior, se relata esta construcción a partir de la confluencia en cursos de posgrado referidos a la gestión de los

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

servicios de salud en la Facultad de Medicina a los que pudieron acceder enfermeras/os, con la particularidad de “tener más exigencias” que las/os médicas/os sin que ello fuera motivo para que desistieran. Particularmente es importante observar cómo juega ese capital social en el momento que asumen nuevas autoridades de gobierno, activándose esa red duradera de relaciones que lleva a la convocatoria de enfermeras/os a ocupar puestos de gestión.

Se menciona como importante el hecho de que el hermano del presidente de la República fuera licenciado en enfermería. Una de las entrevistadas manifiesta: *“facilitó el hecho de que el hermano del presidente, no lo voy a negar, que el hecho que el hermano del presidente fuera licenciado en enfermería yo creo que también contribuyó”* (E2:78), y en el mismo sentido:

Bueno, mi visión, creo que tuvo que ver, es lo que yo veo, no sé si es así, capaz que estoy totalmente errado, yo lo empecé a ver a partir del año 2006, cuando el hermano del presidente de la República, Jorge Vázquez⁷, era licenciado en enfermería. Mi visión, no me la dijo nadie, la compartí con muchísima gente y creo que no están de acuerdo conmigo, pero yo lo sigo diciendo. Cuando se empezó a hacer el Sistema Nacional Integrado de Salud, que fue un cambio muy importante en el sistema uruguayo, ahí se plasmó mucho la presencia del licenciado y el cambio de visión. (E6:199)

Nuevamente estamos ante otro aspecto del capital social que poseía enfermería al inicio de la reforma, ya que no es menor que el presidente del país fuera médico oncólogo con amplia trayectoria en servicios de salud públicos y privados y que su hermano, también integrante del gobierno, fuera un profesional de enfermería. Junto a ese actor relevante aparecen otros que también se identifican como actores relacionados con la profesión y su reconocimiento. Por ejemplo, hay una mención a quien fuera ministra de Salud Pública durante el primer período de gobierno progresista:

La ministra Muñoz fue la que habilitó en aquel momento que los licenciados estuvieran en cargos de gestión, en la dirección de los hospitales. Yo felicito eso de tener cabeza abierta, y ver que no sólo los médicos, como históricamente, habían gestionado los hospitales. (E10:45)

También aparecen referencias a médicos con un gran capital simbólico en el campo, como el Dr. Hugo Villar⁸ o el Dr. Tabaré González, de amplia trayectoria a nivel nacional e internacional, y precursores del reconocimiento a los profesionales de enfermería

⁷ El Lic. Enf. Jorge Vázquez Rosas ocupó sucesivamente la Prosecretaría de la Presidencia (2005-2010) y la Subsecretaría del Ministerio del Interior (2010-2020) en los períodos de gobierno que abarca nuestro estudio.

⁸ Cabe señalar que la Lic. Enf. Haydee Ballesteros de importante trayectoria académica, incluyendo la dirección del Instituto Nacional de Enfermería (asimilado a Facultad), fue la esposa del Dr. Hugo Villar.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

particularmente en el Hospital de Clínicas a cuyo interior funcionó, desde su creación en 1950, la Escuela Universitaria de Enfermería. A modo de ejemplo:

Yo creo que quizá tuvimos teóricos y prácticos de la salud como el Dr. (Hugo) Villar y el Dr. Tabaré González, que creo que marcaron una diferencia sustancial y marcaron al gobierno progresista de esa manera. Creo que sí. Eran muy amplios, ¿verdad? Muy amplios en sus concepciones, no solo de la salud sino también de los equipos. Yo creo que ellos tuvieron un peso importante. El Dr. Villar como director del Hospital de Clínicas que creo que fue una... y es, y debería ser, porque es el hospital universitario, como un semillero de todos los profesionales. (E1:1.197)

Estos profesionales activos desde antes del comienzo de la dictadura sufrieron el exilio y la pérdida de sus cargos durante la misma, y fueron restituidos en el año 1985 con el regreso de la democracia. Por otro lado, tanto el Dr. Villar como el Dr. González estaban vinculados a la docencia en la EUE, de ahí que algunas de nuestras entrevistadas (y quien esto escribe) tuvieron la posibilidad de tenerlos como docentes. Simbólicamente la figura del Dr. Hugo Villar inspiró a numerosas generaciones de estudiantes del área de la salud en la administración de servicios, y su modalidad de gestión es recordada vivamente como se expresa en los siguientes párrafos:

E: Yo me acuerdo hasta hoy que pasaba visita el Dr. Villar en el piso. Me lo acuerdo.

JPA: ¿Cómo director?

E: Por supuesto. Impecable la túnica. Yo no te puedo decir aquello, vos estabas/ Me acuerdo porque estabas en las salas generales y él aparecía así, por eso te digo, porque me lo acuerdo, me lo acuerdo. De que se aparecía impecablemente vestido, pero de una empatía sabés, y con la jefa de tu servicio. El no caía solo como controlador, jamás. Eso te quiero decir. No era el controlador, la policía sanitaria que venía a ver si vos estabas trabajando, no, no, no. Venía con la jefa a mirar y como vamos y/ maravilloso. Y yo creo que eso te queda, y yo creo que él, con Tabaré González, los dos fueron los que impregnaron algunas cuestiones en el sistema de salud actual que tenemos. Y creo que fueron defensores de la enfermería, porque creo que la vivieron y trabajaron con enfermería, con ese departamento de enfermería del Hospital de Clínicas que en aquellos momentos era fabuloso, era fenomenal. (E1:1.205-207).

Creo que ese conocimiento que tenía el Dr. Villar, de un departamento sumamente fuerte, que venía de una Dora Ibarburu, una directora sumamente capaz, creo que eso a él también/ El convivió con licenciadas y nurses de aquel momento, fuertes profesionalmente, también. Creyendo en las competencias y en la amplitud del rol de enfermería. (E1:1.200)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

En el mismo sentido en que se reconoce el papel de actores médicos relevantes, también es sustancial el papel de referentes enfermeras identificado por las entrevistadas. Las figuras enfermeras nombradas pertenecen nuevamente a la EUE y al Hospital de Clínicas y aparecen visibilizadas a través de los médicos referentes: “fuimos vistas a través de ellos” dice la entrevistada.

Por eso te digo, que los dos (el Dr. H. Villar y el Dr. T. González) impregnaron esa forma de que enfermería tenía una/ Ellos digo, porque Dora Ibarburu, porque Haydée Ballesteros, porque Soledad Sánchez, porque Mara Parentini, porque Eva Suna, porque Alma Carrasco, por Silvia Meliá, estaban. Eran visibles, cualquiera de ellas era muy visible. Nair Laborda. Eran muy visibles, en los servicios en donde estuvieran. Eso, ellos lo impregnaron, ellos lograron que esas miradas de las colegas, ellos lo pudieran meter adentro de sus teorías, de sus concepciones y de sus proyectos. Cosas que de repente solas nosotras no hubiéramos tenido fuerzas, porque éramos licenciadas y aunque hubiéramos escrito lo mismo... Pero ellos eran médicos, y creo que el poder médico continúa hasta hoy. Entonces que lo dijeran ellos fue bueno para nosotros en definitiva también, porque fuimos vistas a través de ellos. Pero ellos nos vieron porque teníamos colegas muy fuertes. (E1:1.209)

Podemos identificar, siguiendo a Gutiérrez (2005), un capital de relaciones, que incluye la honorabilidad y la respetabilidad mutua y que puede hacer que los individuos obtengan un rendimiento diferente de un capital que poseen, en este caso el capital cultural de enfermería, en el espacio en que se encuentran. Claramente hay un espacio inicial de reconocimiento circunscripto al Hospital de Clínicas donde, como lo dice la entrevistada, los profesionales de enfermería alcanzaron posiciones destacadas y a la EUE, coincidiendo con publicaciones sobre la historia de la enfermería en Uruguay como Fort et al. (2016) y Sánchez Puñales (2017).

Asimismo, a través de este reconocimiento mutuo de los agentes se va conformando la pertenencia a un grupo, que en este caso se relaciona a la gestión de los servicios de salud, generándose una relación dialéctica, que es por un lado creadora de la estructura del grupo y que simultáneamente es estructurante de los individuos que están en su espacio (Bourdieu, 2020). El capital social así obtenido no depende sólo de los individuos en forma particular, si no que se construye a partir de la red de relaciones que la profesión de enfermería ha logrado reunir a lo largo de su historia.

Al momento de iniciarse el nuevo gobierno, en el año 2005, hubo actores pertenecientes a esa red duradera de relaciones en torno a la gestión de los servicios, que ocuparon puestos de decisión política. Una vez sucedido esto se “activa” naturalmente la red de relaciones. En la expresión del siguiente relato hubo actores que “abrieron los ojos”, es decir agentes susceptibles de ver/valorar/reconocer el capital cultural de enfermería y su

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

posible contribución a la puesta en marcha de la reforma y en consecuencia son convocados las/os enfermeras/os.

Y creo que demostramos que podíamos hacerlo, sin dificultades porque la hegemonía médica pesa, pesa mucho todavía, y en estos tiempos más, pero en años anteriores también pesaba, y algunos integrantes de la clase política que dirigía el país entendió que podíamos hacerlo. Bueno, de hecho, las propuestas que nos hicieron los directores de ASSE eran todos médicos o en su mayoría médicos y sin embargo nos proponían a nosotros. Y pensaban en nosotros a la hora de resolver problemas porque tenemos esas capacidades innatas que si bien es cierto son producto de esa acumulación de resoluciones a lo largo de nuestro ejercicio profesional, es decir cuando estás con un funcionario problema tenés que resolverlo, cuando tenés un paciente problema tenés que resolverlo, cuando no contás con recursos tenés que resolverlo, entonces creo que eso se vio con mejor disposición, si se quiere, abrieron los ojos y dijeron: ¡ah pueden hacerlo! (E2:80)

El relato anterior, es elocuente a fin de entender las condiciones de posibilidad para el acceso de enfermería a los cargos de dirección de servicios de salud. Por un lado, es el poder médico hegemónico quien “permite” que enfermería sea visibilizada y también es quién habilita a los profesionales de enfermería a moverse en el campo, y en consecuencia legitima las nuevas posiciones. De esta forma la profesión médica, se convierte en la “llave” de acceso para modificar las relaciones de fuerza, legitimando los cambios que de esa forma se suceden de manera ordenada y sin conflicto. El capital social de enfermería, en este caso en cuanto red de relaciones duraderas con las/os médicas/os, construido con anterioridad en los servicios asistenciales que comparten, alcanza un volumen tal que se tradujo en las condiciones suficientes para que la profesión médica cediera un espacio que había monopolizado a lo largo de toda la historia moderna de los servicios de salud.

En el mismo sentido es posible inscribir lo que dice esta entrevistada: *“yo siempre digo, muchas enfermeras estuvimos en esos lugares porque no había un hombre médico que lo quisiera. Ese es uno de los motivos”* (E8:75). Así se ponen de relieve dos condiciones, la de género y la de la profesión, como condiciones de primacía para ocupar las direcciones de los hospitales. Reforzando la idea de que es la profesión médica la que permite el acceso de otros actores a las posiciones que le eran propias.

Este capital social que venimos describiendo, podemos observarlo a escala de las microrrelaciones sociales en el siguiente fragmento:

Pero cuando a mí me propusieron trabajar, yo ni sabía que la médica que me propuso, me enteré en ese momento, estaba de adjunta al gerente general (de ASSE) que estaba en ese momento, que era M. Y la médica era la jefa médica de la emergencia de la (mutualista) H, que era la Dra. X. Me dice: —mirá, yo estoy tan encantada de trabajar contigo, me encanta como

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

trabajas—. Porque ella había sido pediatra también en el servicio donde yo era la jefa del servicio de pediatría; y ahí fue cuando me dijo: —yo te necesito en el hospital P, hay muchos problemas—. (E9:159)

La trama de relaciones personales entre la entrevistada y la Dra. X, claramente precede al momento en que se le realiza la propuesta de asumir la dirección del hospital P. Podemos observar entonces, como la red de relaciones entre los individuos concretos, construidas en diversos espacios durante el ciclo vital, en un determinado momento histórico juegan un papel central en la lucha por alterar las relaciones de fuerza al interior del campo, en este caso relacionada a la gestión de los servicios.

Concomitantemente se mueven otros lugares de la red de relaciones, ahora de pares, que permiten en definitiva que la persona acepte lo que se le está proponiendo, especialmente en un contexto de dudas sobre la capacidad de enfermería para asumir puestos de gestión de servicios. Esta red de apoyo es sumamente importante y así la identifica la misma entrevistada:

Y me acuerdo que fue S, otra colega que estaba trabajando en ese momento con el director de los hospitales del interior, el Dr. X, ella había ido como adjunta a él, estaba en ASSE central, me llama y me dice: — Vos no podés decir que no a la propuesta que te están haciendo—.

Fue una de las colegas que, por eso te digo, que en el hospital cuando yo les comentaba:

— Sabés que me llamó S

— Sí, claro, tiene razón, cómo no te vas a ir, acá ya llegaste al techo, no vas a seguir creciendo, —ellas me decían—

—Cómo les vas a decir que no a la propuesta, sos super capaz, —no sé qué, me decían—

—No es el departamento de enfermería lo que te están ofreciendo, te están ofreciendo ir a integrar el equipo de gestión del hospital P.

—Yo digo, ¡ah bueno!, entonces decile a X que yo no sé si la voy a ver, que preparo mi currículum y se lo alcanzo. (E9:161)

También esto es capital social en esta enfermera en particular, y su posesión facilita la toma de decisión con respecto a la propuesta de ser directora del hospital P. Se puede observar además el entramado de relaciones, propio además de un país con escasa población

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

como Uruguay, dónde hay una colega que trabaja en la estructura central de ASSE que llama a la entrevistada para decirle que “no puede decir que no a la propuesta”.

Finalmente es pertinente la puntualización que realiza la siguiente enfermera en cuanto a que también juega la impronta personal de cada profesional convocado:

También influye, capaz, algunas características personales de quienes fueron seleccionados para ocupar cargos de dirección. Cada uno tiene una impronta, cada uno tiene cierto reconocimiento, tiene cierto bagaje e historias personales acumuladas que hace que te miren diferente a otra. Entonces creo que eso también influyó, o sea que multifactorial obviamente. Y bueno, el hecho de estar formado porque ninguno de los que fue a cargos de gestión, o casi ninguno tenía menos que un posgrado en administración, entonces eso también cuenta. Miran todo lo que es tu perfil, pero también ven si tenés competencias adecuadas. (E2:81)

Es decir, el papel de la historia individual, que se inscribe en la historia colectiva, no es menor y en última instancia determina que sean convocados algunos profesionales de enfermería y otros no. Las historias de vida de cada uno de las/os entrevistadas/os estructuran sus relatos, de tal forma que el hecho de haber asumido la dirección de un hospital en un determinado momento de su ciclo vital constituye un punto de bifurcación significativo para la persona y su entorno más cercano, que es recordado y reinterpretado por los entrevistados, adquiriendo otros significados a medida que se toma distancia de la experiencia (Muñiz Terra, 2018).

5.1.4.3. Los límites en la apertura de los espacios de gestión

En este último apartado describiremos como la apertura de los espacios de gestión, que habilitó la profesión médica desde el inicio del ciclo progresista, tuvo sus límites, ya que hubo posiciones en el campo que continuaron vedadas para otras profesiones, dentro de ellas la enfermería, y que continuaron teniendo una clara hegemonía médica.

El siguiente fragmento es muy ilustrativo en ese sentido:

Pero yo creo que eso fue como un primer paso, todavía no hemos logrado acceder a lugares de mayor incidencia, o ser decisores en cualquier ámbito de la salud, llegamos a lugares de dirección, subdirección y de adjunto, creo que es un paso excelente, buenísimo. Y bueno, no sé si se seguirá dando, no creo, pero considero que todavía no estamos reconocidos en áreas más de decisión, ya sea por nombrarte: direcciones de hospitales por ejemplo universitarios; directivos, por ejemplo, en la salud privada. (E3:103)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Como lo explicamos en el apartado anterior, la profesión médica, permite cambios en las posiciones de poder dentro del campo, pero retiene para sí aquellas que implican mayor capital simbólico que empleado como poder simbólico, permite alcanzar los lugares de decisión y de mayor acceso al capital económico. Así, se mantiene ocupando dentro del ámbito público las posiciones de mayor decisión como lo son los hospitales de mayor porte, las direcciones regionales y centrales de la estructura de ASSE o los cargos de mayor jerarquía del Ministerio de Salud.

En el caso del capital económico, las posiciones a conservar son las de los grupos directivos y propietarios de las instituciones de la salud privada que se vinculan a un importante capital económico en juego y que han permanecido en manos de la profesión médica en forma exclusiva, a pesar de intentos fallidos de reforma desde el Estado para que estas organizaciones permitieran el acceso a otros profesionales además de las/os médicas/os. Así es paradigmático de lo anterior el decreto 404/012 del Poder Ejecutivo del 19 diciembre de 2012, que en su artículo 9 establecía: “Podrán ser socios de la Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales sin fines de lucro, todos sus trabajadores profesionales”⁹; que solo estuvo en vigencia menos de 8 meses, siendo derogado por el decreto 230/013 del 7 de agosto de 2013 debido a la resistencia de la profesión médica.

Lo anterior es percibido en forma clara por varias/os entrevistadas/os, identificando la apertura a posiciones de gestión sólo vinculadas al sector público:

Eso también lo tenemos que reconocer, el poder que hoy tienen los médicos, las mutualistas en realidad, los integrantes de los directorios de las mutualistas son los médicos, cooperativistas o no, pero se genera una dirección técnica, un consejo directivo, integrado todo por médicos de las mutualistas. Entonces ahí no tenés tanta cabida como lo tenés en la parte pública. (E9:153)

Indudablemente, aunque no lo explicitan los relatos, el interés que se encuentra en juego detrás —y delante— de esta situación, es la lucha por la apropiación del capital económico en juego en el sector salud, cercano al 9% del PBI en Uruguay, y que en buena parte el diseño de la reforma habilitó que se direccionara a las instituciones de asistencia privada¹⁰.

⁹ <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/404-2012>

¹⁰ A través del mecanismo de libre elección del prestador por la población cubierta por el Fonasa.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

El siguiente fragmento refuerza la idea de que en las instituciones privadas la subalternidad de la profesión de enfermería se encuentra presente, donde se identifica un “techo” que es la jefatura del departamento de enfermería:

En la salud pública se demostró, pero la salud privada es una gran pata, un gran tema, el licenciado gestiona hasta el departamento de enfermería, y ahí se terminó. Capaz que hay lugares, sé que hay lugares que tienen licenciados en las direcciones técnicas, como adjuntos, o en las directivas, pero no somos valorados en absoluto en la salud privada, en lo que es la gestión. Gestionamos personal, hacemos las planillas, hacemos proyectos, y para eso somos bárbaros, pero después para una cantidad de toma de decisiones no nos tienen en cuenta. (E3:104)

Es importante señalar como el capital cultural de gestión propio de enfermería que se describió en el apartado 5.1.2, no es reconocido de la misma manera en el subcampo público que en el subcampo privado del campo de la salud. Es decir, operan dos lógicas distintas, una propia de cada subcampo, a pesar de que los actores concretos la mayoría de las veces son los mismos que operan en uno y otro de los subcampos. Esto genera dilemas éticos en los trabajadores de la salud, que se vuelven inexplicables desde las teorías clásicas de la administración, en cuanto a formas diferentes de proceder y de hacer en el ámbito público que en el privado por parte de una misma persona. Sin embargo, desde la teoría social bourdiana que enmarca nuestro análisis, es posible pensar en *habitus* propios de cada subcampo que predispone a actuar dentro del mismo de acuerdo con el “sistema de disposiciones adquiridas por aprendizaje implícito o explícito que funciona como un sistema de esquemas generativos” (Bourdieu, 2020, p. 118) dentro de cada subcampo.

La misma entrevistada se pregunta porqué enfermería no puede acceder a otras posiciones, emergiendo la idea meritocrática, propia de la dominación, por la cual la profesión enfermera no alcanza otras áreas porque no ha realizado el esfuerzo suficiente, que es expresado como la necesidad de realizar una autocrítica:

Y en el área pública, en salud pública, creo que si bien se avanzó muchísimo, se logró muchísimo, hay lugares que todavía nos tenemos que ganar, que son lugares donde la toma de decisiones es mucho más..., por lo menos que nos tengan en cuenta.

Y después en áreas que todavía no estamos, no sé si en parte también hay que hacer una autocrítica de por qué no, por qué no podemos más allá de los intereses que pueda haber en el medio. Pero para mí hay que seguir en esa línea y luchando para ser reconocidos aún más. Creo que fuimos reconocidos, nos hicimos valer, demostramos que podemos, pero nos falta más lugares, más lugar, no por el lugar, sino por estar representados, eso sí. (E3:105-106)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Es posible que la expresión: “*más allá de los intereses que pueda haber en el medio*”, invisibilice de alguna manera, el papel de los intereses de los agentes sociales y concomitantemente se pierda la posibilidad de observar el juego social en el cual todos los agentes tienen interés en el juego aun cuando se muestren aparentemente desinteresados. En este sentido Bourdieu (2014) propone en sustitución del concepto de interés el concepto de *illusio*, como opuesto a la ataraxia, es decir los agentes están tomados por el juego y sus prácticas pueden explicarse por la lógica que desencadenan sus intereses (p. 156).

Podemos cerrar este apartado entonces, planteando que el “techo” alcanzado por la profesión de enfermería, es una manifestación de las relaciones de fuerza en el campo que estamos estudiando, que como hemos visto son determinadas por los capitales que poseen los agentes sociales, que actúan movidos por una *illusio*, lo que determina las estrategias desarrolladas en el juego (Bourdieu, 2018).

5.1.5. Consideraciones finales

En este primer capítulo de resultados hemos expuesto los aspectos centrales encontrados en cuanto a las condiciones de posibilidad para que la profesión de enfermería accediera a posiciones de gestión en las organizaciones sanitarias más allá de sus ámbitos propios de actuación.

Comenzamos demostrando como la profesión históricamente se ha construido desde una posición de subalternidad a la profesión médica, al igual que otras profesiones del campo de la salud, con una centralidad en los cuidados realizados principalmente por mujeres al principio en el ámbito doméstico y privado y luego a nivel institucional. Para su reconocimiento como profesión, la enfermería ha ido conquistando autonomía, fundamentalmente con respecto a la profesión médica, lo que en Uruguay se ha expresado por alcanzar la autonomía en la formación profesional de enfermeras/os a nivel universitario con la creación de la Facultad de Enfermería en el seno de la Universidad de la República.

Por otro lado, a lo largo de los más de 100 años de recorrido como profesión reconocida por el Estado en el Uruguay, ha acumulado un capital cultural en gestión de servicios de salud que reclama para sí, y que es expresión de una “gestión híbrida” caracterizada por la simultaneidad de la gestión de los cuidados a las personas con la gestión de los servicios en los que trabaja. Este capital cultural en gestión se convierte en capital simbólico en la medida que en las organizaciones sanitarias del país se constata un reconocimiento a este saber, con fronteras vinculadas fundamentalmente al capital económico

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

al cual no logran acceder en consonancia con el reconocimiento, haciendo decir a una de las entrevistadas que *“si no te lo reconocen en la remuneración, no hay un reconocimiento de tu trabajo”* (E8:20).

Finalmente, mostramos como a partir del año 2005 hubo una apertura de los espacios de gestión de las organizaciones sanitarias en general y en particular de los hospitales, a otras profesiones además de la profesión médica, propiciada por una perspectiva más amplia de las nuevas autoridades y al cambio en el modelo de gestión planteado por la reforma sanitaria impulsada desde el gobierno, que coincidió con una disminución del interés de la profesión médica con respecto a las posiciones de gestión. Esto último posiblemente estuvo relacionado al bajo atractivo de los salarios del sector público y a un mayor atractivo, en términos de capital económico, de las instituciones privadas, vinculado al cambio en el modelo de financiamiento que se tradujo en un aumento significativo de usuarios atendidos en estas.

Una vez generado el espacio, es decir la vacancia de numerosas posiciones de gestión en el sector público, el capital social de las/os enfermeras/os jugó un papel importante, dada su vinculación histórica con actores relevantes del nuevo gobierno, que, funcionando como red de relaciones de conocimiento y reconocimiento entre los diferentes actores, permitió que los profesionales de enfermería fueran convocados a ocuparlas. No obstante, la apertura, conducida y habilitada por la profesión médica, tuvo sus límites, en tanto las posiciones con mayor capital simbólico y económico se mantuvieron en sus manos.

En el próximo capítulo, centraremos nuestro análisis en describir la trayectoria personal de las/os enfermeras/os entrevistados que asumieron la gestión de hospitales, como primera etapa para conocer y comprender con mayor profundidad sus experiencias de gestión.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

5.2 *La trayectoria personal de las/os enfermeras/os entrevistadas/os*

Para acercarnos a las experiencias de gestión de hospitales por enfermeras/os es necesario abordar primero dos aspectos centrales que las enmarcan. En primer lugar, las trayectorias personales de los entrevistados que, en determinado momento de su historia, son convocados a ocupar los cargos de dirección y que, a partir de su aceptación, dan comienzo a una etapa diferente en sus desarrollos profesionales. En este sentido las trayectorias formativas y laborales pueden contribuir a las capacidades personales para la experiencia de dirección de un hospital en el sentido de Matus (2014).

Y, en segundo lugar, el escenario donde se desarrollaron las experiencias de gestión, desde una perspectiva más macro constituida por la institucionalidad de ASSE, la red pública de establecimientos de salud del Estado uruguayo y también desde una perspectiva más micro, a partir del estado de situación de los hospitales concretos en que se desarrolló la gestión de los profesionales de enfermería. Este aspecto también es esencial para aproximarnos a las experiencias de gestión, ya que conocer el escenario nos permite contextualizarlas en lo que Matus (2007b) denomina capacidades institucionales, y será desarrollado en el punto 5.3.

Las trayectorias personales que estudiaremos en este apartado son (re)significadas por los protagonistas a la luz de la experiencia de gestión por lo que han atravesado¹¹. Precisamente por ello, esta investigación se enriqueció del hecho de que el trabajo de campo se desarrolló en forma cercana a la culminación de las experiencias de gestión, permitiendo que el recuerdo de estas fuera aún reciente, pero simultáneamente con cierta distancia temporal, lo cual habilita en los protagonistas una mirada retrospectiva más reflexiva sobre lo vivenciado.

Presentamos en primer lugar los itinerarios formativos y su valoración para luego centrarnos en las trayectorias laborales de los entrevistados en forma previa a su desempeño como gestor/a de un hospital público.

5.2.1. La formación de las/os entrevistadas/os

El Cuadro 3 muestra que casi la totalidad de las/os profesionales entrevistadas/os son egresados de la Universidad de la República (Udelar) a partir del año 1986, por lo cual no hay en la muestra egresados de la antigua Escuela de Nurses “Dr. Carlos Nery” —que como

¹¹ Al momento de las entrevistas ninguno de las/os enfermeras/os permanecía en su cargo de director/a de hospital, pero sí se encontraban temporalmente cercanos a la culminación de las experiencias.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

planteamos al inicio de este trabajo permaneció activa hasta la finalización de la dictadura militar en 1985—. Sin embargo, las 3 enfermeras con mayor cantidad de años de años de egresadas comenzaron su formación en esa Escuela y culminaron su formación en la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE) luego de su reapertura en el año 1985, por lo cual completaron su formación en un ámbito universitario.

Las 5 profesionales que les siguen son egresadas del Instituto Nacional de Enfermería (asimilado a Facultad) en que se transformó la EUE a partir de 1994 y por último uno de los profesionales entrevistados es egresado de un programa de profesionalización de auxiliares de enfermería ofrecido por la Universidad Católica del Uruguay (UCU). Podemos entonces, describir a nuestro grupo de entrevistados como homogéneo en cuanto a su formación de grado, es decir realizada principalmente en el ámbito de la formación universitaria pública del país, egresando como profesionales con posterioridad a la reapertura de la EUE luego de la recuperación democrática en 1985.

Cuadro 3. Formación académica de las/os profesionales entrevistadas/os

	Institución formadora	Año de egreso	Posgrado	Institución de posgrado	Años de egreso al asumir la dirección
E 1	Udelar	1986	si	U. de Bolonia	27
E 2	Udelar	1987	si	Udelar	23
E 9	Udelar	1989	si	CLAEH	22
E 10	Udelar	1996	si	CLAEH	18
E 3	Udelar	1998	si	UM	17
E 7	Udelar	1998	si	UCU	21
E 8	Udelar	1999	si	Udelar	20
E 5	Udelar	2003	no	--	12
E 4	Udelar	2005	si	Udelar	14
E 6	UCU	2008	si	UCU	11

Fuente: elaboración propia

Con respecto a la formación de posgrado en gestión, 9 de los 10 entrevistados realizó algún tipo de formación, con diferentes denominaciones: maestría, posgrado, especialización, entre otras. Aquí la diversidad en la institución que impartió la formación es mayor, en consonancia con la oferta más amplia de este tipo de estudios, especialmente en el ámbito de la gestión de servicios de salud, existente en el país. Encontramos 3 profesionales egresados de la universidad pública y 6 de diferentes instituciones universitarias privadas: el Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH), la Universidad Católica del Uruguay “Dámaso A. Larrañaga” (UCU) y la Universidad de Montevideo (UM) vinculada a también a la

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Iglesia católica. Una de las entrevistadas realizó su formación en un programa de maestría de la Universidad de Bolonia, Italia, en su representación de Buenos Aires, Argentina.

Por último, con respecto al período temporal entre el año de egreso como profesionales de enfermería y el año en que asumieron los cargos de gestión de hospitales, encontramos que en promedio trascurrieron 18.5 años, con un mínimo de 11 y un máximo de 27. Es decir que en ningún caso se trata de profesionales que estén comenzando su carrera laboral, si no que en general se ubican hacia la mitad de una trayectoria laboral de este tipo en el Uruguay, y aún lejanos a la edad de retiro salvo en 3 de las entrevistadas. Para estas últimas la función de directoras de hospital supone la culminación, posiblemente, de sus trayectorias profesionales, al menos en la institucionalidad de ASSE.

5.2.1.1. La contribución de la formación de grado para la gestión

En consonancia con lo expuesto en el primer capítulo de resultados, los relatos de las/os enfermeras/os refieren un reconocimiento del aporte que la formación de grado tiene para la gestión de un servicio de enfermería que es para lo que se orienta en forma inicial, pero que consideran que lo trasciende transformándose en un diferencial de la profesión con respecto a otras profesiones del campo de la salud. Este aspecto es central para comprender las experiencias de gestión desarrolladas y lo retomaremos en el punto 5.4 que dedicamos a los aspectos característicos de la gestión enfermera.

Dice Spinelli (2017, p. 581) que:

La gestión es, claramente un proceso de aprendizaje —se aprende haciendo—, pero no es tan clara su enseñanza. Es decir, las posibilidades de aprender son enormes, ilimitadas. A la inversa, las posibilidades de enseñar son bastante limitadas: apenas se pueden enseñar algunas cosas. Enseñar gestión implica aprender, pero aprender no es saber, saber es saber-hacer.

Es claro que los profesionales de enfermería no son una excepción a lo anterior, como lo expresa una de las entrevistadas: *“fuimos aprendiendo mientras íbamos haciéndolo”* (E1:1.63). No obstante, los profesionales de enfermería dicen incorporar en sus años de formación, habilidades que facilitan la gestión de los servicios de enfermería durante la práctica profesional y que incluso estas habilidades se vuelven un capital cultural propio con el cual jugar a la hora de ocupar un puesto de gestión mayor como lo son las direcciones de hospitales.

En este sentido las respuestas que recogimos en las entrevistas permiten identificar cómo la institución educativa trasmite este saber profesional, que posiblemente contribuya a la conformación del *habitus* profesional que es indispensable para ser enfermera/o. Así una de las entrevistadas expresa:

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Porque desde que llegás a la unidad ya estás gestionando. Entonces eso agrega un valor que es para mí fundamental en la carrera del enfermero. [...] Lo más importante es brindar seguridad a los estudiantes y eso a mí realmente me lo dieron los docentes que tuve, que me permitían identificar si yo tenía que hacer un procedimiento que todo lo que estaba vinculado a ese procedimiento estuviera disponible en el momento que se iba a realizar el procedimiento. Y eso implica gestión, que vos identifiques las necesidades, las cuestiones de la planta física; y todo lo que implica la gestión del área en la que estás inmerso. Entonces creo que sí, que es fundamental, y en los lugares donde eso funciona bien, donde hay buenos profesionales se nota de inmediato. (E2:35-37)

El hecho de identificar que “desde que llegás a la unidad estás gestionando” aparece como central e implica que las actividades de cuidado enfermero necesitan “unir todo”, es decir gestionar el cuidado implica integrar el proceso administrativo que se inicia en la identificación de necesidades, no sólo centradas en un usuario individual, sino que integra una mirada más amplia del servicio o área de trabajo y que pasa luego, entre otras, por la provisión de recursos materiales necesarios y las decisiones vinculadas al equipo de trabajo con quienes se realizará la tarea. Esto es visualizado como un valor, como una característica propia de la profesión enfermera.

Para tener una idea clara del peso que la formación en gestión ha tenido en la carrera de enfermería de la Udelar, mostramos en el Cuadro 4 la distribución de la materia “Administración” en los planes de estudio aprobados en 1971¹² y 1993 que básicamente fueron los que cursaron los entrevistados. Se puede observar que, si bien la carga horaria de la materia disminuye en el plan de 1993 con respecto al de 1971, esta se mantiene alta y se redistribuye a lo largo del cursado concentrándose de todas formas al final de la carrera.

Como podemos observar el contenido curricular explícito en administración de servicios es importante en la formación de enfermería, al punto que una de las entrevistadas dice que no conoce otras carreras que tengan este tipo de formación¹³, lo que implica incluso un diferencial al momento de cursar posgrados en gestión de servicios con respecto a otras carreras:

Yo entiendo que la carrera nuestra tiene una gran formación en lo que es directamente asistencial, pero es de las pocas carreras de grado, no conozco muchas, pero de las carreras de grado que conozco, es la única que tiene formación en lo que es administración, gestión. Una formación básica pero completa, no le falta absolutamente nada, desde mi punto de vista. Para mí enfermería completa totalmente la formación. Incluso cuando hacemos el posgrado se ve la diferencia con las otras carreras. Tenemos una formación

¹² Es importante mencionar que en el Plan de estudios 1971 la materia se denomina “Administración de los servicios de salud”.

¹³ Aunque las hay en el área de la salud, como por ejemplo en la formación de las Licenciadas en nutrición.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

base para mí, yo soy plan viejo, soy plan 71, pero se mantiene en el plan 93 la formación de la parte administración y gestión. (E8:84)

Cuadro 4. Distribución de la materia Administración en los planes de estudio aprobados en 1971 y 1993 de la Licenciatura en Enfermería de la Udelar

	1971	1993
2° año	-	40 hs
3° año	-	20 hs
4° año	-	50 hs + 200 hs
5° año	456 hs	Internado*

*Práctica preprofesional no existente en el plan 1971

Fuente: elaboración propia a partir de los Planes de estudio 1971 y 1993 de la Fenf

En el mismo sentido, en el siguiente testimonio se destaca la formación de base de los profesionales de enfermería y como esto constituye una diferencia con la formación de los profesionales médicos en la gestión de servicios de salud:

Evidentemente, en la formación de grado hay una diferencia muy grande. Capaz que personalmente, tiene algún médico ya la vocación de tener esa curiosidad de querer aprender algunas cosas, pero ya de por sí, de toda la formación que yo he visto que tienen los médicos, es netamente asistencial y cuando tú le manejas: —no, pero que en realidad hay que sí o sí hacer este papel, o sí o sí tal otro— [Responden:] —no, a mí no me hables de eso, a mí no me importa, no me importa el dinero, no me importa nada, lo que me importa es el paciente—.

Te manejan esa frase como que sin gestión y sin dinero, sin administración, va a funcionar perfecto porque lo importante es el paciente. Y para poder brindarle la asistencia al paciente se necesita todo lo otro. Si uno no maneja presupuestos, no ve claramente dónde realmente invertir, de dónde sacar, de dónde no poner, si no se tiene estadísticas, si no se tiene números, si no se tienen cosas concretas, no se pueden tomar decisiones en gestión. (E6:53)

En el testimonio anterior queda planteada una controversia en cuanto a la centralidad de lo asistencial en la práctica médica —que en consecuencia aparece como más despreocupada de los aspectos de gestión— y la incorporación de aspectos de gestión o administrativos en forma simultánea a lo asistencial por parte de enfermería. Esta visión contribuye a la asociación de los profesionales de enfermería con tareas de tipo administrativo y por tanto como más controladores de los procesos de trabajo que “hacedores” de los cuidados mismos.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Finalmente podemos decir que la formación de grado en aspectos de gestión parece incorporarse a través de la enseñanza de una metodología de trabajo en la que se hace énfasis durante los años de formación:

Pero creo que eso se da por la metodología de trabajo que te enseñan a trabajar en la Facultad. Por eso te digo la metodología, el poder trabajar, el hacer diagnósticos de enfermería y en base a eso planificar los cuidados, y bueno, eso después vos lo llevás a la parte diaria de trabajo y es un poco lo que te guía. Por lo menos es lo que yo pienso. (E9:150)

Pero toda la parte de administración, toda la parte de proyectos fue algo que en la Facultad nos inculcaron bastante en esos años. Siempre estar elaborando proyectos, pensando en las mejoras cuando nos tocaba ir a hacer las prácticas, el ideal y lo que nos encontramos en el Hospital C, por ejemplo, que es un hospital bastante grande, [...] Entonces, yo pienso que nos brindaron elementos. (E5:41)

Esta metodología se inicia en general con un diagnóstico de situación del servicio al que arriba un estudiante que, aunque limitado a las concepciones de la planificación normativa y por tanto incapaz de acercarse a la complejidad de las organizaciones tal como lo plantea Matus (Huertas, 2006), permite una visión panorámica del servicio, que luego irá desarrollando la “*mirada rastrillera*” de la que hablamos en el apartado anterior. Esta es una práctica que diferencia desde el inicio a la formación de los futuras/os enfermeras/os de la formación de otras disciplinas centradas en la resolución del caso clínico individual.

Posteriormente hay un desarrollo de experiencias en base a la construcción de proyectos de mejora de los servicios, que nuevamente se encuentran anclados en el mito exclusivamente racional de la planificación tradicional, pero que aun así habilitan la incorporación de un pensamiento teleológico, que en el testimonio anterior pasa desapercibido en una primera lectura, y que busca imaginar “*el ideal*” del servicio para lograr identificar la brecha existente con respecto a la situación plasmada en el diagnóstico.

De todas formas, son varios los entrevistados que coinciden en que, si bien “*ya desde la base nosotros tenemos la administración y sin lugar a dudas eso ayuda mucho, para una dirección me parece que necesitás tener después una formación más específica en lo que es la alta dirección*” (E7:30), es decir se piensa que es necesario incorporar otras trayectorias formativas para la dirección de los hospitales.

5.2.1.2. La conformación del *habitus* profesional en la formación de grado

Si bien ya lo hemos venido mostrando, queremos llamar la atención que los años de formación implican la incorporación de un *habitus* propio de la profesión, en cuanto este es esencial para

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

jugar el juego que se desarrolla en las organizaciones sanitarias, permitiendo integrar predisposiciones que luego se recrean cotidianamente en la práctica profesional. Así se

engendran todas las conductas 'razonables' y de 'sentido común', [...] al mismo tiempo [que se] tiende a excluir 'sin violencia, sin arte, sin argumento', 'todas las locuras' [...], es decir todas las conductas condenadas a ser sancionadas negativamente por incompatibles con las condiciones objetivas. (Bourdieu, 2008, p. 91)

La incorporación a la subjetividad de cada enfermera/o del *habitus* profesional, sin el cual no podrían serlo, es lo que permite decir a esta entrevistada:

Nosotros los licenciados creo que tenemos muy buena formación en lo que es la gestión. Sí, tenemos una buena base, porque básicamente todos, por lo que he visto con los colegas, [...], que empezás a conversar y conocer a los colegas, y ves que más o menos todos trabajamos de la misma forma, es como algo ya en nosotros, como propio de nuestra profesión la forma, como que ya lo percibís, como que ya lo ves y decís, ah es licenciado. Desde mi punto de vista, no. (E4:36)

Es decir, el *habitus* se convierte en estructurador de las prácticas de un agente, en la medida que hace carne lo social; más producto que productor de la historia colectiva que trae depositada en su cuerpo (Gutiérrez, 2005). No obstante, hay un *habitus* primario o de clase, que no debemos descuidar y que una de las entrevistadas identifica con claridad:

Creo que también tiene que ver el extracto social del que somos la mayoría de la enfermería, del personal de enfermería, del estrato social que venimos somos de trabajadores, algunos con esfuerzo muy importante para llegar a ser universitarios, y otros que no pudieron ser universitarios y quedaron como auxiliares de enfermería porque lo que no les permitió no fue su condición intelectual sino su condición social. Entonces creo que eso también hace que esa clase que vos traes de estrato social, la reproducís adentro de la institución, se reproduce como parte de la sociedad. (E1:1.244)

Lo que se identifica es que el *habitus* que genera las prácticas de los profesionales no se explica sólo por la formación recibida en la institución, si no que tiene una génesis más lejana en el tiempo, pero no menos importante, enraizado en los procesos de socialización primaria que se dieron en un determinado espacio social y tiempo histórico que no depende de cada individuo, si no de las condiciones del mundo social en que nació y se desarrolló (Martín Criado, 2009). En este sentido es pertinente recordar que el *habitus* es el conjunto de experiencias pasadas manifestándose en el presente y buscando perpetuarse en el futuro:

Producto de la historia, el *habitus* origina prácticas, individuales y colectivas, y por ende historia, de acuerdo con los esquemas engendrados por la historia; es el *habitus* el que asegura la presencia activa de las experiencias pasadas que, registradas en cada organismo bajo la forma de esquemas de

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

percepción, de pensamientos y de acción, tienden, con más seguridad que todas las reglas formales y todas las normas explícitas, a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo. Pasado que sobrevive en lo actual y que tiende a perpetuarse en el porvenir actualizándose en prácticas estructuradas según sus principios. (Bourdieu, 2008, pp. 88–89)

Este punto es esencial para comprender la perpetuación de las relaciones de dominación y subordinación de la profesión enfermera con respecto a otras profesiones, pero también la reproducción que la propia profesión hace de estas prácticas con respecto a los trabajadores que conforman los equipos de enfermería en los servicios.

Las/os estudiantes durante los años de formación universitaria incorporan el *habitus* profesional fundamentalmente a través del currículo oculto, paralelo al currículo oficial que se expresa en los planes de estudio (Castro y Erviti, 2015). De esa forma, al entrar en contacto con las estructuras del campo, las/os futuras/os enfermeras/os (re)accionan de acuerdo con lo esperado o de lo contrario son rápidamente corregidos. Veamos un ejemplo:

Y en un momento me toca que me evalúen y entra la docente y bueno, mira la sala. Bueno, te acordás que todos siempre intentamos cuando hacemos el cuidado de enfermería dejar al paciente confortable en su unidad. Bueno, todas esas cosas que nosotros tenemos en enfermería. Y recuerdo, hasta el día de hoy, que tenía un soporte de suero atrás de una puerta y ella me lo hizo ver por supuesto y me marcó. Me marcó y que cada cosa tiene que estar en su lugar, porque es la única forma que podamos trabajar en las mejores condiciones, seguridad para nosotros, seguridad para el paciente, tener los insumos en el lugar y en oportunidad. Me dice: —¿qué hace este soporte de suero? —Nada, le digo, está atrás de la puerta, nada. No tiene que estar acá, evidentemente. Creo que son esas cosas bien chiquitas pero que es cuando vos hacés la significancia, cuando le das significado a cada cosa y eso para mí fue de un aprendizaje, claro, cada cosa en su lugar, porque no podés andar en la sala atravesando cosas (E1:1.72)

Al profano quizás le cuesta entender en el relato anterior la importancia de tener “*en su lugar*” un soporte de suero que se encuentra detrás de una puerta y esto se debe a que precisamente quién lo ve, la docente que llega tiene la capacidad de hacerlo en cuanto tiene incorporado el *habitus* de la profesión. Es por otro lado, lo que la hace reaccionar rápidamente ejerciendo una acción pedagógica, no exenta de violencia simbólica, que “marca” a la entrevistada. De ese modo el *habitus* “es producto de la interiorización de los principios de una arbitrariedad cultural capaz de perpetuarse una vez terminada la acción pedagógica y, de este modo, perpetuar en las prácticas los principios de la arbitrariedad interiorizada” (Bourdieu y Passeron, 1998, p. 72).

En forma similar a lo descripto por Castro y Erviti (2015) con respecto al *habitus* médico, el disciplinamiento pasa por la imagen personal que se espera de las/os estudiantes.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

El siguiente relato se sitúa durante el período de dictadura, en la Escuela “Dr. Carlos Nery”, único lugar de formación de enfermería luego de la intervención y cierre de la Escuela Universitaria de Enfermería por el poder militar. Si bien es paradigmático de un momento autocrático y déspota del país, consideramos que también refleja la acción pedagógica ejercida sobre las/os estudiantes de enfermería:

Desde el relacionamiento con tus docentes, que eran tus docentes, y tenías una distancia, no compartías más que el momento de clase, no había otro que no fuera eso. Yo llegué al primer año, del interior y bueno, teníamos una túnica, todos los días nos teníamos que poner, cada generación tenía una túnica de un color para rápidamente identificar a los estudiantes. Primera cosa. Te identificaban con un color de túnica. Entonces no compartíamos ni los recreos casi, porque nos hacían tener recreos diferentes con el resto de los estudiantes. (E1:1.102)

Nótese la homogeneidad que da el uso de una túnica de determinado color para, por un lado, identificar rápidamente a las/os estudiantes, pero también como forma de diluir las diversidades personales teniendo presente que no se está describiendo un campo de prácticas hospitalario, si no el lugar donde se impartían clases, contribuyendo a la invisibilidad de las/os estudiantes (Molinier, 2012) Por otro lado, se señala la jerarquía, otra característica identificada por Castro en el *habitus* médico, que aparece aquí en la división por generaciones de estudiantes, separadas/os por el color de túnica y por la imposibilidad de contacto físico al tener diferentes horarios de recreo y en la distancia que se tiene con los docentes. Este último aspecto se vuelve a retomar por la entrevistada:

Y bueno, y teníamos todo marcado por decirte de alguna manera, muy marcadas las cosas. A los docentes casi que era solo el buen día, te daban, te dictaban, todo era dictado, absolutamente todas las clases eran dictadas. Dictadas de que vos tenías que sacar anotación, todas, absolutamente todas. Entonces claro, eso te va marcando como muy rígido, te va endureciendo por decírtelo. (E1:1.104)

Finalmente es necesario dejar claro que los relatos en referencia a la conformación del *habitus* profesional que hemos recogido en este punto, no deben confundirse con una descripción del *habitus* profesional de enfermería que requeriría de otras técnicas y estudios para su abordaje, en tanto este debe ser caracterizado principalmente a través de la observación de las prácticas (Bourdieu y Wacquant, 2014; Castro, 2014). Sin embargo, es posible intuir que hay características en el *habitus* profesional de enfermería que podrían facilitar las experiencias de gestión de las organizaciones sanitarias.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

5.2.1.3. La formación de posgrado en gestión de servicios de salud

Como mostramos al principio de este capítulo casi la totalidad de los entrevistados tiene realizados estudios de posgrado en gestión de servicios de salud, en una diversidad de instituciones formadoras, nacionales y/o extranjeras.

En general encontramos que, si bien es destacable el énfasis que las/os entrevistadas/os le otorgan a la formación de grado en gestión, se valora como necesaria la formación de nivel de posgrado para asumir, por ejemplo, la dirección de los hospitales. Es importante subrayar, como lo hemos venido mostrando, que la formación de grado en enfermería se valora muy positivamente para la gestión, al contrario de lo encontrado por Spinelli et al. (2019) en otros profesionales de la salud, que manifestaron que su formación disciplinar supuso una limitación a la hora de gestionar una organización. Así, el siguiente relato es un ejemplo de lo primero:

En realidad, se ve que yo siempre tuve inclinación a la administración, desde chica, que administraba en mi casa cosas, pero en realidad la formación es imprescindible. Si bien es cierto, te da lo que te enseña el pregrado para gestionar una sala, para saber cuáles son los elementos necesarios y esenciales para trabajar con comodidad y seguridad, no es lo mismo que dirigir un hospital. No es lo mismo, porque vos tenés que saber cuáles son las cosas prioritarias, tenerlas presente siempre sin olvidarte que el sistema tiene que funcionar en su conjunto, [...]. Entonces creo que esa visión global de lo que es el sistema y cómo vos podés estratificar las prioridades te lo da sin duda la formación académica superior. (E2:42)

Junto con la consideración como necesaria de la formación superior en gestión, se manifiesta que esta debería ser “aplicable”, trayendo la discusión de Mintzberg (2005) acerca de la utilidad de los posgrados en gestión para la formación de directivos de empresas, en cuanto estos carecen la mayoría de las veces de la posibilidad de la experiencia, es decir de “aprender haciendo”. Sin embargo, hay entrevistadas/os que encontraron de utilidad la formación recibida:

Y creo que fue un posgrado muy aplicable a la realidad, que te dejaba bajarlo a tierra la parte teórica, lo podías fácilmente aplicar, que a veces eso es lo difícil, que vos en la parte teórica podés tener mucho marco teórico, pero si eso no lo podés bajar a tierra, si no lo podés aplicar, me parece que ahí es lo complicado. (E7:32)

Se encuentran posgrados que tienen un claro perfil empresarial más vinculados a las características de las direcciones de empresa del sector privado, más que a las particularidades del sector público. Es pertinente en ese sentido lo que expresa la siguiente entrevistada:

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

La maestría fue muy buena, aprendí muchísimo, capaz que no estaba tan enfocada a lo que yo hubiese querido o a lo que estábamos acostumbrados los licenciados. Era más como de un lado empresarial, del empresario de la salud, pero hubieron materias excelentes, yo aprendí muchísimo, sobre todo del área de visualizar el hospital como una empresa, con cabeza y con esa planificación empresarial y de que tenés que estar. Porque nosotros pasamos de ser licenciados operativos por más que estuvimos un poco en la gestión, a manejar presupuesto, a manejar una cantidad de cosas, de esa responsabilidad y a veces no saber ni lo que era, la contadora te presentaba un estado y no sabías qué era. (E3:61)

Se reconoce el haber aprendido a “visualizar el hospital como una empresa” lo cual no estaría tan incorporado en la formación de grado, y se señalan carencias habituales de los profesionales del campo sanitario que llegan a las direcciones de las organizaciones, como lo son los aspectos financiero-contables y el manejo de un presupuesto asignado, del cual, además, se es legalmente responsable de su ejecución. Por el contrario, encontramos profesionales que valoran en su formación de posgrado una mirada más amplia y especialmente más humana de la gestión:

Eso me dio, esa posibilidad de abrir un poco más, que son pequeñas cosas, que uno las toma como pequeñas pero que no son pequeñas, porque la gestión generalmente uno la ve, como que los números, eficacia, eficiencia, costo, beneficio, y no lo vemos a la gestión en esa otra parte, más de la sensibilidad humana, o una gestión más humanizada. (E1:1.83)

Trae la entrevistada conceptos clásicos de la gestión, como lo son los de eficacia, eficiencia, costo y beneficio, para hacer notar la diferencia con lo que pudo observar en una visita a hospitales en Italia como parte de su formación:

En el oncológico, sobre todo, una sensibilidad te diré yo, hasta el edificio sensible, desde los colores, había cuadros de los funcionarios cuando eran chicos, ¿no?, como que eran parte de su vida, ponían la vida de los funcionarios adentro de los lugares, ¿no? Entonces era todo como que eras parte, te sentías perteneciente a eso porque estaba tu foto, estaban tus cosas. (E1:1.80)

Finalmente, las carencias identificadas en la formación de posgrado en gestión, las podemos agrupar en la problemática referida al trabajo con personas, propio de las organizaciones sanitarias. Estas, conformadas por trabajadores con un alto grado de autonomía, de acuerdo a lo descrito por Mintzberg (2001) como “burocracias profesionales”, suponen estrategias diferentes de gestión a las planteadas por las teorías clásicas pensadas para maximizar la rentabilidad de la industria manufacturera en la consolidación de la revolución industrial. En consonancia con la planteado por Spinelli (2017), “el estudio de lo relacional y de la otredad, en general, está ausente de las universidades” (p. 585).

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

En este sentido, el siguiente relato destaca la necesidad de “herramientas” de negociación:

Porque herramientas de negociación es lo primero que nos tienen que dar para gestionar. De negociación, de diálogo, de flexibilidad. Porque no podés ser cuadriculado cuando vas a acordar. Cuando tenés un problema grueso, que tenés que acordar algo, porque no podés seguir así. Yo creo que eso es fundamental en la gestión. Porque te digo la verdad, si no se sumar cuatro más cuatro, tengo la calculadora o tenés el contador que te haga la suma. Pero el que negocia sos tú, sos vos el director no podés mandar a otro a negociar por vos. Entonces, eso, por ejemplo, es algo que no tenemos nosotros. Negociación, diálogo, como entender los/ comprender los problemas para poder desmenuzarlos y ver donde podés entrar. (E1:1.137)

Es este un relato paradigmático de quien ha atravesado la experiencia de gestionar una organización, con la cual es imposible no sentirse identificado por quienes compartimos experiencias similares, con la particularidad de que, siempre buscadas, las herramientas en realidad son bastante esquivas y difíciles de encontrar, aún en el imaginario en torno a los “CEO de las grandes empresas” que trae este testimonio:

El relacionamiento en ese caso con las personas que están bajo tu dirección porque uno de lo primero surge, es que como director uno tiene que tomar decisiones que benefician o afectan las realidades laborales de los funcionarios que están dentro de esa unidad. Y esos funcionarios tienen sus realidades, su personalidad, su forma de ser, su familia, sus horarios, y entonces a veces ahí es donde se generan conflictos, y eso no sé si se aprende en una Universidad, creo que sí, de repente en otros lados sí, cómo ser coach o cómo ser líder.

Yo veo que, en Estados Unidos, o en otros países, los CEO de las grandes empresas aprenden como entrar a una reunión, cómo enfrentar a una persona, cómo hablar, eso se aprende, y eso no lo tuve yo. Eso creo que es una impronta, cuando se te enfrenta un funcionario o una funcionaria que de repente viene y se pone a llorar porque presenta un problema, y ahí hay que resolverlo o darle una solución. Y bueno, y eso de repente no me lo dio el posgrado. (E6:57)

Nótese en el comienzo del párrafo anterior la percepción del efecto de dirigir que tiene el entrevistado, es decir de la consecuencia que implica la toma de decisiones por parte del gestor que indefectiblemente traerán beneficios para algunas/os y afectará a otras/os a la hora de intentar solucionar problemas que siempre son complejos (Matus, 2007b).

Finalmente, es pertinente considerar que las críticas de Mintzberg (2005) a la formación académica en gestión aún se encuentran vigentes, como lo dice este testimonio:

Claro, porque son como muy..., ¡la planificación! (ríe). Que son cosas importantes, yo no digo que no. Pero como muy..., no son tan pragmáticos a lo mejor, porque nos pasan otras cosas en la gestión diaria. (E1:1.141)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

5.2.2. La experiencia laboral previa

Para comprender la experiencia laboral de nuestros entrevistados es importante realizar antes una breve descripción sobre algunos aspectos laborales de la profesión de enfermería en Uruguay.

En primer lugar la carrera funcional de enfermería, tanto en el sector público como en el privado en Uruguay, tiene básicamente 3 niveles: enfermera/o operativa/o, asignado a un servicio de una organización perteneciente a cualquiera de los niveles de atención del sistema de salud y que se encuentra al frente de un grupo de auxiliares de enfermería con los que lleva adelante el proceso de atención de enfermería; supervisora/or de un sector de la organización que incluye varios de los servicios a cargo de las/os enfermeras/os operativas/os; y finalmente puestos de trabajo en la estructura central de enfermería, tradicionalmente denominada Departamento de Enfermería, que habitualmente se encuentra dirigido por una/un jefa/e de enfermería y que puede disponer, aunque no siempre, de enfermeras/os adjuntas/os.

Si bien en el sector privado esta estructura tiene muchas décadas y se encuentra totalmente consolidada, en el sector público es de reciente instalación. Esto responde a que prácticamente la totalidad de los cargos de enfermería del sector público correspondían a licencias/os operativas/os, a pesar de lo cual se encargaba a algunas/os de ellas/os de la gestión de los departamentos de enfermería sin reconocimiento formal y económico alguno¹⁴.

El decreto 219/2009 del Poder Ejecutivo tuvo la finalidad de “consagrar que toda institución prestadora de servicios de salud tenga entre sus recursos humanos licenciados en enfermería, así como que la organización de los servicios de enfermería se realice en forma departamentalizada y con jefaturas de los servicios a cargo de dichos profesionales”. A estos efectos, estableció la obligatoriedad, tanto para instituciones públicas como privadas del recientemente creado Sistema Nacional Integrado de Salud, de contar con licenciadas/os en enfermería organizados en una unidad técnico-administrativa denominada Departamento de enfermería.

Hechas estas puntualizaciones, podemos analizar la información que brinda el Cuadro 5. En primer lugar, se destaca que la totalidad de los entrevistados comenzó su carrera profesional como licenciada/o operativa/o de un servicio público y/o privado. En este último aspecto es posible señalar que 9 de los 10 profesionales tuvieron vinculación laboral a nivel operativo, tanto pública como privada, muchas veces coexistiendo en un mismo período temporal, lo cual es una práctica habitual de las/os trabajadoras/es de enfermería.

¹⁴ En este punto nos estamos refiriendo particularmente a ASSE.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Los profesionales que se muestran ocupando cargos de jefatura de departamento son aquellos que efectivamente fueron designados para dicha función, habiendo accedido en algunos casos por concurso, dos de ellos en el sector privado y uno en el sector público. Es importante notar que la jefatura del Departamento de Enfermería constituía naturalmente el techo de la carrera funcional de enfermería en las organizaciones sanitarias del país, hasta la novedad del acceso de enfermeras/os a cargos de gestión de nivel superior.

Cuadro 5. Trayectoria laboral previa de las/os entrevistados

	Enfermero/a operativo/a	Jefatura Dpto. Enf.	Docencia universitaria	Otros cargos de gestión	Sector
E1	x		x	x	Público/Privado
E2	x	x	x	x	Público/Privado
E3	x	x		x	Público/Privado
E4	x			x	Público/Privado
E5	x			x	Público
E6	x			x	Público/Privado
E7	x			x	Público/Privado
E8	x			x	Público/Privado
E9	x	x		x	Público/Privado
E10	x			x	Público/Privado

Fuente: elaboración propia

Finalmente, se destaca que todos las/os entrevistadas/os ocuparon otros cargos de gestión, de nivel superior al de la jefatura del departamento de enfermería, en forma previa a asumir la dirección de un hospital, pero ya dentro del período temporal que estamos analizando. Así encontramos una variedad de cargos como: coordinadoras/es de una subregión de ASSE que incluyen varias unidades ejecutoras de varios departamentos; directora/or de una red de atención primaria (RAP) a nivel de un departamento del país; subdirectora/r o adjunta/o a la dirección de un hospital o de una RAP; coordinadoras de una subregión de una RAP; jefatura de un servicio en una organización privada.

Con respecto a la valoración que las/os enfermeras/os realizan de las experiencias de gestión previas como contribución a sus prácticas en las direcciones de hospitales, estas fueron descriptas fundamentalmente en el punto 5.1.2 referido al capital en gestión de la profesión de enfermería.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

5.2.3. Consideraciones finales

En este capítulo hemos analizado las trayectorias personales de los profesionales de enfermería que se entrevistaron para esta investigación, como aspecto central para comprender las experiencias que relatan con respecto a la dirección de hospitales.

En primer lugar, se analizaron los itinerarios formativos, encontrando una importante valoración de los aportes de la formación de grado en aspectos relacionados a la gestión de los servicios que puede identificarse como un diferencial de la profesión de enfermería con respecto a otras profesiones del campo, en las que la profesión de grado puede ser considerada una limitante (Spinelli et al., 2019).

Por otro lado, se mostró como el *habitus* se conforma en estos años de formación inicial, permitiendo la incorporación de conductas “razonables” y de “sentido común” que les permitirá a los futuros profesionales incorporarse al juego de las organizaciones del campo. La formación de posgrado en gestión es también valorada, pero con matices, permitiendo identificar los problemas descriptos por Mintzberg (2005) en las ofertas académicas de formación de directivos, porque como lo dice una de las entrevistadas “*nos pasan otras cosas en la gestión diaria*” (E1:1.141). Contrariamente, los/as gestores entrevistados por Spinelli et al. (2019) en general, valoraron con mayor énfasis los aprendizajes aportados por la formación de posgrado por sobre la formación de grado, lo cual supuso la búsqueda activa de formación específica al asumir cargos de gestión.

En segundo lugar, se mostró la trayectoria laboral previa de los profesionales, encontrándose que en su totalidad comenzaron a trabajar a nivel operativo para luego tener responsabilidades de gestión de nivel superior en las organizaciones, previo a su designación como directoras/es de hospitales. Se destaca el hecho de que las/os profesionales de enfermería desarrollan tareas de gestión desde el nivel operativo hasta los puestos de mayor jerarquía, lo que los dota de un aprendizaje basado en la experiencia que se vuelve un capital cultural importante al momento de asumir tareas directivas. En este sentido, se constata una diferencia con las demás profesiones del campo de la salud en las que, en general, la experiencia en gestión llega recién con la designación en cargos directivos como en los testimonios recogidos por Spinelli et al. (2019).

Teniendo una mirada sobre las trayectorias de nuestras/os protagonistas analicemos ahora el escenario en el que desarrollaron sus experiencias al frente de los hospitales en que fueron designados.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

5.3 El escenario en que se desarrollaron las experiencias de gestión

En este capítulo analizaremos, en los relatos de las/os enfermeras/os gestores, cuáles fueron los escenarios en que desarrollaron su tarea de directores de hospitales. Entender el contexto es esencial para comprender la experiencia, teniendo en cuenta que se trata de una relación bidireccional, es decir el contexto institucional dado al que arribaron, que en buena medida determina las condiciones de posibilidad de las prácticas; pero también, los efectos que las experiencias de gestión de las/os gestores tuvieron en la organización.

Para poder comprender en su globalidad el punto que queremos desarrollar, consideramos necesario dividirlo en dos grandes niveles. Por un lado, el de la organización en la que se insertan los hospitales dirigidos por nuestras/os entrevistadas/os, esto es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y, por otro, el contexto más micro, propio de cada hospital.

Coincidiendo con Spinelli (2012) los cambios políticos que se suscitan en un país productos del juego democrático, colocan no pocas veces de manera súbita, a un militante o actor social en la difícil tarea de gestionar una institución. Y para realizar esta tarea, como lo vimos en el capítulo anterior, no solo no son suficientes los itinerarios formativos personales, requiriéndose, además, “saber hacer” —lo cual se adquiere con la experiencia—, sino que también debemos considerar las capacidades de gobierno institucionales que determinan en gran medida las posibilidades del “hacer” en un escenario dado. Y en este sentido es inexorable la obra de Carlos Matus nacida de su reflexión luego de la experiencia de gobernar durante la presidencia de Salvador Allende en Chile (Matus, 2014).

Para Matus (2014) la acción de gobernar implica la capacidad de articular constantemente tres variables: el proyecto de gobierno, la capacidad de gobierno y la gobernabilidad del sistema. El proyecto de gobierno explicita una propuesta de acción que un actor social se plantea para alcanzar determinado objetivo. En el juego democrático este proyecto normalmente forma parte de las plataformas electorales que los partidos ponen a consideración de la ciudadanía. Pero ganar las elecciones y alcanzar el gobierno nacional no son condiciones suficientes para llevarlo a cabo, dado que se debe contar con gobernabilidad y capacidad de gobierno para ello.

La gobernabilidad, dice Matus (2014), es la relación entre las variables que el actor social puede controlar y las que escapan a su control. Esto además depende del peso de las variables, de forma que si controla variables decisivas mayor será su libertad de acción y por tanto su gobernabilidad sobre el proyecto que intenta implementar. La gobernabilidad expresa

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

además el poder del actor para llevar a cabo el proyecto, pero en relación con la capacidad de gobierno que se tenga.

La capacidad de gobierno, en la publicación que venimos siguiendo, se define como la capacidad de conducción o dirección que a su vez depende del “acervo de técnicas, métodos, destrezas y habilidades” del actor y su equipo. Esta capacidad de gobierno implica por un lado capacidades personales como la experiencia, el liderazgo y el conocimiento y por otro, capacidades institucionales, en tanto capital que la organización pone a disposición del gobernante, como lo son el presupuesto, el estado edilicio o la dotación y capacitación de las/os trabajadoras.

Para Matus (Huertas, 2006), la gestión de las organizaciones sociales, como las del campo de la salud, en tanto “sistemas de incertidumbre dura” exigen trabajar con la posibilidad de varios escenarios futuros, y en consecuencia las capacidades de conducción desarrolladas para el trabajo industrial no son aplicables a este tipo de organizaciones a pesar del intento sostenido y obstinado de generaciones de gestores.

Cuáles fueron las capacidades institucionales que encontraron nuestras/os protagonistas es la pregunta que guiará este recorrido, y la consideramos una pregunta central, ya que el juego social que intentamos comprender en las organizaciones se desarrolla en un espacio que es estructurante pero también estructurado por quienes juegan en él.

5.3.1. El escenario del prestador público ASSE

5.3.1.1. Breve reseña histórica de los servicios de salud en Uruguay

Como lo planteáramos en el primer capítulo al describir nuestro problema de estudio, el Uruguay cuenta con una extensa red pública de centros de atención sanitaria nucleados actualmente en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Para comprender esta organización en el momento de las experiencias de gestión de las/os entrevistados debemos repasar brevemente la historia de los servicios de salud en Uruguay.

Uruguay comienza su desarrollo como Estado nacional a partir de la aprobación de su primera Constitución en el año 1830, luego de un largo proceso de independencia que culminara en una Convención Preliminar de Paz, suscrita entre las Provincias Unidas del Río de la Plata y el Imperio del Brasil con la mediación británica, en agosto de 1828. Los historiadores han identificado un primer período, desde 1830 a 1870, que caracterizan como “comercial, pastoril y caudillesco”, resaltando algunas de las debilidades del nuevo estado especialmente en comparación con las transformaciones que se estaban produciendo en los países europeos. Recién a partir de 1870 señalan el inicio de un proceso modernizador como

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

consecuencia del agotamiento del modelo anterior, que alcanzará su máxima expresión en las primeras 3 décadas del siglo XX a impulsos de las reformas introducidas por José Batlle y Ordoñez, presidente de la República en dos oportunidades (1903-1907 y 1911-1915) (Caetano y Rilla, 2006).

Desde una perspectiva histórica podemos distinguir 3 grandes períodos en la conformación de los servicios de salud en Uruguay, el primero de los cuales comprende los legados de la época de la colonia hasta fines del siglo XIX, cuando comienza el primer impulso modernizador. En este período encontramos por ejemplo la presencia del Hospital de la Caridad (hoy Hospital Maciel) en la ciudad de Montevideo, cuya creación data de 1788. También los primeros hospitales públicos en el interior del país como el hospital de Salto (1878) y los hospitales de Colonia, Florida y Paysandú (1896). Simultáneamente en ese fin de siglo comenzaron a funcionar varios servicios de salud, en general con un modelo de ayuda mutua, vinculados a asociaciones de inmigrantes o a instituciones religiosas, como la Asociación Española o el Círculo Católico de Obreros. En el año 1889 se crea la primera institucionalidad de gobierno para atender la salud de la población, la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública, encargada entre otros, de los hospitales públicos. Con funciones de regulación se crea el Consejo Nacional de Higiene en 1895 (Ministerio de Salud Pública, 2009).

Le sigue un segundo período en el primer tercio del siglo XX que se caracterizó por un impulso a la salud pública a partir de la impronta de los gobiernos batllistas. Así se destaca como un hito en la historia sanitaria nacional la creación de la Asistencia Pública Nacional (APN) en 1910, marcando el inicio de la responsabilidad del Estado en la atención de salud de la población más carenciada. La ley de creación de la APN estableció además la creación de 10 nuevos establecimientos en Montevideo y 28 en el interior del país que, sumados a los creados en el período anterior, constituyen hasta el día de hoy la red pública de hospitales con que cuenta el país. Este período se caracterizó además por un proceso de laicización que implicó una temprana separación del Estado y de la Iglesia, aunque la presencia de congregaciones religiosas se mantuvo en algunos de ellos (Ministerio de Salud Pública, 2009).

El segundo tercio del siglo XX se caracterizó por la expansión de los seguros sociales y por la creación en 1934 del Ministerio de Salud Pública que unificó las funciones del Consejo Nacional de Higiene y de la Asistencia Pública Nacional. Esta nueva institucionalidad concentró en forma simultánea las funciones asistenciales con las de control y regulación del sistema hasta la reforma sanitaria del año 2008. En este período encontramos los inicios de la otra gran red pública con foco en el primer nivel de atención, a partir de la creación de los Centros de Salud, de acuerdo con el modelo del Servicio Cooperativo Panamericano de Salud

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Pública. También se destaca la creación del Hospital de Clínicas (1953) y en su seno de la Escuela Universitaria de Enfermería, como hemos relatado antes. En el ámbito privado, la lucha de los trabajadores organizados logra la creación de seguros de salud en base a aportes obreros y patronales que serán la base de la numerosa presencia de instituciones de asistencia privada en todo el territorio nacional (Ministerio de Salud Pública, 2009).

En los 3 períodos descriptos se concentra la creación de gran parte de la estructura sanitaria nacional tanto de carácter público como privado. El gobierno dictatorial, a partir de 1973, procedió al desmantelamiento del sector público con especial ensañamiento en el hospital universitario y en el cierre de la Escuela Universitaria de Enfermería. Desde la recuperación democrática en 1985, serán varios los intentos de una reforma del sector salud, pero recién se logrará implementar a partir del año 2008, durante el primer gobierno del Frente Amplio y profundizar en los dos períodos de gobierno que le siguieron.

En los años previos al ciclo progresista el país atravesó una profunda crisis económica, principalmente entre los años 2002-2003, que generó altos niveles de pobreza y desocupación. En el sector salud esto se tradujo en un aumento importante en el número de usuarios que pasaron a estar cubiertos por el sector público, que por otro lado tenía carencias presupuestales históricas agravadas ahora por la crisis e infraestructuras vetustas y sin mantenimiento adecuado que presentaban carencias importantes para una asistencia adecuada (Ministerio de Salud Pública, 2009).

5.3.1.2. La reforma sanitaria de 2008 y rol del prestador público ASSE

La reforma sanitaria impulsada por el gobierno electo que asumió funciones en el año 2005, presidido por el Dr. Tabaré Vázquez, se nutrió de aportes importantes de los movimientos sociales, en especial de la central única de trabajadores, denominada PIT-CNT¹⁵, y de la Convención Médica Nacional y se plasmó en lineamientos generales de política de salud que se incluyeron en la propuesta electoral con la que ganó las elecciones nacionales de 2004 (Ministerio de Salud Pública, 2009).

El punto de partida fue la constatación de una segmentación de la financiación del sistema sanitario, coexistiendo un sistema de financiación pública a través de rentas generales y otro en base a aportes a la seguridad social, juntamente con un importante gasto de bolsillo. En consecuencia, la prestación de servicios de salud se encontraba fragmentada en prestadores públicos y privados, con escasa coordinación entre sí. Por otro lado, la

¹⁵ Por unificación de las siglas correspondientes a Plenario Intersindical de Trabajadores y Convención Nacional de Trabajadores

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

capacidad reguladora de la autoridad sanitaria representada por el Ministerio de Salud Pública era escasa (Fernández Galeano et al., 2015).

Las posibilidades de reforma a considerar iban desde un sistema nacional de naturaleza pública —siguiendo el modelo Beveridge—, a un sistema basado en la seguridad social —de acuerdo con el modelo Bismarck—, por el que finalmente se optó. Esta discusión se dio en un momento histórico de mucha efervescencia social producto de la movilización que buscó la mitigación de los efectos de la crisis económica y favoreció su superación, y además por las expectativas que representaba para parte de la ciudadanía la llegada de un partido de izquierda al gobierno por primera vez en la historia del país. En ese contexto, las luchas entre los diferentes actores del campo de la salud, fundamentalmente por el importante capital económico en juego, no dejaron de estar presentes.

Finalmente, la reforma que alcanzó los consensos necesarios para ser votada a nivel parlamentario mantuvo en líneas generales las estructuras de servicios existentes, buscando fortalecer la integración y la rectoría del sistema, en una solución que contempló la idiosincrasia uruguaya, es decir el camino del medio. Así, la ley 18.211 del 5/12/2007 estableció la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), conformado por prestadores públicos y privados. El financiamiento del nuevo sistema se diseñó a través de un Fondo Nacional de Salud (FONASA), integrado con aportes de las/os trabajadoras y de las empresas, manteniendo, no obstante, una financiación a través de rentas generales de los servicios públicos, conformados principal pero no exclusivamente por la red de ASSE. En forma previa, la ley 18.161 de agosto del mismo año, descentralizó los servicios asistenciales de ASSE, separando las funciones de atención a la salud realizadas por el Estado, de las de rectoría y determinación de políticas sanitarias. Estas últimas quedarían a cargo del Ministerio de Salud Pública, como órgano rector de todo el sistema.

El diseño del sistema que mostramos en la Figura 2 (p. 17), establece la libre elección del prestador de salud por parte de los usuarios y sus familias que quedan amparados por el FONASA. En forma previa a la reforma, los beneficiarios del aseguramiento en salud a través del mecanismo de la seguridad social, que se limitaba a los trabajadores de la actividad privada, sólo podían elegir un prestador privado. A partir de la reforma, los beneficiarios del aseguramiento a través de la seguridad social se amplían a los trabajadores tanto públicos como privados y se incluye además en forma progresiva a las/os menores a cargo y conyugues que no tengan cobertura propia. Como novedad importante se introduce la posibilidad de elegir al prestador público ASSE además de a los prestadores privados por parte de los beneficiarios del seguro.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Este hecho merece ser considerado para comprender el escenario al que se enfrentaron nuestras/os entrevistadas/os en sus puestos de gestión de ASSE. En forma previa a la reforma sanitaria en ningún momento el sector público se había constituido en un competidor para el sector privado, si no que su función se limitaba a la atención de las poblaciones de menores recursos económicos, constituyéndose históricamente en “un pobre servicio destinado a los más pobres”. El nuevo escenario implicaba la posibilidad de cambios en la relación público-privada de provisión de servicios de salud principalmente en el interior del país.

En el sector público, ASSE posee una extensa red de establecimientos que alcanza todo el territorio nacional. La Figura 4 es muy significativa de lo anterior, dado que sólo marcando los puntos en que existe un servicio de ASSE en el territorio nacional se obtiene una representación del mapa del Uruguay.

La atención de salud en las ciudades del interior del país se encuentra a cargo de los servicios de ASSE y en general, de una sola institución privada bajo la forma de Asociación Médica Privada de Profesionales (IAMPP), al contrario de lo que sucede en Montevideo y la zona metropolitana donde la oferta privada es muy amplia. Por esta razón, sobre todo en los primeros años de la reforma existió mucha tensión entre los actores de las instituciones privadas y los de las unidades ejecutoras de ASSE en el interior del país, exhortados por la autoridad sanitaria a complementar sus servicios asistenciales para lograr la integración del sistema y, simultáneamente, compitiendo por captar usuarios a los efectos de incrementar los ingresos financiados por el novel FONASA.

En las autoridades de gobierno y en el amplio abanico de actores sociales que se encontraban implicados en la reforma, desde gremios de trabajadores de la salud pública y privada y asociaciones profesionales hasta las agrupaciones de usuarios de servicios de salud incipientemente organizados, no existía un consenso claro sobre el rol del prestador público ASSE en la reforma. Se constituyó así, en un campo de luchas que se expresó, entre otros aspectos, por la permanencia de conflictividad con los gremios del sector, investigadoras parlamentarias sobre aspectos de la gestión de sus servicios, judicialización de procedimientos vinculados a las compras y contrataciones realizadas, denuncias permanentes de la oposición política ampliamente amplificadas por los medios de comunicación, etc. Todo lo cual apuntaba, una vez más, al desprestigio de los servicios de salud públicos.

Dentro de los actores sociales que jugaron un rol clave, mayoritariamente alineados en la defensa de la salud pública, se encontraba el grupo de directoras/es de las unidades ejecutoras de ASSE, dentro del cual están nuestras/os enfermeras/os gestores. Las/os

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

profesionales de enfermería entrevistadas/os para esta investigación asumieron las tareas de gestión de hospitales en el segundo y tercer período de gobierno del ciclo que estamos analizando, por lo que debemos situarnos en ese período.

Figura 4. Distribución de los servicios de ASSE en el territorio nacional



Fuente: (ASSE, 2014, p. 35)

Iniciado el segundo período de gobierno del ciclo progresista, encabezado por José Mujica, el nuevo directorio de ASSE intentó una reestructura institucional en base a la creación de direcciones nacionales por niveles de atención, con el objetivo de fortalecer el cambio en el modelo de atención que pasaría a estar asentado en los servicios del primer nivel de atención quebrando la histórica centralidad de los hospitales en el campo de la salud.

Predominaba en las autoridades de ese momento una visión de ASSE como puerta de entrada al sistema por su amplia presencia en todo el territorio, pero la división por niveles fragmentó la atención sanitaria dentro de la propia institución, agravada por la percepción de que los centros del segundo y tercer nivel de atención pudieran perder recursos en favor del primer nivel. La tensión política fue de tal magnitud que se desplazaron las autoridades de ASSE a un año y medio de haber asumido y se nombró un nuevo directorio presidido por la Dra. Beatriz Silva que inició un proceso que pretendió construir “una nueva dinámica institucional” a través de un proceso de regionalización basado conceptualmente en las teorías sobre redes integradas de salud (Vázquez Navarrete y Vargas Lorenzo, 2007) de base regional impulsadas desde OPS (Harispe, 2014).

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Los relatos sobre las visiones del nivel macro de ASSE no son abundantes en el material analizado, tomando mucha más importancia las referencias más micro referidas a las realidades de cada hospital en que se asumió la función de dirección. No obstante, podemos rescatar algunas percepciones que se encuentran atravesadas por el cambio organizacional que describimos con anterioridad.

En ese sentido, los procesos de cambio organizacional son vivenciados por quienes fueron protagonistas de estos desde un nivel más micro y marcan momentos importantes en la historia institucional, recordándose al período que estamos estudiando como un momento “*de plena ebullición de ASSE*” por parte de esta enfermera:

Entonces bueno, era un momento así, de plena ebullición de ASSE, de organizar, de ajustar, sobre todo, creo que, de organizar lo que había, que ASSE viste que es enorme, es un prestador muy grande, entonces esto de las regiones nos permitía mirar un poco más de, también fue una cuestión de cercanía, ¿no?, de poder estar, porque estaba el casco central como le decíamos, la parte central y las unidades. Creo que el regionalizar también acercaba las decisiones, la información, las líneas de trabajo. [E1:1.33]

Por otro lado, otra enfermera, trae las contradicciones que percibe en la macroestructura, posiblemente expresión de las luchas dentro de la propia organización de diferentes modelos en pugna y de las contiendas de los propios directores de las unidades ejecutoras de ASSE por apropiarse de los recursos siempre escasos en el sector público, señalando además la ausencia de planificación como una debilidad:

Yo lo que noto es que, durante los años que me tocó gestionar, ASSE en realidad, tenía muchas contradicciones. No tenía un plan de gestión estratégico que en realidad se llevara a cabo. Porque, por ejemplo, el aparato de laparoscopia, yo sabía que había uno asignado al hospital, pero me enteré por fuera que se lo iban a dar al hospital X. Así que fui a Montevideo, y dije, yo de aquí me llevo el equipo de laparo, porque mi hospital no tiene equipo de laparo, y no puede ser y tá. Así lo conseguí, y no por un proyecto de gestión de decir al Hospital Z lo vamos a fortalecer con tal cosa, como se tienen que hacer las cosas. Por eso en ASSE lo que vi durante los años que yo gestioné, fue mucha contradicción con el tema de..., se cierra la Comisión de Apoyo, no se dan más cargos, después aparecían cargos, o sea, eso no ayuda a la gestión de un director de hospital departamental, no lo ayuda en nada porque es como estar haciendo malabarismos con una granada. (E10:111)

Por último, es de interés para esta investigación señalar cómo en el relato que sigue, se percibe a la profesión enfermera como más a fin a los cambios organizacionales planteados en ASSE en cuanto al trabajo en redes, en consonancia con lo que hemos expuesto en capítulos anteriores. En la profesión médica prevalecería una visión más individualista, propia de la clínica, que busca “tener todo” en cada unidad, mientras que en la enfermera predomina una visión más de conjunto con capacidad de coordinación entre diferentes unidades:

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Y creo que otra cosa que nos costó y creo que los licenciados lo entendieron más, fue el trabajo en red, que fue también una concepción nueva que se introdujo con el nuevo proyecto. [...]Yo creo que los licenciados tenían más apertura al trabajo en red, como que lo entendían más, no sé si por la propia profesión que siempre derivás, que siempre sabés que tenés que coordinar, de mucha coordinación. Tenemos unas funciones muy fuertes de coordinación nosotros, coordinación o del caso como quien dice, que eso a lo mejor nos impregna para las otras cosas de la red. Yo creo que los licenciados trabajaron mucho mejor en las redes, y entendieron la necesidad de la red que los médicos, que se encerraban en sus unidades, que tenían que tener todo, que tenían que ser fuertes en todo, y no generar esta articulación de unos p'acá, otros pa'allá. Porque en realidad era así.
(E1:1.230)

En suma, podemos afirmar que las experiencias de gestión se realizaron en una organización pública con antecedentes históricos que datan de finales del siglo XIX, con una amplia red de servicios extendida en todo el territorio nacional y en proceso de adaptarse a la reforma sanitaria a través de nuevos diseños organizacionales. El momento histórico de la institución es descripto gráficamente por una de las entrevistadas como “*en plena ebullición*”. Las disputas al interior de la organización marcan la presencia de contradicciones y tensiones entre los diferentes niveles institucionales que constituyen desafíos importantes para quienes afrontan la tarea de gobernar.

5.3.2. Los escenarios de los hospitales gestionados por enfermeras/os

Como planteamos en la introducción a este capítulo nos acercaremos ahora al escenario de los hospitales que fueron gestionados por las/os protagonistas de esta investigación. Para ello nos centraremos en 4 aspectos de las capacidades institucionales que consideramos claves para el desarrollo de cualquier gestión: el estado edilicio, las/os trabajadores que integran la organización, la situación financiera que habitualmente en la administración pública en Uruguay se identifica con la palabra presupuesto y finalmente los aspectos administrativos.

Nuestras/os entrevistados dirigieron hospitales que podemos agrupar en 2 hospitales de Montevideo con servicios de referencia nacional pertenecientes a la región Sur de ASSE y 8 hospitales del interior de país mucho más homogéneos entre sí, pertenecientes 1 a la región Sur, 2 a la Este y 5 a la Oeste. La región Norte no está representada en nuestra muestra.

5.3.2.1. El estado edilicio

Como lo mencionáramos debemos tener presente que las/os enfermeras/os entrevistados asumieron funciones en el segundo y tercer período de gobierno del ciclo que estamos analizando entre los años 2005 a 2020. Esta consideración es importante ya que, la situación del estado edilicio de los hospitales públicos —muchos de ellos centenarios—, al inicio del

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

período era muy diferente, debido a décadas de muy baja inversión en el sector al igual que lo encontrado para Argentina por Spinelli et al. (2019). Si bien, en el primer período de gobierno, hubo un aumento de la inversión en la infraestructura pública, dado el punto de partida la situación en numerosos establecimientos era aún muy deficitaria.

En este sentido, una entrevistada dice: “Lo encontré horrible. Horrible. Lúgubre. Oscuro. Triste. Húmedo” (E1:1.290), y agrega:

Te dolía que la gente no pudiera tener medicamentos, no tener acceso a los estudios asistenciales, de no tener sábanas. Eso duele mucho, porque las sábanas no son un costo elevadísimo dentro de un hospital, ¿no?, lo sabemos, no es lo que más cuesta, pero no había sábanas. Entonces eso era terrible para mí, para mí era terrible. Las camas, no andaban las articulaciones, despintadas. No todas las unidades tenían una mesa de luz que, yo soy enfermera, yo entiendo que la unidad del paciente es cama y mesa de luz, no existe una unidad con una sola cama, ya no es una unidad. Y bueno y los pacientes estaban así, compartiendo las mesitas de luz, baños compartidos, baños de..., hasta ahora, ese hospital que es grande, que tiene unas 86 camas, es apabellonado, tiene salas generales y tiene dos baños para ocho, o dos baños para 16. (E1:1.45)

La descripción es posiblemente aplicable a muchos de los establecimientos hospitalarios públicos denotando la ausencia de inversión estatal de muchas décadas. En forma similar lo expresa este relato:

El hospital era un hospital muy antiguo, el cual está dividido en tres pabellones, el de salud mental, otro que es un policlínico donde está Farmacia y Archivos Médicos, y otro que es el área principal donde había una emergencia de seis camas, vetusta, espantosa. Después estaban las salas de Medicina que eran salas de más o menos doce, quince camas; después abajo tenías las salas de ginecología y pediatría y sala de parto. [...], y la sala de Cirugía tenía doce camas, seis de hombres y seis de mujeres, también salas grandes, con unos baños que eran una vergüenza. Siempre me caractericé de Macro Mercado¹⁶, como me decían algunas autoridades de ASSE, bonita la criatura, porque a todos los que venían les mostraba las cosas peores que había en el Hospital, para que después no dijeran que no habían visto. (E10:75)

Por otro lado, encontramos relatos en los que se evidencia el comienzo del mejoramiento de algunos hospitales en el interior del país, como el siguiente:

Voy a ser sincera, me encontré un Hospital que estaba cuidado, un Hospital en la parte edilicia que estaba lindo, sí que tenía muchas cosas para hacerle, como en todos lados, pero no era un Hospital que estuviera deteriorado, ni que estuviera descuidado. Era un Hospital que, con lo poco que se tenía, se lo cuidaba. Lo que sí como te decía hubo que hacer bastantes remodelaciones que por ejemplo una de ella fue eliminar esos pabellones, ese pabellón enorme de siete camas, me acuerdo que era de hombres, fue

¹⁶ Establecimiento comercial dedicado a la venta de insumos domésticos.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

una de las cosas que vino el tornado, y aprovechamos y eliminamos eso. Pero eran detalles, obvio de funcionamiento: que la pintura, las humedades, que se llueve en algún lado; pero era un Hospital que ediliciamente estaba cuidado. No era un descuido de pintura ni las paredes, ni las ventanas cayéndose, no. (E5:102)

Las estructuras de pabellones heredadas de los diseños hospitalarios de fines del siglo XIX se mantuvieron hasta el momento que estamos analizando como lo traen las/os entrevistadas/os, constituyendo su rediseño un desafío constructivo para adecuarlos a la normativa que rige en la actualidad para los servicios de salud, públicos y privados, en el país. No obstante, los avances producidos para adecuar las infraestructuras aún son insuficientes y la disposición en pabellones de varias camas está aún hoy presente en muchos hospitales públicos del país.

Se evidencia por otro lado que hay mejoras que se corresponden con el período de implementación de la reforma sanitaria, coexistiendo con sectores que necesitan una intervención costosa por parte del Estado, como en este relato:

El Hospital tiene toda una parte nueva, toda una parte nueva de médico quirúrgico que se inauguró en 2010 o 2008, preciosa la parte de block quirúrgico. Lo edilicio que requiere el Hospital es en emergencia. En emergencia sí necesitaba una inversión importante que ahí no estaba presupuestado y no era de las obras que podíamos desde la región poder hacerlas. Esa obra requería, ya lo habíamos pedido, una inversión de ASSE central. (E8:105)

El siguiente testimonio se refiere a un hospital de Montevideo, en el que durante el primer período de gobierno se creó un centro especializado de referencia nacional, con un altísimo impacto asistencial:

Bueno, desde el punto de vista edilicio el Hospital había tenido una transformación impresionante, si algo habían hecho en los años anteriores fue transformar ese hospital que cuando me fui era...¹⁷ Bueno, tengo las fotos del antes y del después, y son impresionantes. El centro especializado que es primer mundo, eso fue toda una obra nueva sobre una existente, es decir se remodeló todo lo existente y quedó como si fuera nuevo, maravillosamente. Después habían mejorado las áreas de internación notoriamente porque antes era sala general de muchos pacientes, y pasaron a ser salas de cuatro pacientes cómodas, amplias y con baño particular, cada cuatro camas un baño. Eso claro les cambió la vida, porque antes tenían todos esos baños generales, que eran tres, cuatro, cinco baños todos juntos, eso cambió para la internación. (E2:96)

¹⁷ Hace referencia a cuando fue funcionaria de ese hospital con anterioridad, a partir de la década de 1980.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

En esta panorámica sobre el estado edilicio de los hospitales, tenemos una situación particular que fue la construcción de un edificio nuevo para albergar un hospital del interior cuya infraestructura no permitía ya remodelaciones, suponiendo un desafío para la gestión de este, especialmente por la simultaneidad de un hospital en funcionamiento con la construcción del nuevo en una primera etapa y luego la mudanza al nuevo edificio sin dejar de funcionar en la parte asistencial. Dice su gestora:

Y bueno, así pudimos, yo creo que pudimos sostener dos hospitales, porque en un momento eran dos hospitales que teníamos que gestionar, uno que era el operativo, el viejo, y este que había que estar en todas las reuniones, no te podías perder ninguna. Tenías que estar en todos los detalles porque era complejo con las empresas y muchas veces me tocaba a mí, por ASSE era la única que estaba. Y bueno, eso fue complejo también, porque como experiencia en la gestión, yo esa experiencia nunca la había tenido. Y era uno de los primeros hospitales, tampoco había experiencia en la región de un hospital desde cero, y había cosas que yo no entendía, que no sabía de qué me estaban hablando con respecto a la construcción, no. (E3:54)

Finalmente, es importante conocer que aún la planificación situacional apoyada en la perspectiva de escenarios futuros —siempre múltiples en tanto nunca se pueden predecir de acuerdo con Matus (Huertas, 2006)—, puede deparar la sorpresa de escenarios nunca imaginados como por ejemplo, un evento meteorológico adverso de magnitud. Así lo cuenta esta entrevistada, con respecto a un tornado que tuvo como consecuencia la afectación del edificio de su hospital:

Lo que es la emergencia la destrozó toda la parte de lo que es las salas, la sala de reanimación, estaban los vidrios y el techo caído, estaban trabajando debajo de eso. Fue la parte más importante que se afectó en la sala de emergencia, fue la sala de reanimación. Después hubo afectación de las salas de internación, como grande. (E5:104)

Y consecuentemente la alteración de los procesos asistenciales y de gestión:

Porque estuvimos meses sin poder internar, fue algo que nos costó muchísimo, a la gestión, al trabajo. Para la gestión fue agotador poder derivar cada paciente que te llegara, que los demás centros te lo aceptaran. En un principio sí, pero después llegó el invierno, llegó la época complicada, y no tenían camas, fue muy difícil, fue una parte muy difícil de la gestión, ver dónde podíamos internar a los pacientes, porque llevó meses sin poder internar un paciente, no teníamos dónde, no teníamos dónde, era la emergencia, y si requería lo que fuera, desde estar en observación dos días o pasar a un block, todo teníamos que derivar. (E5:114)

En suma, con respecto a la situación edilicia, encontramos en los relatos de las/os enfermeras/os situaciones heterogéneas, desde la persistencia de infraestructuras casi centenarias aún sin intervenir, coexistiendo con áreas del mismo edificio modernizadas para

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

adaptarse a la atención sanitaria actual hasta, en forma excepcional, la construcción de un edificio nuevo para sustituir uno antiguo. Por último, la constatación de que los escenarios pueden cambiar rápidamente y desbordar nuestras mejores previsiones.

5.3.2.2. *Las/os trabajadores*

Como lo planteáramos en el marco teórico, el trabajo en las organizaciones sanitarias tiene características propias que lo distinguen claramente de otro tipo de organizaciones. En ese sentido mostramos el concepto de que el cuidado en salud, es siempre en “acto”, realizado por un trabajador que además tiene un alto grado de autonomía en su área de conocimiento (Merhy y Franco, 2016).

No obstante, debemos advertir que en las organizaciones sanitarias como los hospitales encontramos dos tipos de trabajadores, los que se desempeñan en el área de atención a la salud en forma directa y otro grupo que pertenece a los denominados servicios de apoyo, donde encontramos trabajadores administrativos, de mantenimiento, recepción y vigilancia, etc. Estos dos grupos de trabajadores, esenciales para alcanzar los objetivos finales de un hospital, se constituyen en los dos andariveles con los que cuenta el gestor de un hospital y su equipo para llevar adelante el proyecto de gobierno.

La estructura básica de gestión de un hospital de ASSE consta de una Dirección Administrativa, de la cual dependen áreas como compras, recursos humanos, mantenimiento, etc.; una Gerencia Financiera, a cargo de contaduría, recaudaciones, etc.; y una Dirección Técnica o Subdirección, de la que dependen todas las áreas asistenciales. La Dirección General es la autoridad jerárquica superior de la unidad ejecutora que trabaja en coordinación con las 3 direcciones antes mencionadas.

Históricamente las organizaciones sanitarias, y particularmente los hospitales, han tendido a tener una mayor dimensión del grupo de trabajadores profesionales dedicados a las tareas de asistencia, lo cual es lógico por el fin último de estas. Por el contrario, la estructura administrativa de apoyo frecuentemente quedó relegada y con debilidades no sólo en número sino también en capacitación de sus trabajadores. Desde fines del siglo pasado se ha observado una atención más particular a esta situación, dotando a los hospitales por ejemplo de gerencias financieras a cargo de un/a contador/a, en consonancia con los intentos de modernización del Estado impulsados y llevados a cabo con el apoyo de organismos internacionales.

En los relatos de las/os enfermeras/os gestores aparecen con mayor énfasis la experiencia con las/os trabajadoras/es del área asistencial. Sin embargo, hay particularidades

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

del área administrativa que se destacan y que se muestran en el apartado 5.3.2.4 referido específicamente a lo administrativo.

Lo primero que buscamos conocer fue la percepción de las/os enfermeras/os sobre la dotación de personal con que contaban sus hospitales. Las realidades nuevamente son heterogéneas, fundamentalmente entre los hospitales situados en el interior del país y los de la capital. Encontramos 3 gestoras/es que afirman no tener mayores dificultades con la dotación de personal, de los cuales 2 pertenecen a los hospitales situados en Montevideo.

En cuanto a los recursos humanos no estábamos con tanta dificultad.
(E2:103)

El Hospital en sí es uno de los hospitales dentro de ASSE que me parece que está con las estructuras mayormente cubiertas que el resto de los hospitales.
(E7:67)

Yo creo que no era escasa, la dotación del Departamento de Enfermería era acorde a la cantidad de camas y a la complejidad de los usuarios que más o menos siempre estaban ahí. [...] Creo que la dotación de especialistas era buena, sobre todo si la comparamos con los hospitales chicos, de sociedades chicas de la vuelta. Era de muy buen nivel. Y no tengo mucha capacidad como para decir del punto de vista administrativo, pero había más cantidad de administrativos también que en otros hospitales, o sea, [...] creo tenía una buena dotación de funcionarios. (E6:96)

En el resto de los 7 hospitales la situación es “justa” o claramente “insuficiente”, lo cual en general ha sido la constante en el sector público durante décadas. Veamos algunos testimonios:

Si, la dotación de personal era insuficiente, tanto de enfermería como de auxiliar de servicio. Y nosotros comenzamos, se empezó a contratar tercerizados en la parte administrativa, porque qué pasaba, el hospital era un hospital que venía de..., ahora ya no queda, pero en aquella época era mucha gente que había entrado como enfermero, pero estaban trabajando como administrativos (E10:84)

Sí, en la parte de enfermería siempre era la queja constante, siempre era insuficiente, y la parte de médicos, en lo que respecta a la emergencia propiamente dicha para poder cubrir la emergencia, también siempre fue insuficiente. (E5:135)

En cuanto a recursos humanos, como te decía, la parte de enfermería para la prestación que dábamos estaba justa, estaba justa, estaba trabajando con muchos suplentes. Y en cuanto a recursos médicos, las especialidades muy escuetas en el hospital. Era un problema urología, un problema quirúrgico, un problema ginecología, un problema anestésico, cardiología teníamos muy pocos y psiquiatría no teníamos, comprábamos afuera. La guardia de pediatría se completaba con el primer nivel, porque el Hospital sólo no podía, te estoy

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

hablando de especialidades básicas, cardiología, pediatría, ginecología.
(E8:110)

En los relatos anteriores aparece la insuficiencia de la dotación de personal, pero con matices que reflejan la problemática común de los hospitales ubicados en ciudades del interior uruguayo. En el primer caso, se evidencia la falta de personal administrativo por lo que se recurre a tercerizaciones como solución y en el último un tema recurrente y de difícil abordaje desde la gestión como lo es la cobertura de las especialidades médicas básicas definidas por la autoridad sanitaria (medicina interna, ginecología, pediatría, cirugía y anestesia) a las que se agregan las demás especialidades médicas y quirúrgicas que presentan mayor demanda.

La situación con las especialidades médicas es compleja en el interior del país y su descripción detallada escapa a los objetivos de esta investigación, pero incluye entre otros el análisis de: la accesibilidad y resolutiveidad del primer nivel de atención, los sistemas de referencia y contrarreferencia de los pacientes, la disponibilidad de especialistas en la zona, la articulación con el sector privado para contar con este recurso en un territorio determinado y la remuneración ofrecida. En general estos profesionales se concentran en el sur del país y su número decrece a medida que nos alejamos de la zona metropolitana. Las políticas activas para cambiar esta situación han sido escasas y de pobres resultados.

Pero, como lo dice una de las entrevistadas, *“no es siempre me falta personal, no”* (E1:304), sino que hay elementos que pertenecen a la cultura organizacional de los hospitales públicos que hacen que, aún con una dotación adecuada, falten igualmente los recursos necesarios para la atención. Algunos de los aspectos que recogimos refieren a la problemática del ausentismo, a aspectos burocráticos que entorpecen la gestión desde el punto de vista administrativo y a una idiosincrasia presente en algunas/os trabajadoras/es públicos, característica de una cultura organizacional, que provoca dificultades en la realización de su trabajo.

Con respecto al ausentismo, veamos, por ejemplo, el siguiente relato:

Yo creo que no tenía mal dotación. Yo creo que no tenían mal dotación, lo que tenían eran muchas certificaciones prolongadas que no se habían resuelto, por ejemplo. Muchas dificultades de faltas con aviso, veinte minutos antes de entrar a la guardia. De enfermería estoy hablando. No tanto de los médicos. No nos pasaba tanto de que llamaran para no ir a sus guardias, no te pasaba tanto, pero sí de enfermería. Llegadas tarde. (E1:1.302)

En este caso el ausentismo parece circunscribirse a las/os trabajadoras/es de enfermería y su explicación por parte de la entrevistada se relaciona con un modo de proceder que forma parte de la cultura de su organización. La cultura organizacional ha sido un

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

concepto ampliamente abordado desde la reflexión teórica de las ciencias de la administración. Chiavenato (2019) dice que:

La cultura organizacional es el conjunto de hábitos, creencias, valores y tradiciones, interacciones y relaciones sociales típicas de cada organización. Representa la manera tradicional y acostumbrada de pensar y hacer las cosas, que es compartida por todos los miembros de la organización.

La cultura organizacional representa las normas informales y no escritas que orientan el comportamiento de los miembros de la organización en la vida cotidiana y que direccionan sus acciones hacia la realización de los objetivos organizacionales. Cada organización tiene su propia cultura. (p.207)

Dentro de la cultura de una organización hay aspectos formales, más visibles y fáciles de cambiar, como su estructura; y aspectos informales, que en general no son percibidos en una primera aproximación. Estos últimos, constituidos desde la subjetividad de las/os trabajadoras/es, incluyen percepciones, sentimientos y valores y por ello son de mayor significancia y difíciles de modificar (Chiavenato, 2019). En este último sentido el concepto de cultura organizacional es expresión del *habitus* propio del campo de que se trate, incorporado, producido y reproducido, por los agentes sociales que juegan en él.

La expresión “viveza criolla”, de uso habitual en la cultura del Río de la Plata, es como lo dice el antropólogo Daniel Vidart (1959, p. 2), “una trapacería social, un procedimiento espectacular y habilidoso para obtener ventajas personales en detrimento del prójimo”. En el uso corriente la expresión no sólo se refiere a las relaciones sociales del ámbito privado de las personas, si no que particularmente se ha utilizado y se utiliza para referirse a la relación de algunos trabajadores públicos con sus instituciones. El siguiente relato es paradigmático de ello:

Y nos pasaba de que faltaban los fines de semana, y se certificaban los viernes. Eso también lo tuvimos que estudiar. Sistemáticamente había funcionarios que se certificaban el jueves de noche o el viernes de mañana y no venían el fin de semana. Y los llamamos y revisamos y qué le estaba pasando. Pero te vas a reír, de tener entrevistas de decirle, pero no comas lo que te cae mal el jueves porque si te certificas porque te duele el estómago, te duele el intestino, tenés diarrea el viernes, es porque comiste algo el jueves. Pero llegaba a decir eso: —Cómo podemos ayudarte para poder organizar eso— porque además eran faltas, certificaciones que se le iban sumando, pero hasta eso. Porque viste que hay una cuestión de viveza del funcionario, pero uno tampoco no le gusta que lo agarren como de bobo, como de que no entendés lo que está pasando, sabés lo que está pasando. Y es una situación de viveza criolla, nada más y nada menos. Entonces también ir al funcionario para entender, hacerle entender, que no era una actitud proactiva y que en realidad su falta afectaba mucho el servicio. Hasta eso llegamos a hacer, mirar uno por uno y estudiar esas cosas. Llamarlos y ver. (E1:311)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Vemos además la dificultad que representa para la gestión lidiar con este tipo de problemas que, en general, vistos desde afuera parecen de fácil solución, pero que cuando nos enfrentamos a ellos no lo son. Así lo dice este entrevistado:

Y yo siempre me quejé en ASSE [...] que los cargos de gestión nunca hacían nada. Un funcionario no viene a trabajar en todo el año, y jaaah!, no viene a trabajar en todo el año y no pasa nada y no hace nada. Y después me tocó a mí sufrir, que uno cuando quiere hacer algo, el sistema administrativo te ata de manos, entonces ves una injusticia, ves un funcionario que no cumple, y uno quiere hacer un trámite, y el trámite dura seis, siete, ocho meses y está en cero. (E6:170)

En última instancia los gestores se enfrentan a una cultura institucional propia de las organizaciones del sector público. Estas, desprestigiadas y denostadas por el avance de las políticas neoliberales del último tercio del siglo XX —para apropiarse de sus cometidos mediante mecanismos de privatización de servicios públicos—, representarían en el imaginario colectivo la idea de desidia y poco apego en el cumplimiento de sus fines. Sin embargo, el relato siguiente muestra cómo se puede, o al menos intentar, construir otra cultura organizacional:

Yo siempre decía que nosotros somos los responsables de mostrar que no somos los ñoquis ni los atorrantes, ni todas esas cosas horribles que dicen del empleado público. Nosotros tenemos que demostrar que, si bien puede haber algunos, la mayoría somos trabajadores que amamos lo que hacemos, que queremos a nuestro lugar de trabajo, y queremos a nuestro Hospital. (E2:50)

Por otro lado, las dificultades del gestor/a de contar con una dotación adecuada de trabajadores, para la resolución de problemas asistenciales que no pueden esperar, se choca con una estructura paquidérmica de movimientos burocráticos lentos y pausados, alejada de las urgencias de la gestión. En este sentido, también es interesante la percepción de que poco se pudo modificar a pesar del cambio de gobierno:

Yo creo que no nos salvamos de la burocracia nosotros, el gobierno progresista. Lo instauró, lo alimentó, porque era bueno. Te volvían para atrás porque no llenabas un pedacito del formulario que te podían llamar por teléfono y decirte: —no mirá la cruz va acá—, —¡ponéselo vos, porque una cruz! —. No, no, me entendés. (E1:1.308)

En suma, las/os enfermeras/os gestionaron hospitales con dotaciones inadecuadas de trabajadores, con algunas excepciones principalmente en hospitales de Montevideo, pero constataron que la disponibilidad de trabajadores no depende sólo de aquellas. Por el contrario, los problemas de ausentismo en algunos hospitales, asentados en una cultura

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

organizacional de tipo permisivo, característica del funcionamiento de algunas unidades ejecutoras, se constituyen en verdaderos retos para quien pretende gestionar y cambiar una organización. Para ello se necesita comprender que:

A la gestión le lleva mucho tiempo entender, convencer de que se puede hacer de esas maneras. Eso también, de repente, nos deberían de formar más en cómo estimular a las personas y el reconocimiento. Pequeñas cosas pero que son reconocimientos profesionales en definitiva y son buenos.
(E1:2.77)

En este sentido parece pertinente traer la reflexión de Spinelli (2012) en cuanto a la necesidad de la participación ciudadana y de los propios trabajadores en los procesos de cambio, fomentando la consolidación de una masa crítica que “permita poner a estas organizaciones al servicio de las necesidades reales de la población y su control” (p.124). Lo anterior fue central en la propuesta de reforma sanitaria implementada en Uruguay, pero indudablemente su alcance aún necesita de mayores desarrollos.

5.3.2.3. El presupuesto

La economía y las finanzas de una organización pública en Uruguay está regida por el Presupuesto Nacional que es aprobado por el Parlamento de acuerdo con el artículo 214 de la Constitución de la República¹⁸. Para su elaboración la Constitución consagra la técnica de presupuesto por programas y es presentado al Parlamento en el primer año del inicio de un nuevo gobierno, comenzando a regir, luego de su aprobación, en el segundo año del mandato. Su alcance es quinquenal pudiendo realizarse ajustes anuales en el momento que el Poder Ejecutivo presenta al Parlamento su Rendición de cuentas y balance de ejecución presupuestal (Tansini, 2003).

La previsión presupuestal incluye los “gastos corrientes”, esto es los gastos necesarios para el funcionamiento normal de cada repartición del estado, dentro de los cuales se encuentran los salarios de los trabajadores y, por otro lado, las inversiones, que son gastos cuyo objetivo es adquirir o producir bienes de larga duración. Esta previsión se debe presentar al parlamento por incisos del Estado y “programas” es decir por actividades orientadas al cumplimiento de objetivos (Blanco, 2016).

En la práctica real, la asignación presupuestal por programas y cumplimiento de objetivos se diluye y los gestores de las unidades ejecutoras manejan la información de los montos asignados a su organización que, en general, siguen un criterio histórico con ajustes

¹⁸ Vigente desde 1967 con algunas modificaciones posteriores

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

que no siempre siguen una lógica de gestión si no que responden más bien a luchas en el campo por la mayor apropiación de recursos económicos como veremos a continuación.

En el caso de ASSE, como servicio público descentralizado, se aprueba un presupuesto que comprende la totalidad de sus unidades ejecutoras, con diferentes niveles de “ordenadores del gasto”, es decir autoridades con la delegación de contraer compromisos económicos en nombre del Estado, esto es de decidir un determinado gasto y hacerse responsable por ello según lo establece el TOCAF¹⁹. El ordenador primario es el Directorio de ASSE que centraliza el manejo presupuestal de la institución y delega en los directores de sus unidades ejecutoras la administración de recursos para su funcionamiento como ordenadores secundarios del gasto.

El director de un hospital es responsable por el gasto en aspectos que se refieren al funcionamiento del establecimiento a través de procedimientos de compra creados para la totalidad de la administración pública y que en consecuencia presentan dificultades para adaptarse a los tiempos asistenciales de una organización sanitaria. Por el contrario, el manejo presupuestal de los denominados recursos humanos se encuentra monopolizado en la estructura central ubicada en Montevideo, haciéndose desde las unidades ejecutoras los procedimientos administrativos de control y llamados a concursos para la reposición de vacantes siempre dentro de la plantilla asignada.

La disponibilidad de recursos económicos y su manejo dentro del corsé conformado por las normas administrativas constituye, posiblemente, el primer gran obstáculo al que se enfrenta cualquier gestor público. En el caso de los hospitales, esta situación se complejiza por la urgencia de aspectos referidos a la atención de salud de los usuarios y por el hecho de que quienes normalmente llegan a la dirección son neófitos en la materia y requieren de una curva de aprendizaje difícil de adquirir en poco tiempo.

Por otro lado, la sensibilidad social que tienen los temas relacionados a las organizaciones sanitarias y en especial a los hospitales, hace que la presión sobre quien es responsable de la institución sea importante, especialmente en las ciudades del interior del país. Esto nos recuerda al “balance de intercambio de problemas específicos” planteado por Matus (2007b), en tanto “balance de resultados en el ámbito de los problemas de la vida cotidiana de los ciudadanos” (p. 361). Este balance incluye compromisos y deudas que son rápidamente percibidos y padecidos por la población y se constituye así en un elemento de juicio para el ciudadano de a pie sobre las políticas de un determinado gobierno.

¹⁹ Texto ordenado de contabilidad y administración financiera del Estado

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Indudablemente el balance anterior será positivo en la medida que se cuente con los recursos necesarios para implementar los compromisos asumidos, pero no sólo. Veamos como perciben las/os enfermeras/os gestores estos aspectos.

En primer lugar, el siguiente relato es muy característico de la situación que señalábamos anteriormente con respecto a las/os gestoras/es de hospitales, en cuanto al manejo de los aspectos financiero-presupuestales:

Yo no tenía idea cuando entré lo que era eso. Primera cosa que te tengo que decir. Yo me sentía muy segura como te decía en la sala, en esto en lo asistencial, plenamente segura, en los recursos humanos. Ahora en la parte financiera no era mi fuerte. No sabía ni la pauta, lo que era la pauta financiera de la unidad. Tuve que aprender todo eso, y tampoco sabía los procesos administrativos de la administración pública. Porque yo te puedo decir, las licitaciones, sabía que existían, ahora cómo se hacían, qué tenían que decir, que no tenían que decir, que es lo que le pedís a los gerentes, que le pedís a/ no tenía ni idea. Lo aprendí todo ahí de sopetón, te diré. Medio como que en vivo y en directo. (E1:1.181)

Ante esa situación encontramos entrevistados que valoran la formación de posgrado para mitigar esta carencia:

Bueno, yo gracias a esa maestría, tuve economía, contabilidad, todo eso a mí me aggiornó en ese momento, capaz que ya no me acuerdo como se hace un balance, pero en ese momento me sirvió muchísimo porque era paralelo, yo estaba aprendiendo todo lo que era contabilidad y finanzas, y a su vez en el hospital tenía que entender como era toda la planificación presupuestal del hospital. Entonces no te digo que hablaba el mismo idioma que un contador porque nada que ver, pero entendía cuando ella me explicaba una cantidad de cosas. (E3:62)

Sin embargo, no siempre los posgrados de gestión en servicios de salud incluyen aspectos vinculados a la administración y presupuestos del sector público dado que su población objetivo incluye también a profesionales que se desempeñan en el ámbito de las empresas privadas. En Uruguay se ofrecen cursos específicos para el sector público, desarrollados por la Escuela Nacional de Administración Pública (ENAP) pero ninguno de los entrevistados manifestó haberse formado en ella.

Con respecto a la suficiencia del presupuesto nos encontramos con una situación similar a la descrita en el apartado anterior con respecto a la dotación de personal: los hospitales de Montevideo presentan menos dificultades presupuestales que los hospitales del interior del país, salvo alguna excepción. En el conjunto de los hospitales a cargo de las/os enfermeras/os predomina la situación de insuficiencia presupuestal lo cual es una enorme dificultad para la gestión, como lo podemos encontrar en los siguientes relatos:

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Escaso, para quejarnos vamos a quejarnos bien, en serio, siempre fue escaso, era la lucha que teníamos siempre con la regional, en buen sentido, no, el tema de presupuesto siempre fue escaso. (E5:97)

Era una unidad que no, el presupuesto no le alcanzaba. Para que te alcanzara no tenías que hacer casi que la cuarta parte de las cosas, no las podías hacer. Fue una unidad que siempre quedó en rojo. Pero que siempre en ASSE se le fue dando cuotas para poder solventar las cosas. Siempre con informes que había que hacer desde el punto de vista financiero asistencial, siempre lo hicimos financiero asistencial. No solo financiero, porque la causa siempre era asistencial, era lógico. (E1:1.282)

Por otro lado, la insuficiencia presupuestal, no siempre se relaciona con montos escasos asignados desde el nivel central, si no que aparecen otros factores vinculados por un lado, con un sistema de compras estatales que, pensado para toda la administración pública, presenta dificultades para su aplicación en los hospitales; y por otro con decisiones macro tomadas por ASSE como la desvinculación de profesionales por determinado mecanismo de financiación que trae consecuencias directas en la asistencia de sus unidades ejecutoras, como lo dice esta entrevistada:

Bueno, era muy insuficiente. [...] A nosotros en el año 2014 nos pasó de que perdimos un montón de funcionarios de Comisión de Apoyo²⁰, por ejemplo, laboratorio, radiología, hemoterapia, block quirúrgico, anestesistas, ginecólogos, cirujano. Hubo gente que los cesaron de la Comisión de Apoyo, entonces tuvimos que empezar a contratar servicios. Entonces con ese presupuesto de 2014 y justo surge todo esto que nos quedamos sin profesionales y sin técnicos, tuvimos que salir a comprar, entonces no nos alcanzaba para nada; era totalmente insuficiente. Después fuimos recuperando algún servicio, pero nunca al cien por ciento como tenía que ser, entonces siempre íbamos en rojo, en agosto o setiembre ya estábamos que no teníamos plata para nada. No era para nada adecuado el presupuesto. O arreglábamos algo, por ejemplo, cubríamos anestesia, pero quedábamos con pediatría descubierta por decir algo. Entonces nunca lográbamos el cien por ciento, arreglábamos una cosa y se nos desarreglaba la otra. (E4:71)

El relato es elocuente de como las decisiones tomadas a nivel central, en forma lejana a la realidad asistencial, tiene enormes repercusiones en el nivel micro y en consecuencia alerta sobre la necesidad de diálogo y participación de todos los niveles de la organización en la toma de decisiones. Si bien para el año 2014 se había consolidado un proceso que intentó

²⁰ La Comisión de Apoyo de los Programas Asistenciales Especiales de ASSE es una entidad paraestatal creada en la década de 1990 para la contratación en forma precaria de profesionales, evitando su contratación bajo el régimen de funcionarios públicos y de esa forma aparentar una disminución de los funcionarios del Estado, en la concepción que se necesitaba menos Estado para favorecer el desarrollo del país. Los sucesivos gobiernos del Frente Amplio se plantearon eliminar la Comisión de apoyo de ASSE, pero no lo lograron.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

la descentralización de ASSE en 4 regiones, es significativo señalar que la gestión de estas se realizaba principalmente desde Montevideo y no desde el territorio.

Encontramos por otro lado, la paradoja de que el cumplimiento estricto de las normas financiero-contables del Estado, creadas para dar transparencia al sistema, podía significar un aumento importante del gasto y por tanto una disminución de recursos presupuestales para otros fines. Es elocuente el siguiente relato de una enfermera gestora de un hospital ubicado en el interior profundo del Uruguay:

Pero te vuelvo a decir, el tema es que se hacía la compra de servicios porque no tenías la posibilidad de brindarlo. Y ahí en la compra de servicios es que estaba el punto de discrepancia con lo que es la función pública. Terminás haciendo una compra de servicios en Montevideo para que después vaya acorde con la función pública, y ahí sí empieza a... la torta no dar, porque lo que son los traslados, lo que son las coordinaciones, toda la compra de servicios en Montevideo es más cara también.

Cuando empezamos a ajustarlo a la función pública, el presupuesto no daba. Porque podías comprar una tomografía en la mutualista local, hasta que los mismos dueños de esta eran médicos funcionarios del hospital, (entonces) no podías comprar la tomografía en ella.

Además del traslado del paciente, las horas que lleva el viaje en una condición dificultosa, porque si le vas a hacer una tomografía no es porque esté bien, por más que sean de coordinación. Lo llevás a Z, le hacés la tomografía, es tomógrafo de ASSE en el hospital, pero convenio, lo podés hacer, pero es un traslado, es un desgaste de vehículo, son horas chofer, horas enfermero; y el gasto de pagar, a la unidad Hospital Z había que traspasarle los fondos de lo que era el gasto. Ahí sí empieza a ser dificultosa la gestión en cuanto a que no dan los dineros presupuestales. (E8:95-97)

Podemos visualizar aquí tres aspectos claves que dificultan el manejo presupuestal y que en última instancia demuestran las dificultades para realizar un manejo eficiente de los dineros públicos. En primer lugar, la imposibilidad de brindar servicios propios en determinadas prestaciones, obviamente en consonancia con el nivel del hospital, a veces contando con el recurso humano formado para ello, pero con equipamiento obsoleto, sin mantenimiento o por la situación inversa —tener equipamiento, pero no personal calificado para utilizarlo—. En segundo lugar, debiendo comprar un servicio que se encuentra disponible en la propia ciudad, esto no se puede realizar debido a la precaución de la normativa con respecto a la conjunción de intereses de los actores involucrados, teniendo que trasladar al paciente a otra ciudad, aunque el gasto que se incurrirá sea mayor, no sólo por el precio del procedimiento si no porque se agregan los costos del traslado —sin considerar los costos sociales para el paciente y su familia—. Por último, ASSE favoreció a partir del segundo período de gobierno, la implementación de servicios propios de base regional como los de

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

tomografía, con una lógica de escala, en orden a fortalecer la red pública de servicios, pero introdujo la novedad de un pago de prestaciones entre unidades ejecutoras que perjudicaba claramente a las más chicas, que debían traspasar fondos a la unidad donde se realizó el estudio.

Detrás de la descripción anterior subyace un amplio capítulo referido a las vinculaciones entre el prestador público y los prestadores privados del sistema de salud, que representa un nudo crítico para lograr una mejor atención sanitaria especialmente en todo el interior uruguayo. La propuesta de reforma se propuso como objetivo la integración de estos dos subsistemas, pero los alcances fueron por lo menos limitados debido a los muy diferentes intereses en juego por parte de los actores del campo.

Algunos de las/os enfermeras/os gestores realizaron intentos de planificación del gasto para el manejo del presupuesto:

Tratábamos de planificar con el contador, tratábamos de hacer una planificación anual, pero siempre era difícil cumplirla porque siempre surgía una cosa u otra, y los planes se nos iban siempre para los costados. (E5:99)

Planificar, podíamos a veces, hay servicios como farmacia, laboratorio, eso más o menos lo tenés, como que lo vas planificando, o lo vas previendo, porque vos ves que venís con un gasto que ya aumentó en estos últimos tres meses y vos ya sabés que no te va a alcanzar. [...]. Es imposible, porque hay gastos, como un estudio que no lo tenés pensado y que te saca de todo presupuesto. Imposible. (E4:73)

Hacíamos planificaciones trimestrales, al año y después lo dividíamos trimestralmente, y ahí íbamos con la pauta super rigurosa. (E10:71)

En realidad, planificábamos y decíamos por qué íbamos a tener incremento en algunas de las áreas previo a que te lo adjudicaran, y después le hacíamos el seguimiento con la contadora y todo el equipo de gestión y cada uno de los integrantes del equipo de gestión tenía su responsabilidad en la administración del presupuesto que se asignaba para tales áreas, y entonces nosotros prácticamente no tuvimos ninguna dificultad en ninguno de los ejercicios. (E2:92)

Es interesante el intento frustrado de planificación que transmiten los dos primeros relatos que contrasta con el orden que parecen haber alcanzado las enfermeras que se expresan al final. En realidad, las organizaciones sanitarias tienen especificidades que las distinguen de otras y podemos señalar el nivel de incertidumbre sobre los escenarios futuros como una de sus características más peculiares, lo cual se constituye en todo un reto para la planificación. De hecho, la planificación normativa tradicional, basada en un diagnóstico, de tipo racional elaborado por un solo actor desde el vértice de la organización es de muy poca

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

ayuda, tal como lo enseña Matus, para este tipo de organizaciones de “incertidumbre dura” (Huertas, 2006).

Es frecuente, además, ver el desconcierto que este tipo de organización provoca en profesionales como los contadores que asumen la responsabilidad de la gerencia financiera de los hospitales desde inicios de los 2000, tratando de prever un gasto que siempre les es esquivo y, en general, mayor al esperado. Esto no significa que desde la gestión no se pueda realizar nada para mejorar la distribución del presupuesto con el que se cuenta, aunque la insuficiencia de este deje prácticamente sin margen de maniobra al gestor, como lo decía una gestora que citamos antes: *“para que te alcanzara no tenías que hacer casi que la cuarta parte de las cosas”* (E1:1.282).

Finalmente, es importante decir que la reforma sanitaria buscó y logró un incremento del presupuesto de ASSE y por ende de los hospitales públicos gestionados por nuestras/os entrevistadas/os. Para ello se tomó la decisión de que el prestador público integrara el SNIS en condiciones de competencia y complementariedad con los prestadores privados ya existentes en el país, lo cual lo hizo elegible por los beneficiarios del FONASA (Fernández Galeano et al., 2015). La previsión del diseño original era que ASSE disminuyera en número de usuarios ya que se preveía que estos optaran principalmente por las instituciones privadas, de esta forma se incrementaría el presupuesto per cápita de ASSE por dos mecanismos: el aumento presupuestal propiamente dicho y la disminución del número total de usuarios.

En los hechos, los usuarios de ASSE disminuyeron efectivamente en el primer período de la reforma hasta el año 2008, pasando de 1.554.500 en 2004 a 1.210.600 en 2008²¹, es decir se redujeron en más de 340.000 usuarios; luego entre 2009-2012 la población usuaria se mantuvo estable y finalmente se incrementó en el período 2013-2018 hasta alcanzar 1.353.900 en 2018. Esto último se debió a que en la incorporación gradual de colectivos al FONASA, numerosos usuarias/os decidieron permanecer o integrarse a ASSE como su prestador integral de salud (Poder Ejecutivo, 2019).

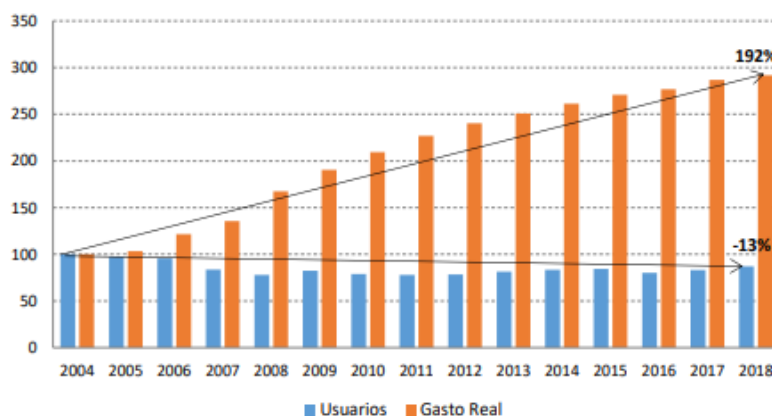
No obstante, el gasto real en ASSE se incrementó luego de la implementación de la reforma como se puede observar en la Figura 5. Para el año 2018 el gasto por usuario en ASSE representó el 75% del gasto por usuario que realizan los prestadores privados, cuando en el año 2004 era de 30%. La realidad anterior aparece por ejemplo en el siguiente relato, donde se valora la disminución de usuarios para descomprimir el sector público, situación que sólo se mantuvo en el primer período de gobierno.

²¹ Téngase presente que la población de Uruguay es de 3.286.314 según el censo 2011 del INE

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Con una, creo, en un momento, con una bonanza, que a lo mejor no es la palabra, en donde mucha gente era del privado. Entonces el sistema público no se veía saturado, así con una presión de asistencia porque en realidad en el departamento donde estaba el hospital eran más del privado que del público (E1:1.283)

Figura 5. ASSE: Evolución de los usuarios y del gasto real (en millones de pesos a valores constantes, Índice 2004 = 100)



Fuente: PE (2019) p. 147

Sin embargo, como mostramos al comienzo de este apartado en general el presupuesto de los hospitales públicos continuó siendo insuficiente, lo que implicó para las/os enfermeras/os gestores muchas horas de discusión con sus equipos de gestión y esfuerzos para la obtención de mayores recursos, porque como lo expresa esta gestora: “*dijimos al revés, no hay plata, pidamos*”.

Y ahí poníamos, empezábamos a trabajar los temas, generalmente tenía que ver con lo presupuestal, ni que hablar, generalmente era mucho, muchas horas, de la plata que tenía la unidad ejecutora, y como lo íbamos a gastar y como lo íbamos a solicitar la plata, porque lo bueno que teníamos era que, analizábamos bueno no hay plata cortamos. Dijimos al revés, no hay plata, pidamos. Y teníamos que buscarle la fundamentación y la argumentación desde lo asistencial, desde todo. (E1:2.57)

5.3.2.4. Lo administrativo

En este apartado nos acercaremos a las percepciones de nuestras/os protagonistas sobre “lo administrativo” en los hospitales que gestionaron. Dado que la terminología pueda dar lugar a confusión, abordaremos aquí los procesos de apoyo de tipo administrativo, tradicionalmente

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

ligados a los procedimientos de compra, contrataciones y control de una organización, que se ejecutan en orden a que esta realice su finalidad principal. Dado que se trata de un área muy estrechamente ligada a la toma de decisiones que luego repercuten en el funcionamiento general del hospital, su conocimiento es imprescindible para los gestores.

En la dinámica del juego organizacional, el área administrativa puede poseer un capital cultural acumulado en torno al funcionamiento normativo del Estado, que, monopolizado por algunas/os actores permita la conformación de un núcleo de poder. En la medida que este se alinee con las políticas que se intenten llevar a cabo puede servir como una gran base de apoyo para la gestión y en caso contrario convertirse en un gran obstáculo para las mismas. Por otro lado, y quizás más frecuente en la administración de los hospitales públicos, es la situación en que el área administrativa posea escaso capital cultural en su área de conocimiento y experticia y por lo tanto constituya una debilidad institucional que dificulte enormemente las posibilidades de la gestión.

Históricamente, a la dirección de los hospitales públicos, llegan profesionales médicos con una extensa trayectoria clínica particularmente relacionada a su especialidad, que como bien dice Spinelli (2017), en cuanto

egresados universitarios provienen de campos disciplinarios cerrados, en los que lo común es ‘saber mucho de poco’ [...]. Y es así que cuando estos profesionales llegan a la gestión —en general— la sufren, ya que les exige ‘saber poco de muchas cosas’ en un medio con turbulencias. Esto derriba al profesional del pedestal donde la universidad lo colocó amurado en sus certezas. (p. 587)

El párrafo anterior “pinta” de cuerpo entero la realidad de muchos gestores en el ámbito hospitalario, en tanto personas que en lunfardo rioplatense se “encuentran pintadas” con respecto a los aspectos administrativos, con el agravante que muchas veces “no saben que no saben” y se autocalifican como capaces (Matus, 2007b, p. 9). Esta realidad también recuerda lo postulado por el conocido principio de incompetencia de Peter (Peter y Hull, 1999), que establece que en una organización jerárquica todo empleado tiende a ascender hasta su nivel de incompetencia, como lo puede ser un excelente médica/o clínico que un día se ve enfrentado a la tarea de gestionar un hospital.

El contraste entre lo asistencial y lo administrativo aparece en el siguiente relato en referencia a la diferencia en los tiempos que se suceden en cada uno de ellos:

Viste lo que es, los tiempos administrativos nunca están de la mano con lo que son los tiempos asistenciales. Los tiempos asistenciales siempre son mucho más cortos que los temas administrativos y se trató de aggiornar un poco eso para darle una vuelta de tuerca y se generaron muchos trámites que antes eran en papel, en forma informática. [...] O sea tratar de hacer más

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

operativo y darle a la parte asistencial mayores herramientas para poder acompañar los tiempos con la parte administrativa. Eso creo que es fundamental. (E7:42)

La constatación de la dificultad de acompañar los tiempos asistenciales con los tiempos administrativos se vincula con el hecho de que la normativa del sector público en Uruguay no fue pensada para compras en una organización como ASSE donde los tiempos asistenciales pueden requerir una premura que no existe en otro tipo de institución. La dificultad para predecir las necesidades futuras en un escenario que es siempre cambiante y con variables que se encuentran totalmente fuera del alcance de la gestión, se pudo observar en la pandemia por COVID-19.

Por otro lado, el necesario control de los gastos realizados, a cargo del Tribunal de Cuentas de la República (TCR), realizado habitualmente en forma previa a la ejecución del gasto, se vuelve muchas veces inviable en el caso del sector hospitalario, lo que lleva a la ejecución de controles en forma posterior que muy frecuentemente se devuelven con observaciones que deben ser “reiteradas” por quien ejecutó el gasto²².

El siguiente testimonio es muy significativo de lo anterior:

Porque cuando yo llegué a esa unidad ejecutora el 90 % de sus compras, tenían observaciones del Tribunal de Cuentas. O sea que era una unidad con muchísimas dificultades de gestión, de la administración pública estoy hablando. No sé si de la gestión en su conjunto, sí de las normas de la administración pública, que por equis razón, que por esto y por lo otro. Viste que siempre tenemos por situaciones de urgencia, por situaciones de no tener proveedores, que son las otras dificultades que tenemos en el interior. Porque vos podés hacer trescientas mil licitaciones²³, pero no tenés el oferente. Entonces terminás, no por mala administración, terminás siendo observada porque no tenés más remedio, a alguien le tenés que comprar el servicio que no tenés. (E1:1.56)

Se revela así, un juego muy perverso al cual se enfrentan las/os gestores de hospitales en lo administrativo, para el cual no están preparados y aún si lo estuvieran, sería muy difícil

²² De acuerdo con el artículo 211 de la Constitución de la República el TCR debe “intervenir preventivamente en los gastos y pagos, conforme a las normas reguladoras que establecerá la ley y al solo efecto de certificar su legalidad, haciendo, en su caso, las observaciones correspondientes. Si el ordenador respectivo insistiera, lo comunicará al Tribunal sin perjuicio de dar cumplimiento a lo dispuesto. Si el Tribunal de cuentas, a su vez, mantuviera sus observaciones, dará noticia circunstanciada a la Asamblea General”. Es decir que la reiteración del gasto luego de una observación del TCR, es una potestad del gestor que ha sido responsabilizado de “ordenar el gasto” en su unidad ejecutora. Una vez reiterado el gasto, es decir que se va a realizar este aún con la observación el TCR, los antecedentes deben enviarse a consideración del Parlamento Nacional.

²³ De acuerdo con el art. 33 del TOCAF: “Las contrataciones se realizarán mediante licitación pública u otro procedimiento competitivo expresamente previsto, de acuerdo a lo que mejor se adecue a su objeto, a los principios generales de la contratación administrativa y de acuerdo a lo previsto en la normativa vigente”.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

de poder jugar y salir ileso, es decir sin observaciones del órgano de contralor. Esta situación, aprovechada en forma altisonante por la oposición política, se constituyó en generadora de inseguridad en las/os gestores, y a que actuaran en forma defensiva, como lo dice este testimonio:

A partir de allí se empezaron a tomar otras herramientas como por ejemplo cuando te devolvía el Tribunal de Cuentas la observación, nosotros lo que poníamos era que sí se había hecho la licitación, el número de la licitación y que no había habido oferentes. Como explicando que sí entendemos que estamos observados, pero hay un fundamento por el cual lo estamos haciendo. Entonces bueno, todo eso yo creo que mejoró nuestro trabajo y la seguridad, porque te generaba mucha inseguridad, mucha inseguridad, entonces no trabajabas tranquilo, tranquila. No te animabas a más. Viste. (E1:1.63-65)

El relato siguiente da cuenta de cómo el sistema normativo puede llegar a paralizar la gestión de los hospitales en la medida que su objetivo principal parece ser el de “cubrir” las espaldas de la administración que actúa a la defensiva. Esto tiene repercusiones asistenciales obvias, pero también impacta en la subjetividad de las/os gestores que asumieron la responsabilidad como lo veremos más adelante.

No mejoraron las normas a la realidad, ni a la medida de las necesidades. Lo que se hizo fue, bueno, ya existían las normas, y bueno, y las difundimos un poquito más como para que todos la tengamos clara, para que todos/ pero también a la defensiva, normas a la defensiva. Le pondría esa palabra de defensiva porque eran normas que defendían no sé a quién. No sé si a la institución, no sé a quién. Pero que no eran pragmáticas para resolver los problemas día a día como vos decís. En absoluto. Eran normas que obstaculizaban, siempre tenías un problema de la normativa, no te dejaba esto, no te dejaba lo otro, que no podías gestionar. Realmente hacía que la gestión se paralizara. Llegaba un momento que la gestión se paralizaba por las normativas. (E1:1.256)

Por último, esta enfermera se pregunta por qué, siendo gobierno, no se lograron avances en la adecuación de la normativa a los servicios de salud públicos para facilitar su funcionamiento:

Y una pregunta quizá, que me hago todos los días, si éramos gobierno, y el Frente Amplio quería cambiar, por qué no cambiaba esas normativas. Si estaba en su ámbito, estaba en sus competencias, eran competencias internas de ASSE. No eran normas de la administración central que la tiene que cambiar otro, me entendés. Eran normas internas de ASSE que no las logramos cambiar a medida para resolver, para darle herramientas a la gestión, al contrario. (E1:1.257)

La pregunta de nuestra entrevistada es más que pertinente, y admite varios niveles de posibles respuestas que nos conducen al triángulo de gobierno propuesto por Matus (2014).

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Estos aspectos nos permiten plantearnos si en el proyecto de gobierno estuvo en agenda la necesidad de modificar la normativa; si lo estuvo, qué condiciones de gobernabilidad se enfrentaron que no permitieron realizar cambios y por último las capacidades de gobierno de una organización que al menos en su órgano máximo de gobierno, su directorio, estuvo marcado por cambios frecuentes a lo largo del período que estamos analizando.

Nuestra entrevistada seguidamente al párrafo anterior, encuentra una explicación a la interna de la propia organización en relación con el proceso descentralizador que presentamos anteriormente.

Y creo que en eso tuvo un papel fundamental el casco central, el casco central como se llamaba antes. La centralidad que tiene ASSE. Porque dijimos de descentralizar, de regionalizar, sin darle la autonomía a las unidades. Mirá que era un tema de discusión en los ámbitos en los que participábamos. Nuestra región a favor de darle autonomía era la única manera. Y otros no. Todo para arriba. Todo tiene que pasar por acá. (E1:1.258-59)

Eso a mí me estresaba mucho, porque lleva adentro, lleva adentro la no descentralización, la subestimación y el no enseñar al otro, no pasar el conocimiento, sabés. El poder. El conocimiento como poder, eso tenían adentro, eso. Los únicos que saben hacer los procedimientos son los de Montevideo. Entonces eso era brutal y te aseguro que lo peleábamos, te aseguro, pero de batallas en algunos momentos bastante campales. Y éramos defensoras yo creo que la región nuestra era muy defensora de las unidades, pero muy defensora. A veces te cansaban y tá viste, y creo que también en algunos momentos te mimetizas, viste. Llega un momento en que el cansancio, que decís ya está, que hagan lo que quieran. Entonces tá, te mimetizas, porque no podías con aquello, es un monstruo, ASSE es un monstruo. Es enorme, enorme. (E1:1.265-66)

Es muy interesante observar la descripción de una organización conservadora que se resiste a cualquier posibilidad de cambio, aún en un proceso que se había descripto antes como “en ebullición”, lo cual nos remite a las dificultades reales que representa el intento de crear otra cultura organizacional (Chiavenato, 2007). Recuérdese que la historia de ASSE es más que centenaria y el Uruguay todo es tributario de la ciudad-puerto que conserva aún hoy su hegemonía sobre el resto del país, en muchos aspectos, pero fundamentalmente, en los aspectos administrativos.

Por otro lado, la entrevistada transmite descarnadamente el juego transformado en “batalla campal” en el que se ingresa para intentar llevar adelante un proyecto de transformación de la organización, que se convierte en un esfuerzo agotador que puede culminar en la “mimetización” para evitar el sufrimiento. Queda en evidencia, además, la tensión entre la macroestructura y las microestructuras extendidas en el territorio.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

A lo anterior, las/os enfermeras/os gestores se enfrentaron a estructuras administrativas donde la profesionalización de sus trabajadores para la tarea era escasa. En este sentido históricamente los hospitales públicos han privilegiado lo asistencial por sobre lo administrativo, derivando en estructuras administrativas numérica y profesionalmente más débiles. Sin embargo, en el contexto de procesos modernizadores del Estado impulsados desde los organismos internacionales desde el último tercio del siglo pasado, no han sido pocos los esfuerzos por cambiar esta realidad. No obstante, especialmente en las unidades ejecutoras del interior del país, todavía persisten estructuras administrativas conformadas por lo menos en parte por trabajadoras/es que ingresaron para tareas muy diferentes como, por ejemplo, de limpieza, que en determinado momento y debido causas varias, pasaron a desempeñarse en las áreas administrativas. La realidad que expresa el siguiente relato es un buen ejemplo de lo que sucede en la administración de muchos hospitales:

Por un lado, la falta de profesionalización del personal. Por un lado, la primera, el primer diagnóstico, en todas las áreas de la administración teníamos auxiliares de servicio que, como en aquellos momentos era clientelismo, empezaron de auxiliar de servicio y terminaron siendo administrativos sin tener absolutamente ninguna formación en administración. [...] Pero en todo el personal pasa lo mismo, a nadie le gusta limpiar el piso. Quieren ser más. Y ser más es ser administrativo. Me entendés lo que te quiero decir. Y no es peyorativamente que lo digo. Lo digo porque es así. Y nos sucedió que nos encontramos con personas que eran auxiliares de servicio, que estaban preparados o no, eran idóneos para limpiar el piso, pero resulta que estaban haciendo actividades administrativas para el cual no estaban formados. (E1:1.254)

La misma realidad es percibida por otra entrevistada:

Porque qué pasa, vos vas cambiando gente, porque tenés un problema, viste como son los hospitales, que vas sacando de un lado para otro, y no buscás mucho la capacitación, sino que es lo que tenés de personal y buscas el que más o menos puede ir en ese lugar, pero no están capacitados. Entonces es re difícil sacar cosas nuevas, como que van tapando el día a día. Entonces por eso a veces los procesos no se cumplen como deberían de cumplirse, no. (E4:69)

Los testimonios anteriores muestran una capacidad institucional pobre en el área administrativa que se vuelve todo un desafío para la gestión. Esto lleva a intervenciones para tratar de fortalecerla, como el de esta directora que implementó un proyecto de rotación de las/os trabajadores por las diferentes áreas administrativas:

Entonces se hizo un proyecto piloto que fue resistido por la gente, porque la gente viste que las sacas del lugar de confort, verdad, que eran pasantías, o sea si tu entras a trabajar, entras por Recursos humanos, vas a estar en Contaduría, Licitaciones y Compras, vas a estar en Proveeduría, porque así

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

puedes ver todo, la continuidad de los procesos administrativos, de por qué son, que tienen su porqué y tienen su razón de ser, y que su proceso es tan importante. (E10:66-67)

Finalmente con respecto a lo administrativo encontramos una énfasis de las/os enfermeros gestores en la necesidad de contar con procedimientos escritos o “protocolos”, esto es con una secuencia detallada de un proceso de actuación (Real Academia Española, 2014). De esa forma se intentó superar la situación de que *“había muchas cosas que eran de transmisión oral, que la hacían porque la venían haciendo, y bueno, nos pusimos en eso casi inmediatamente”* (E2:86). En el mismo sentido que se encuentra este relato:

Yo siempre les decía, yo no arranqué de cero, arranqué de menos diez, tal cual, porque no encontré absolutamente ningún documento de las direcciones anteriores, que vos lo tengas que modificar, ir adaptando de acuerdo a los cambios. Lo tuve que implementar nosotros, de cero, no había nada escrito, todo el mundo hacía como lo que le parecía y en todo, y las empresas tercerizadas también. (E9:78)

El tema de protocolizar procedimientos es un desarrollo muy ligado a las teorías sobre la calidad que, desarrolladas en un principio para la industria, se han extendido ampliamente en el sector servicios. En este sentido, en el campo de la salud han tenido impacto los aportes de Avedis Donabedian, quien a través de una profusa producción académica desde universidades norteamericanas, propició los estudios de calidad a través de una tríada que se volvió clásica en este ámbito: estructura, proceso y resultado (Frenk Mora, 2000). La profesión de enfermería, por sus características propias, se ha alineado naturalmente con las propuestas emanadas de este marco conceptual como se puede apreciar aquí:

Bueno, en cuanto a procedimientos, como siempre, enfermería había mucho, en las otras áreas nada, pero como nosotros desde muy temprano nos propusimos trabajar sobre procedimientos administrativos en todos los servicios; para mí yo ya había trabajado siendo jefe de Departamento de Enfermería en (la mutualista) Z y en el hospital P y para mí es imprescindible tener procedimientos y protocolos para todo. (E2:83)

En consonancia esta gestora también encontró ausencia de protocolos, incluso de enfermería, lo que la llevo a trabajar en ello, con el apoyo del Instituto Nacional de Calidad (Inacal)²⁴:

En realidad, como te decía, mucha desprolijidad del punto de vista administrativo fue bastante difícil, y bueno, protocolos de actuación en ningún servicio, ni en enfermería, ni laboratorio, ni de los administrativos

²⁴ Instituto Nacional de Calidad, persona jurídica de derecho público no estatal, sucesor del Comité Nacional de Calidad, creado por el Artículo 175 de la Ley N.º 17930, de fecha 19 de diciembre de 2005.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

absolutamente nada. Después, en realidad, eso quedó todo hecho, lo logramos hacer, tuvimos la suerte de que la encargada de registros médicos hizo un curso de calidad que nos ayudó mucho a trabajar en eso; nosotros ganamos un premio de calidad en la parte de registros médicos, en la categoría bronce de Inacal. (E9:71)

Y bueno, en realidad ya te digo, en ese sentido estoy muy conforme, porque logramos poner un orden, no fue fácil, nos llevó muchos años, pero bueno, porque hay que enseñarles, la gente no estaba acostumbrada a trabajar de esa forma y tener todo normatizado, protocolizado, entonces le enseñabas a los jefes, para que a su vez los jefes después lo tuvieran que trasladar, no. (E10:76)

En suma, a las dificultades del área administrativa descriptas al comienzo de este apartado se buscó responder con una planificación normativa por parte de algunos de las/os enfermeras/os gestores que consideraban necesaria para “poner orden”.

5.3.3. Consideraciones finales

Hemos realizado un recorrido por las capacidades institucionales que las/os enfermeras/os gestores tuvieron a disposición para su gestión, en el entendido que conocer las mismas es central para comprender las experiencias de gestión que estamos analizando.

Para ello partimos de la descripción de la conformación histórica de la red pública de servicios de salud en Uruguay con una trayectoria más que centenaria, pasando por el rol que esta añeja estructura tendría en la reforma sanitaria que se aplicó a partir del año 2008. Encontramos un campo de disputas entorno a este último aspecto, especialmente a partir del hecho que la reforma estableció que el prestador público ASSE participara en forma competitiva con los prestadores privados en la provisión de servicios de salud a los ciudadanos beneficiarios del Seguro Nacional de Salud. A la interna de la organización las/os entrevistadas/os percibieron la tensión de modelos en pugna y de contradicciones que dificultaron la gestión.

A nivel micro, hemos seguido un recorrido por algunas de las capacidades institucionales más características de los hospitales públicos en el país. Aún con las limitaciones que supone un análisis reducido a 4 dimensiones, pudimos observar un escenario más homogéneo entre los ocho hospitales del interior del país con respecto a los dos hospitales ubicados en Montevideo.

Observamos un impacto positivo del proceso de reforma en las dimensiones estudiadas, que se evidencia en los relatos de nuestras/os protagonistas que asumieron sus gestiones en el segundo y tercer período de gobierno del ciclo progresista. Aun así, aparecen carencias que limitan las capacidades institucionales de los hospitales que no son inocentes

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

si no que son expresión de las luchas por la apropiación del importante capital en juego que movilizó el proceso de reforma a partir de la incorporación de numerosos colectivos de ciudadanas/os al sistema a través de un mecanismo de tipo bismarckiano.

La constatación de una cultura organizacional característica de los servicios públicos, herencia común en los países latinoamericanos, que lleva al desprestigio de estos, también es expresión del triunfo provisorio de los actores sociales que pregonan las políticas de menos Estado y mayor gestión privada. Así, la reforma sanitaria tuvo como un primer gran impacto el crecimiento del número de usuarios afiliados a los prestadores privados, por libre elección de los usuarios beneficiarios del FONASA, que pasó del 44.2% de la población total del país en 2006, el 60.3% en el año 2019 (Observatorio Territorio Uruguay - OPP).

Aun teniendo un incremento presupuestal importante, ASSE dispone para la atención de sus usuarios, para el año 2018, de un 75% del gasto por usuario del que dispone un prestador privado, en ambos casos con financiación pública. Esta asimetría, sumada a un marco normativo de compras estatales inadecuado para la gestión de las organizaciones sanitarias, restringe y condiciona enormemente las posibilidades de la gestión, afectando el “balance de intercambio de problemas específicos” planteado por Matus (2007a) que se evidencia en las dificultades concretas de los ciudadanos para acceder a servicios de salud oportunos y de calidad.

Las capacidades institucionales, en forma similar a lo demostrado por Spinelli et al. (2019) para experiencias de gestión desarrolladas en Argentina, se constituyen entonces en limitantes a considerar para quien asume la responsabilidad de la gestión de una organización sanitaria. Adicionalmente, el gestor no tarda en constatar su escasa incidencia en estos aspectos que siguen lógicas administrativas tecnocráticas y burocratizadas, que parecen más bien diseñadas para dificultar la gestión que para facilitarla. Sin embargo, las capacidades institucionales de las organizaciones sanitarias determinan significativamente la estructuración de las prácticas, las posibilidades de acción y los resultados que con estas puedan alcanzarse en la atención a la población, a lo cual se debe agregar un componente ético inalienable. Especial mención se debe dar a las dificultades en la incorporación de trabajadores y fundamentalmente a las posibilidades de incidir en la conformación de los equipos de trabajo.

Delineado el escenario en que se desarrollaron las experiencias de gestión de las/os profesionales de enfermería que estamos estudiado, veremos en el próximo apartado los aspectos característicos de su gestión.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

5.4 Características de las experiencias de gestión enfermera

En los últimos dos capítulos hemos mostrado la trayectoria personal de las/os enfermeras/os que entrevistamos para esta investigación y el escenario en que se desarrollaron sus experiencias de gestión. En el presente abordaremos los aspectos que caracterizaron sus experiencias de gestión, como una forma de aproximación a las características propias de la gestión enfermera.

Pretendemos responder a la pregunta de qué características tuvieron las experiencias de gestión realizadas por los profesionales de enfermería cuando esta no se realiza dentro de los límites de un servicio de enfermería si no que aborda un servicio mayor como lo es un hospital. Las características que identificamos y que describiremos a continuación se vinculan con el *habitus* de los profesionales, en cuanto este se perpetua en las prácticas una vez terminada la acción pedagógica en la etapa de formación y es reproducido constantemente en el campo (Bourdieu y Passeron, 1998).

Así, el *habitus* que permite la práctica de enfermería no desaparece cuando se asume la dirección de un hospital, si no que ese conjunto de disposiciones y predisposiciones a actuar de determinada manera en el campo se constituyen en elementos que facilitan u obstaculizan la tarea de gestionar. No obstante, estas disposiciones si bien son duraderas no son inmutables, especialmente cuando los actores se enfrentan a situaciones nuevas y acompañan sus prácticas con la capacidad de autorreflexión, permitiéndose estrategias diferentes de acción (Gutiérrez, 2005).

En este sentido los aspectos que destacamos en el punto 5.1 referidos al capital cultural de gestión propio de enfermería, adquirido desde los años de formación profesional y luego consolidado en lo que denominamos gestión híbrida, es decir la simultaneidad de la gestión de un servicio y de la gestión del cuidado individual a los usuarios, adquieren todo su potencial para quienes afrontaron un desafío nuevo para la enfermería como profesión. En consecuencia, y en forma coherente con aquel planteo, encontramos que las/os enfermeras/os destacan aspectos característicos de su forma de gestionar que los diferenciarían de otras profesiones de la salud y particularmente de la profesión médica.

Hablar de *habitus* es recordar la historicidad del agente, producto de la historia colectiva que se deposita en los cuerpos (Wacquant, 2007). Esta historia colectiva permite comprender el proceso de acumulación que la profesión realizó y en consecuencia la posibilidad de ser protagonista de cambios en el juego social de las organizaciones que integra.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

En el estado del arte sobre enfermería y gestión, presentamos antecedentes en torno a nuestro tema de estudio, que, si bien refieren a otros países latinoamericanos, son pertinentes para contribuir a comprender la experiencia de las/os enfermeras/os uruguayas/os. La limitación principal es que son escasas las experiencias de gestión de enfermeras/os al frente de la dirección de hospitales, destacándose en forma particular el trabajo de Gómez Torres (2018) en cuanto al estudio de experiencias enfermeras en Brasil y Chile.

Esta autora encontró como características de la gestión enfermera: una visión holística facilitadora del trabajo en equipo y una práctica de gestión humanizada (Gómez Torres y Rubio Tyrell, 2010), que se apoya en la supervisión directa y la participación (Gómez Torres et al., 2011). Por otro lado, muestra que la gestión enfermera toma como estrategia formas participativas de gestión, más flexibles, que se apoyan en la interdisciplinariedad (Gómez Torres, 2018). En nuestro estudio encontramos características similares de la gestión enfermera a las que muestran estos estudios.

La guía de preguntas para indagar sobre las experiencias de gestión que utilizamos siguió los aspectos planteados por Matus como capacidades personales de gestión, y tomó como base la guía propuesta por Spinelli et al. (2019) que incluye los siguientes aspectos: la oficina del dirigente, la gerencia por operaciones, los sistemas de petición y rendición de cuentas, la comunicación, las reuniones de gabinete, las narrativas institucionales, la construcción de equipos, la resolución de conflictos, los sistemas de información y la planificación, evaluación y monitoreo.

A efectos de contestar la pregunta que guía este apartado, y luego de la lectura en profundidad y de la codificación inicial de las narrativas de los entrevistados, identificamos 3 grandes núcleos temáticos que proponemos como características principales de la gestión enfermera, que se puede observar en el desarrollo de ciertas prácticas y que se correlacionan con el *habitus* profesional. Cada una de estas características principales se relacionan principalmente, pero no exclusivamente, con algunos de los aspectos planteados por la guía de preguntas que mencionamos en el párrafo anterior, como se muestra en el Cuadro 6.

A continuación, desarrollaremos las 3 características principales que consideramos propias de la gestión enfermera: 1) gestión de cercanía, 2) con perspectiva sistémica y de resolución de problemas y 3) con apertura a la participación y al trabajo colectivo.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Cuadro 6. Principales características de la gestión enfermera en los relatos de las/os entrevistadas/os

Características de la gestión enfermera	Prácticas encontradas en las narrativas	Capacidades personales
1. De cercanía	• Recorrida • Presencia en los servicios (“estar”) • Oficina del dirigente de “puertas abiertas”	• Oficina del dirigente
2. Con perspectiva sistémica y de resolución de problemas	• “Mirada rastrillera” • “Tener todo bajo control” • Detección y resolución de problemas	• Agenda del dirigente • Planificación
3. Con apertura a la participación y al trabajo colectivo	• En “equipo” • En varios niveles: equipo de gestión, de mandos medios • Participación de los usuarios de los servicios	• Reuniones de gabinete • Construcción de equipos • Comunicación

Fuente: elaboración propia

5.4.1. Gestión de cercanía

Hablar de la oficina del dirigente es plantear un aspecto que para Matus (2014) es central en cuanto se trata del ámbito donde quien tiene la máxima responsabilidad en la organización analiza los problemas a los que se enfrenta y toma decisiones para enfrentarlos. Como lo describe Babino (2008):

Los procesos de toma de decisiones que ocurren al interior de este ámbito abarcan desde la íntima reflexión del líder sobre el rumbo estratégico de su gestión en relación al proyecto político que lo inspira; la evaluación y cálculo

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

permanente que el dirigente realiza entre las decisiones que adopta y su impacto en el capital político del que dispone; la evaluación sobre los riesgos que enfrenta en la supervivencia en el poder y las conversaciones que tienen lugar en la reunión de gabinete con su equipo de gestión para definir las acciones concretas. (p.83)

Por otro lado, este espacio que puede adquirir diferentes denominaciones siempre está presente en los diferentes niveles organizacionales y se constituye no solo en el lugar donde habitualmente se encuentra quien dirige a la institución y parte de su equipo, si no que adquiere también un valor simbólico que es significativo para el resto de la organización. Es habitual en este sentido que los primeros cambios que se observan luego del cambio de autoridades de una institución se refieran a este espacio y al tiempo que el gestor permanece en este.

En primer lugar, encontramos en los relatos de las/os entrevistadas/os referencias a la importancia de que la oficina de la dirección estuviera cercana a lo asistencial, como en el siguiente:

Pero no era un lugar separado, aislado de todo el mundo, en absoluto. Sabía lo que pasaba, a mí me interesaba saber lo que pasaba, no me interesaba estar lejos de nada y la oficina está al lado de la emergencia entonces también, tenía acceso a mirar por la ventana, que tipo de pacientes llegaban, varios pacientes o como eran. [...] Entonces era un lugar que estaba cercano a la entrada, no era tan lejos, entonces tenían acceso cualquier persona que quería hablar con nosotras, conmigo, con la directora, con el equipo de dirección, golpeaba adelante que estaban los funcionarios y listo. (E1:2.12)

Y, por otro lado, una modalidad que aparece en casi en la totalidad de las entrevistas de “puertas abiertas” que se siente contrapuesta al equipo de dirección que precedió o sucedió al equipo propio:

De las primeras cosas que se pusieron en la dirección nueva que hay ahora, fue un portero, bloquearon todo, pusieron timbre, no podés pasar. Eso a mí no me pasó, era una dirección abierta, la gente se presentaba, y atendíamos a todo el mundo, a veces había que esperar más menos, pero no era que te chocabas con una puerta que no podías entrar y que no podías... (E3:113)

Cuando yo entré a la dirección la secretaria que había en ese momento filtraba a todos, a usuarios y funcionarios, agendaba, nos preguntaba. Entonces dijimos, no, que pasen, que vengan, somos una dirección de puertas abiertas. Y bueno, así fue, siempre fue así, eso lo frenamos, lo cortamos. Y resolvíamos todo en el momento, porque el que viene es porque necesita algo, si no, no tenía sentido, capaz que mañana el problema ya no estaba. De esa manera me manejo con todos, con el usuario y con el funcionario, para mí son todos iguales. (E4:51)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

La expresión “de puertas abiertas” puede asociarse a un cliché que muchas veces designa una intencionalidad más retórica que concreta, a veces demagógica y de uso frecuente a nivel de los discursos de los nuevos gobiernos. Sin embargo, entendemos que el sentido que adquiere en el decir de las/os enfermeras/os no es ese, si no que se trata de una práctica real, que responde al *habitus* profesional, y que se orienta a un trato directo con las personas. La práctica es diferente a otros gestores, al punto de producir incomodidad en el personal de secretaría.

En realidad, era una dirección de puertas abiertas, siempre fue así, venían a la Secretaría y decían que querían hablar conmigo, algunas cosas estaban agendadas, porque la gente necesitaba tiempo para exponer algunas cosas o lo que fuera, o alguna reunión particular con algún jefe, que resolviera, pero si no en general llegaban y decían: — ¿está la directora?, ¿puedo hablar con la directora? —, y las chiquilinas venían con ellos. Por eso te digo, la gente del gremio venía, decían queremos hablar con la directora y las secretarias a veces se ponían nerviosas porque no sabían si podían o no, al principio, no, pero bueno, ya te digo, cualquiera que viniera, ya sea usuario, trabajadores, lo que fuera, no había problema (E2:112)

Es decir, se trata de una modalidad en la que coincidieron las/os enfermeras/os gestores, que no garantiza por si sola buenos resultados, pero que muchas veces fue útil para la gestión como lo dice este profesional:

¡Aaaah!, yo sí, siempre fui así, a veces me funcionó, otras no (risas), pero yo siempre dije, esta es una dirección abierta, se puede venir a hablar, podemos empezar discutiendo, pero la idea es llegar a un acuerdo, porque tenemos que seguir trabajando, y nos llevaban horas las reuniones, pero ese comunicado, por orden de dirección, no, nunca fui partidaria, capaz que es la mejor forma, pero yo no soy partidaria de esa forma de trabajo. (E5:161)

Hay relatos que hacen énfasis en que la apertura se refiere más a la atención de los usuarios que a los trabajadores

Ah, venían y hablaban, nos pedían para hablar y nosotros siempre los atendíamos. Yo no hice una gestión como otros directores que respeto totalmente, verdad, que tenías que agendarte, y demás. Con los usuarios siempre estuve, capaz que de repente si venía un enfermero, venía un médico, le decía espérame que ahora no puedo, en un rato, o mañana, pero al usuario lo atendíamos en el momento porque creo que es nuestra razón de ser. Es nuestra razón de estar y las soluciones por lo menos hay que tratar, si no se encuentran rápido, por lo menos hay que brindarles el tiempo que..., porque nos debemos a la gestión de la salud de los usuarios. (E10:94)

A lo anterior se suma el hecho de que los profesionales de enfermería dedican un tiempo que parece ser considerable a lo que denominan “recorrer” el hospital, de acuerdo con lo manifestado por varios de las/os entrevistadas/os. La “recorrida” esta incorporada a la

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

práctica enfermera de tal manera que llegados a la dirección de todo el establecimiento se conserva como una parte esencial de la práctica diaria, generando una característica de la gestión enfermera, que parafraseando a Real de Azúa²⁵, podríamos llamar de “cercanía”.

Se trata de un “estar” en los servicios que se inspira en una antigua práctica de la profesión, la de “pasar visita” cama por cama en un servicio hospitalario, en general al comienzo del turno del que se hace cargo una enfermera. Si bien la visita no es exclusiva de la profesión enfermera, sino que es también habitual en los profesionales médicos especialmente en hospitales universitarios, tiene en enfermería un claro sentido de gestión de la totalidad del servicio y no sólo de constatar el estado individual de los pacientes que se tiene a cargo.

En el siguiente relato observamos esto que al decir de la entrevistada está “impregnado” en la profesión, es decir forma parte del *habitus*:

Entonces una de las formas que tomé siempre fue, bueno la mañana temprano cuando entrás a trabajar, visitás el hospital. Hacer la recorrida del hospital todos los días que entraba a trabajar. Me llevaba entre una hora y media y dos. Yo entraba 6 y media, a las 8 generalmente recién terminaba de recorrer lugar por lugar y paciente por paciente. ¿Por qué? Porque lo tenés impregnado eso de mirar al paciente, como que es imposible pasar por una sala y no mirar cómo está, es imposible. Es imposible. Entonces claro, entraba a la sala, conocía a los pacientes, hacía la visita.” (E1:1.115)

Aparece una clara referencia a la “visita” al hospital, como una forma central del modo de hacer de enfermería ya que esta enfermera le dedica prácticamente dos horas diarias de su jornada laboral a esta tarea. Es interesante señalar además que se realiza temprano en la mañana, otra práctica tradicional de los viejos servicios clínicos, dónde enfermería debía tener todo “en orden” para la visita médica que en general se realizaba en un horario posterior. Nos dice la misma entrevistada refiriéndose a su función como directora: “*porque antes de las 8 yo estaba en las salas y eso era innegociable. Antes de las 8 nada*” (E1:2.20).

Sin embargo, también encontramos gestores que mantienen la recorrida, pero en otros horarios o encuentran otras modalidades de “cercanía” como el ir a trabajar en un servicio cumpliendo el rol de enfermera/o, con el objetivo último de estar en contacto con la realidad. Esta práctica es, como lo señala este testimonio, contraria a una crítica habitual al gestor de un hospital en cuanto a que la gestión lo aleja de los servicios y en consecuencia pierde el contacto con la realidad:

²⁵ Carlos Real de Azúa (1916-1977), historiador uruguayo que caracterizó a Uruguay como “país de las cercanías”.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Generalmente siempre iba en la mañana, pero me quedaba hasta las cinco, seis de la tarde, y a veces volvía de noche. Y volvía a hacer recorridas, o por ejemplo decía tal día, un sábado, me voy a trabajar a la Emergencia, y me quedaba en la Emergencia trabajando como nurse. [...] Creo que también está bueno porque te permite ver esa otra parte que a veces cuando estás en la gestión se te queda como muy lejana, pero creo que hay que estar en los servicios, hay que recorrer, hay que ver los pacientes, es fundamental. (E10:97)

Por otro lado, hay quien matiza la recorrida diaria, dado que el gestor no “siempre puede”, pero se insiste en su necesidad, enumerando aspectos de hotelería que se controlan durante la misma y el tiempo que se le dedica:

En cuanto firmaba²⁶ eso después me gustaba hacer la recorrida, no te voy a decir que la hacía todos los días estrictamente, porque a veces no podía hacerla realmente. Pero la recorrida, lo que eran todos los sectores, la cocina, las salas, las enfermerías, los baños, algo que creo que, por el tema de ser licenciada el tema de la limpieza, el tema del orden, muchas veces ellos se enojaban, pero los baños no podían estar en las condiciones que estaban o la ropa, el desorden.

Y esa recorrida ya te implicaba a veces horas porque eran horas, más allá de uno ver, también era recibir, y entonces ya estás recibiendo mirá me falta esto, se rompió esto, entonces ahí ya a hablar con Compras, ver cómo podemos solucionar, qué compramos, qué no podemos comprar, pedir precios, compra directa, compra no, entonces bueno, quieras o no ya se había pasado el mediodía y estabas en eso. (E5:152-153)

También encontramos enfermeras/os gestores que no realizaban recorrida de los servicios en forma habitual, como, por ejemplo:

Visita en sala en sí prácticamente no hacía porque no me daban los tiempos. Si bien intenté hacerlo algunas veces con las licenciadas, nunca pude, pero sí estaba en conocimiento de cuántos pacientes había en cada sala. (E4:98)

Como consecuencia de la “cercanía” se obtiene un conocimiento más profundo del hospital por parte del gestor/a, pero también un conocimiento del gestor/a por parte de los trabajadores que puede constituirse en una buena base para alcanzar mejores resultados en la organización. El conocimiento personal en las organizaciones sociales como las sanitarias, es esencial en tanto estas se basan en relaciones interpersonales y en gran medida el servicio producido depende de la comunicación y de los vínculos existentes en esas relaciones, como lo dice este relato:

²⁶ La referencia a “firmar” de este relato hace referencia a autorizar estudios que se realizan fuera del establecimiento y que requieren la anuencia del director para realizarse. En ese sentido lo que se busca es no demorar un estudio clínico necesario en el tratamiento de un usuario por falta de autorización de la dirección.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Y conocía el hospital, conocía a la gente, y además yo iba por el hospital, mucho, cuando no iba algunos días, ya estaban diciendo: — ¿pasó algo que Z no vino? — (risas), porque es la costumbre que te ven. (E2:117)

Y como yo pasaba en el Hospital, porque estaba mucho tiempo en el Hospital, y estaba en los sectores, no estaba básicamente..., iba me entraba en la Dirección, hacía lo que tenía que hacer y me iba, no, yo estaba en los sectores, entonces tenía mucho relacionamiento personal. (E6:150)

Sin embargo, tanto el carácter abierto de la oficina del dirigente como el tiempo que se dedica a “estar” en los servicios, es muy probable que puedan dificultar en forma importante la tarea de gestionar la organización. En este sentido Matus (2022) advierte sobre lo que denomina el uso racional del tiempo por parte del gobernante, y la necesidad de que este cuente con “protección” para disponer de este:

La posición de dirigente está sometida a diversas e intensas presiones de las cuales debe ser protegido mediante restricciones de acceso, filtros, ayudas, señales de atención, informaciones y sistemas de seguridad. Estas presiones se originan en el exceso de demandas que compiten por su atención para orientar, coordinar y decidir, el deseo de la población y los actores sociales por mantener contacto directo con el líder, la concentración de poderes de decisión en la cúspide del gobierno que atrae las demandas hacia la cabeza, la visibilidad de la posición de liderazgo que la hace blanco vulnerable de halagos, críticas y amenazas, y la necesidad que tiene el dirigente de conservar y fortalecer su liderazgo mediante el contacto directo con la población. Si estas presiones no fueran contenidas, impedirían el uso racional del tiempo del gobernante. Anularían su capacidad de conducción. (p.158-59)

En consecuencia, cabe preguntarse cuán eficiente puede ser esta característica de la gestión enfermera que facilita el acceso de las personas y dedica mucho tiempo a recorrer los servicios y a conversar con la gente. Es decir que la oficina del dirigente estaría de alguna manera hipertrofiada, en el sentido de extendida a toda la organización.

Para responder es importante contextualizar estas experiencias en un país pequeño como lo es Uruguay, tanto desde el punto de vista de superficie como poblacional, que fue caracterizado por Carlos Real de Azúa como “el país de las cercanías” (Caetano y Rilla, 2006) y en hospitales de porte medio, más próximos a la microgestión, la mayoría situados en ciudades del interior del país que además tienen un carácter de vecindad y por tanto de conocimiento mutuo importante como lo dice esta entrevistada:

Además, creo que también en los lugares más chicos, Juan, como nos conocemos todos también, hay una cosa de cercanía, de relacionamiento, que vos decís, no te vas a pelear con nadie porque... Entonces pasa por hasta dónde vos presionás para mantener esas relaciones estables y no generar un quiebre de relacionamiento, que sabés que te perjudica hasta en lo personal. Porque mucho viste que te los conocés, que te ves en otro lado, que compartís otros espacios. Entonces te dicen: —¡y vos te venís a poner

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

*acá de directora y tomamos mate todos los domingos! —, yo qué sé. (Ríe)
Eso yo creo que también es una de las dificultades, que convivimos
muchísimo y tenemos que aprender a que una cosa es el rol tuyo en un lugar
y otra cosa es en otro. Pero que no todos lo entendemos y lo sabemos hacer
claramente. (E1:173)*

De todas formas, encontramos que Matus (2022) también advierte sobre que las medidas de protección del gobernante pueden conspirar contra su conocimiento de la realidad:

La protección de seguridad y del uso del tiempo conspiran contra la comunicación del dirigente con la población, el procesamiento de los problemas y las decisiones concentra la atención y encauza las soluciones por la vía que escogen los asesores, estrecha las visiones y puede aumentar la ceguera situacional, la información selectiva focaliza la atención y es posible que ello impida detectar problemas emergentes que escapan a los sistemas de información, etc. (p. 159)

Y es en este punto donde consideramos se encuentra la fortaleza de la gestión de cercanía desarrollada por los profesionales de enfermería, que lograrían así un conocimiento más profundo de la realidad y conocer la realidad es un capital cultural imprescindible para poder gestionar.

5.4.2. Con perspectiva sistémica y de resolución de problemas

Apoyada en la característica que hemos descrito en primer lugar, identificamos en segundo lugar que la gestión realizada por las/os profesionales de enfermería se nutre de información obtenida en forma directa a partir del desarrollo de una capacidad de mirar la totalidad de la organización y que por ello hemos definido como sistémica. Preferimos este adjetivo a otros posibles, por la larga tradición que tiene en la Facultad de Enfermería de la Udelar, la formación en Administración de servicios de salud a partir de la Teoría general de sistemas propuesta por el biólogo austríaco Ludwig von Bertalanffy (2000) a mediados del siglo pasado.

Von Bertalanffy desarrolla su teoría a partir de sus conocimientos de los organismos vivos y su uso se extiende a las organizaciones, proponiendo algunos conceptos que contribuyen a ampliar la visión mecanicista de las teorías clásicas, fundamentalmente en la incorporación del concepto de que los sistemas son abiertos e interactúan entre sí y con el medio ambiente. Concibe un sistema como un conjunto de elementos interrelacionados entre sí con una finalidad común y cuyo resultado final es mayor que la suma de los resultados que se obtendrían individualmente (Villar, 2012).

El enfoque sistémico proporciona a la gestión de las organizaciones sanitarias un método ordenado y sencillo para llevar a cabo un proceso de análisis en diferentes niveles de

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

complejidad, con un grado de detalle adecuado a diferentes situaciones de la práctica. En este sentido, Villar (2012) lo concibe como un instrumento auxiliar en el estudio de una organización, y así lo enseñó a generaciones de estudiantes de medicina y enfermería desde su puesto de dirección del Hospital de Clínicas perteneciente a la Universidad de la República.

Como hemos propuesto anteriormente las habilidades clínicas de los profesionales de enfermería se adquieren en forma conjunta con las habilidades básicas para gestionar un servicio de enfermería. En ese sentido hay un énfasis académico en la necesidad de partir de un diagnóstico de situación del servicio al que se incorpora un estudiante, para identificar los problemas sobre los que se debe intervenir con la finalidad de brindar cuidados de calidad a los usuarios.

Este aspecto incorporado por los futuros profesionales y de esa forma constitutivo del *habitus*, puede ser descripto como una capacidad de observar en forma panorámica que una de las enfermeras entrevistadas describe como “*mirada rastrillera*”:

Pero yo creo que sí, en el pregrado nos enseñaron a eso. Esa mirada rastrillera por decirlo, ¿no?, que empezás a mirar, a mirar. Como cuando entrás en el centro de salud, un niño con cachete colorado, molesto, quejoso, ¡pase primero!, seguro tiene fiebre y tiene algo más. Cómo que vos decís: — ¡opa acá! — Vas entrando y ya derecho entrás, vas mirando. (E1:1.75)

La expresión “*mirada rastrillera*” la encontramos en una sola de las entrevistas, pero la consideramos sumamente descriptiva de una característica de la gestión de los profesionales de enfermería y se refiere al desarrollo de una capacidad de observar, más profunda, a medida que se recorren —rastrillan— los servicios como fue descripto anteriormente. Dice esta entrevistada:

Y me convengo cada día más que los directores tienen que ser licenciados en enfermería, cada día más, porque lográs tener esa mirada que decía yo de rastrillera, pero integral a la vez, te enseñan a mirar así. Te enseñan a que el paciente está ahí, pero está dentro de otra cosa que, si lo otro tampoco no está bien, el paciente no va a estar bien, es evidente. (E1:1.120)

Entonces, creo que esa mirada no la tiene otro profesional. Creo que ningún profesional de la salud lo tiene. Ninguno. (E1:1.122)

Al final del primer párrafo del relato anterior es posible observar el enfoque sistémico en uno de sus postulados básicos: los sistemas existen dentro de los sistemas. En consecuencia, se necesita del buen “funcionamiento” de cada uno para el alcance de la finalidad que tiene una organización determinada.

Por otro lado, esa forma de obtener información de la realidad, que es “*tener como un radar*”, permite detectar situaciones que se apartan de lo esperado y que se traducen en

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

observaciones verbales que son percibidas por las/os trabajadores como una forma de control y que nutren los apelativos con que son designados las/os enfermeras/os:

Entonces bueno, esas cosas que te marcan, de mirar, y de mirar algunos..., esa mirada que uno mira y tenés como un radar, viste. Esa mirada clínica, que vos empezás a pasar y ves pacientes, todo, y es como un radar que aprendés. Yo creo que eso es de un aprendizaje, eso te dura, te queda. Entonces vos entrás a cualquier lugar y mirás, como que mirás y decís.

— ¡Pero justo ves eso! —te dicen, ¿no? — ¡pero justo ves eso! (ríe).

Pero no es que veas eso solo, ves todo lo que..., de repente comentás:

—¿Podemos mejorar esta parte? —porque la otra estaba bien, no es que no la vieras a la que estaba bien— (E1:1.73)

En el relato aparece claramente que la finalidad de esa mirada es la de control, es decir la detección rápida de situaciones que se aparten de lo esperado y que necesitan ser observadas en forma verbal y corregidas. Son significativas las expresiones que nos permiten inferir la incorporación de esta disposición al *habitus*: “eso te dura, te queda”.

En el mismo sentido, encontramos en el siguiente relato una visión sistémica, que en esta entrevistada atribuye más a su formación de posgrado, y que también se orienta a que “tiene que estar todo bajo control”:

Si bien es cierto, te da lo que te enseña el pregrado para gestionar una sala, para saber cuáles son los elementos necesarios y esenciales para trabajar con comodidad y seguridad, no es lo mismo que dirigir un hospital. No es lo mismo, porque vos tenés que saber cuáles son las cosas prioritarias, tenerlas presente siempre, sin olvidarte que el sistema tiene que funcionar en su conjunto. Y si falta en el servicio de mantenimiento bombitas para hacer recambios cuando se queman la de los pasillos, eso tiene que estar, y es parte del sistema más allá de que no sea algo fundamental. Entonces creo que esa visión global de lo que es el sistema y cómo vos podés estratificar las prioridades te lo da sin duda la formación académica superior. Y te hace pensar en la organización como ese sistema que vos sabes que desde que entrás a la puerta hasta el último rincón, tiene que estar bajo control. (E2:41-42)

Por otro lado, las/os enfermeras/os están habituados a trabajar con la identificación de problemas y su resolución, ya desde su formación en la clínica individual. En este sentido, desde la década de 1970, se ha propuesto que las prácticas de enfermería en el área clínica se orienten por diagnósticos de enfermería. Estos son definidos por la NANDA-I²⁷ como “un

²⁷ Asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería en sus inicios, actualmente no limitada a Norteamérica y denominada NANDA International, Inc.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad” (Herdman y Kamitsuru, 2019, p. 73) y proporciona la base para determinar las intervenciones enfermeras que buscan conseguir resultados de los que el profesional de enfermería es responsable. En general se trabaja con enunciados de problemas reales o potenciales relacionados a determinadas causas sobre las que recaerá la acción de enfermería.

El uso de diagnósticos de enfermería en el Uruguay tiene cierto grado de desarrollo en el área académica pero luego en la práctica profesional no es habitual encontrar su uso. De todas formas, es posible vislumbrar en el siguiente relato que la metodología se incorpora a las prácticas de enfermería:

Y creo que eso también es importante, sabes. Es una actitud en el trabajo, es como una actitud. Tomás. Yo me pongo a pensar ahora que estoy contigo, si yo estoy haciendo el proceso de atención de enfermería hago un diagnóstico de problemas reales y siempre decimos riesgo potencial de. Estoy anticipándome a posibles problemas para que no surjan o si surgen ya tener el plan para resolverlo. O sea que siempre, hasta en el proceso de atención individual te estoy hablando, tenemos eso de diagnóstico real y el riesgo potencial de que ocurra algo. (E1:1.124)

La agenda del dirigente en los términos planteados por Matus (2014) evidencia los problemas de que se ocupa o no y cómo se organiza para resolverlos. En las descripciones que realizaron las/os entrevistadas/os con respecto a la agenda del dirigente, se refirieron casi exclusivamente a la organización del conjunto de actividades que el gestor realiza en un día de trabajo, con o sin ayuda del personal de secretaria, por lo que en sintonía con lo que planteamos como características de la gestión enfermera, planteamos que la agenda de nuestros entrevistados se nutre principalmente de temas emergentes.

En la medida que se realiza una gestión de cercanía, con un tiempo importante de presencia en los servicios y una oficina de dirección sin demasiados filtros que cuiden el tiempo del gestor, cabe preguntarse en qué medida se escapan cosas que podrían ser más importantes:

JPA. ¿Te quedabas con la sensación de que utilizabas el día en las cosas que importaban o te parecía que se perdía el tiempo en cosas chiquitas? ¿Qué sensación tenías de eso?

E: No, que se perdían cosas en cosas chiquitas, igual porque era/el sentarte a planificar un servicio era casi imposible. A no ser que [...]lo hicieras a partir de las 5 de la tarde que todo cayó en el hospital y ya podés pensar porque no hay cosas que te dispersen. Yo creo que perdés tiempo en cosas chiquitas sí, sí. (E1:2.23-24)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

En suma, predomina una gestión que toma los problemas emergentes y que intenta su rápida resolución, como en este relato:

Viste que vos no estás cerca con todos los usuarios, hay gente que te llega por algún problema, que no es toda la gente que te llega con problema, pero hay gente que sí llega a la Dirección. Y yo tomaba todos esos temas, no dejaba a ninguno, no le decía venga mañana o venga después, no, espéreme que ya estoy ahí, y bueno, trataba de resolver todo lo que estaba a mi alcance y lo que no estaba a mi alcance veía la forma. (E4:48)

Sin embargo, encontramos en el testimonio que sigue, correspondiente a uno de los gestores que accedió a su cargo por concurso, un funcionamiento que pretende ser diferente a partir de una planificación plasmada en un proyecto de hospital que formó parte de las etapas del concurso:

Acordate que nosotros teníamos la parte del proyecto y en el proyecto que se había presentado, nosotros teníamos lineamientos a seguir en base a lo que eran las directivas a dos años, que en base a eso era lo que nosotros organizábamos. Ya teníamos ya estipulado en el proyecto que habíamos presentado cuáles eran nuestros objetivos, cuáles eran nuestras metas y cuál era el indicador que teníamos que alcanzar. Y en base a eso, ya veníamos viendo en qué estábamos con tal objetivo, cuál era nuestro indicador, cómo veníamos. [...] No era algo al azar, sino que ya se venía trabajando en base a los objetivos que habíamos planeado desde el principio. (E7:111)

Aparece aquí una postura mucho más técnico-racional centrada en la planificación y en el uso de indicadores para el monitoreo de la marcha del plan previamente trasado. Esta forma ha sido criticada por Matus (Huertas, 2006) como poco apropiada para las organizaciones sociales, dentro de las que se incluyen las sanitarias, especialmente por el alto nivel de incertidumbre que pone en cuestión las posibilidades de predecir su comportamiento futuro. De la misma manera Spinelli (2017) plantea que este tipo de racionalidad administrativa-gerencial descansa sobre relaciones sujeto-objeto, propias de la industria, y no en la lógica sujeto-sujeto que es la esencia de toda organización social.

5.4.3. Con apertura a la participación y al trabajo colectivo

Uno de los rasgos que aparece más claramente reseñado por las/os entrevistadas/os es el de la búsqueda de la participación de trabajadores y usuarios de las organizaciones que dirijan, así como la necesidad de trabajar colaborativamente.

Estos conceptos, ampliamente difundidos, forman parte de una postura que muchas veces es más bien discursiva y políticamente correcta, sin significar cambios reales en las prácticas de la gestión, que continúa siendo autoritaria, jerárquica y unipersonal. Sin embargo,

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

como lo plantea Campos (2009) es necesario reaproximar a los trabajadores de las organizaciones de salud al resultado de su trabajo para contribuir a su desalienación y para ello es imprescindible combinar autonomía y responsabilidad profesional en una práctica clínica basada en el vínculo interpersonal, para lo cual el involucramiento y la participación de los trabajadores es esencial (p.108).

Por otro lado, la relación interpersonal en las organizaciones incluye además de las internas, la relación con otros/as significativos/as, que constituyen la finalidad última de su trabajo, esto es la población usuaria, ubicada históricamente en posición subalterna. En el espacio público esto se pudo observar como resultado de relaciones de poder que se asientan en una asimetría de saberes de quienes reciben atención con respecto a los profesionales, pero también por una cuestión de clase. Cuestionar y reconstruir nuevas formas de relación entre profesionales, usuarios/as y organizaciones sanitarias es una tarea necesaria para inventar formas más humanas y humanizadoras de los procesos de atención sanitaria (Campos, 2009).

Si bien en los relatos aparece en forma frecuente la palabra “equipo”, este término se utiliza principalmente para designar al conjunto de personas que conforman el círculo más cercano al gestor y no siempre para otras instancias de trabajo colectivo en la organización. Decir que se “trabaja en equipo” es también en la actualidad una expresión utilizada como eslogan o cliché, que es siempre políticamente correcto y sobre todo bien valorado en un gestor. Coincidiendo con lo planteado por Spinelli et al. (2019) es necesario distinguir entre los conceptos de grupo y equipo, en el entendido que en el primer caso estamos identificando un conjunto de personas que no necesariamente interactúan entre sí para alcanzar una finalidad que han acordado previamente como sucede en los equipos.

También se debe tener presente que desde hace muchos años se propone la expresión “equipo de salud” para designar al conjunto de trabajadores de las organizaciones sanitarias principalmente conformados por profesionales. Particularmente la declaración de Alma-Ata (OMS, 1978) sobre Atención Primaria en Salud consagró el trabajo en equipo como uno de sus pilares instando a los países asociados a que propiciaran esta forma de trabajo. En la práctica diaria es una expresión frecuente en los trabajadores de los servicios de salud, que ha sido tomada particularmente por las/os enfermeras/os.

En el material analizado encontramos diferentes instancias del funcionamiento de la organización donde se evidencia la apertura de las/os gestores enfermeros a la participación, al funcionamiento en equipo y el trabajo colaborativo. Así, hay un nivel propio del equipo de gestión, otro que involucra a los mandos medios de la organización y otro vinculado a la participación de los usuarios de los servicios. Cabe señalar, como lo mencionamos en la

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

introducción, que la reforma sanitaria uruguaya se propuso un cambio en el modelo de gestión y en ese sentido uno de los pilares fue el de la participación de usuarios y trabajadores en la gobernanza de las instituciones.

De todas formas, este aspecto de la gestión enfermera que observamos y que se orienta a la participación, es posible que se nutra de una forma de llevar el trabajo en los servicios que, en el caso de enfermería, siempre supone el trabajo con otros. Así, esta predisposición incorporada en el *habitus* enfermero sintoniza con y se potencia en un contexto favorable a la participación social como lo fue la implementación de la reforma sanitaria.

Al equipo de gestión, en general conformado por director, subdirector y adjuntos, se suma en forma habitual, la dirección administrativa y la gerencia financiera de los hospitales. Los primeros tienen un carácter más político y por tanto cambian con los ciclos de gobierno mientras que los segundos son trabajadores con una carrera funcional en el caso de la dirección administrativa o de ingreso por concurso en el caso de la gerencia financiera.

Los siguientes relatos son elocuentes del funcionamiento de este equipo en dos de los hospitales como superadores de la toma de decisiones individual por parte de un/a gestor/a:

Nosotros siempre gestionamos en conjunto, discutíamos todos los temas. Hasta que no llegábamos a humo blanco, no se decidía nada. Siempre fui de gestionar en equipo, nunca de tomar decisiones unilaterales. (E10:90)

Nosotros teníamos reuniones todas las del equipo. Quiere decir que todos sabíamos cómo estábamos. No era una cosa que el equipo de dirección o la directora era la única que sabía en que situaciones estábamos, [...], todo el equipo de gestión lo sabía, y era verdad. (E1:2.62)

Encontramos a continuación una descripción más detallada de como el trabajo en equipo permite apoyarse en personas que anteceden en la institución a la nueva gestión y que son portadoras de un saber institucional que es imprescindible conservar y sumar a la gestión. Por otro lado, se señala que las/os licenciadas/os tienen un perfil de “*siempre trabajar en grupo*”, lo cual nos remite a que esta característica de la gestión enfermera también formaría parte del *habitus* profesional y favorece la gestión a través de un trabajo colectivo.

Nosotros logramos tener un buen equipo de trabajo en el hospital, tanto nosotros la dirección, subdirección y adjunto, como el resto de la parte administrativa, la parte de contaduría, se hizo un buen equipo que ya venía encaminado ese equipo porque ya tenía mucha experiencia.

Y yo te soy sincera, yo muchas veces me respaldé cien por ciento en esa gente que tenía muchísimos años de experiencia y me enseñó muchísimo, porque por más que uno se forme en gestión hay cosas que de la diaria, de todos los días, de las cosas de ASSE, públicas, que eran nuevas, que nadie

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

entendía nada, si no fuera por esa gente que sabía, yo no hubiese podido hacer nada. Entonces yo creo que el trabajo en equipo es fundamental.

Cuando yo entré estaba como un poco debilitado ese trabajo en equipo, estaba debilitado, y de a poquito fuimos, creo que por ese perfil que tenemos los licenciados de siempre trabajar en grupo, que yo venía de un primer nivel que si no era en grupo era imposible, pudimos lograr aprender de las dos partes. (E3:79)

El trabajo en equipo implica concebir en forma diferente la dinámica de trabajo en una organización sanitaria y consideramos que es una diferencia de la profesión enfermera con respecto a la profesión médica. Esta última se encuentra mucho más centrada en el trabajo clínico individual, con altos niveles de autonomía, en un consultorio o en la visita puntual de un paciente internado en un hospital, aunque existen servicios donde el trabajo médico exige una integración mayor a un grupo de trabajo, como podría ser los cuidados intensivos (Carapinheiro, 2005). Esta particularidad del trabajo de enfermería es recogida como “*que cuando uno está en la sala sos el coordinador, el líder, como le quieras llamar de un equipo de trabajo*” (E1:1.129).

Por otro lado, en casi todas las experiencias, se intentaron y realizaron reuniones con los denominados mandos medios de la organización. En el hospital, estos pueden dividirse en dos grandes grupos: los asistenciales, en general distribuidos por servicios clínicos y por especialidad profesional y los servicios de apoyo como las áreas administrativas, intendencia, entre otras. En esta línea encontramos que la intención de los gestores enfermeros justamente fue la de permitir el encuentro de los mandos asistenciales con los no asistenciales, como lo dicen estos relatos:

La participación es fundamental, y que todos sepan qué pasa en todos los lugares y lo hacíamos juntos los servicios médicos y los no médicos. Porque el tema es que, si vos separás demasiado, podés capaz encarar cosas, pero lo que yo hice fue plantear cuál era el objetivo del trabajo, y vamos a lo concreto, funcionamiento de los servicios, [...], de manera de hacerlo ágil. Igual estábamos dos o tres horas a veces, pero valía la pena. (E2:66)

Y lo otro que instauramos que fue muy bueno, fue las reuniones de los jefes. Entonces todos los jefes, inclusive los jefes asistenciales participábamos de reuniones con la dirección en cómo íbamos, en las dificultades, entonces ahí se enteraban de que problemas tenía el otro. Entonces el que se quejaba por, digo cualquier cosa, porque los exámenes demoraban, por ejemplo, bueno, se enteraba ahí, que había problemas con los aparatos, o había problema con quien pasara los datos a la computadora y lo imprimiera y lo mandara. Yo qué sé. Ese tipo de cosas que tenían que ver con la gestión día a día, que eso también mejoró el entendimiento y el verse, sabés. Porque no es lo mismo hablar por teléfono al verte y entender que vos tenés un problema y yo tengo el otro. (E1:1.269)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

En los dos relatos se intenta favorecer el encuentro que permita a los jefes de cada servicio o unidad tener una visión de conjunto, es decir ampliar su mirada más allá del lugar concreto del que es responsable. El encuentro cara a cara, se valora por parte del segundo gestor como positivo en tanto permite mejorar el entendimiento entre los diferentes actores. Esta modalidad de trabajo se asemeja a lo propuesto por Campos (2009) como equipos de referencia y apoyo especializado matricial como forma de superar las viejas prácticas ligadas a la administración clásica, en el entendido que “el estilo de gobierno y la estructura de poder de las organizaciones condicionan y determinan comportamientos y posturas” (p.145).

De esta forma se dan pasos a la superación de intervenciones verticales que, aisladas unas de otras e incapaces de dialogar, obtienen escasos resultados e insatisfacción de los trabajadores. Incluir a los trabajadores, hacerlos sentir corresponsables de los procesos de atención, permite una mayor horizontalidad en la dinámica del juego de las organizaciones y posiblemente la toma de mejores decisiones como lo expresa este testimonio:

La gran mayoría de las veces hacíamos reuniones porque aparte no eran decisiones que tomáramos tampoco verticales, es decir, esto se hace así, no, porque, por ejemplo, con block tuvimos que hacer varias reuniones, tener el aporte de ellos, saber qué pensaban ellos, ver a qué llegábamos. Lo mismo con enfermería de policlínica, tratamos siempre de escucharlos primero a ellos, ver qué opiniones daban, y después llegar a la conclusión final. (E5:158)

No siempre la modalidad que encontramos fue la de una reunión general de mandos medios, sino como en el caso del siguiente relato, se prefiere estratégicamente jugar mano a mano con cada uno para evitar la dispersión de problemas. Esto nos recuerda que el abordaje de problemas complejos como los del hospital, requiere de estrategias diferentes de acuerdo a cada situación y que las soluciones que se propongan serán buenas para unos y no tanto para otros (Huertas, 2006). Y, en ese sentido, en unas organizaciones puede funcionar mejor una modalidad que otra o, incluso dentro de la misma organización puede haber momentos para una modalidad y otros para una diferente.

Con los mandos medios teníamos reuniones mensuales pero diferentes, no todos los mandos medios juntos. Era un tema estratégico no juntar a todos, porque la ebullición de los problemas, tiro los problemas, pero sin soluciones. (E8:141)

En la reflexión con respecto a la participación de los trabajadores aparecen dos posturas que son importantes de señalar. Por un lado, se concibe que la participación supone el cogobierno de la institución, más en sintonía con las propuestas de Campos (2009) sobre gestión colegiada de las organizaciones sanitarias. Por otro lado, encontramos que se

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

favorece la participación, pero dejando claro que quien gestiona es quien ocupa el lugar de director.

Y con los trabajadores coincidimos en muchas cosas, la peleamos juntos, porque bueno, soy una convencida que uno timonea el barco, pero la fortaleza está en los trabajadores, y bueno, era lo que yo siempre les decía, acá no estamos para enfrentarnos entre la dirección, porque está en la gestión, y los trabajadores. Los trabajadores tienen que cogobernar, cogestionar y gestionar la Dirección, porque el equipo de gestión toma sus decisiones, si tomando en cuenta por supuesto, las inquietudes y los planteos de los trabajadores. (E10:105)

Nosotros teníamos cada quince días una bipartita. También, hubo que poner un orden, estaban acostumbrados a cogestionar, o intentarlo por lo menos, y bueno, yo no estaba dispuesta, sí a negociar, a tratar de regularizar algunas cosas, pero quien gestionaba el hospital era yo, y eso se los dejé claro desde el principio. (E9:98)

A nivel de los hospitales públicos la reforma no planteó formalmente la cogestión de estos, pero si favoreció la participación como ya mencionáramos anteriormente. Lo que observamos en los relatos anteriores, es el juego de actores sociales, como lo son los trabajadores organizados y los gestores, que movilizan sus capitales para influir en las decisiones que se tomen en la organización. Y las posibilidades del juego varían en cada caso, exigiendo del gestor y su equipo, y también de los trabajadores, la capacidad de valorar, en cada situación, las estrategias a seguir de acuerdo con sus intereses.

A partir de lo que hemos descripto podríamos afirmar que prevalece una forma de comunicación cara a cara, ya sea en el contacto personal en la recorrida de los servicios, ya en la facilidad de acceso a la oficina del dirigente o en las reuniones de equipo o grupos de trabajo. No obstante, al definir la forma de comunicación de sus decisiones varias/os entrevistadas/os refieren preferir una modalidad escrita:

Nosotros lo comunicábamos por comunicado escrito. Sacamos muchos comunicados, o sea, todas las cosas que hacíamos, lo que planteábamos, es que, si no lo escribís, no hiciste nada. Entonces ese fue un tema importante a poner en orden. (E8:134)

Comunicados, comunicados, se sacaban comunicados internos los cuales se firmaban generalmente por todo el equipo. (E7:95)

Bueno, mis decisiones, si era por servicio, (me) reunía con el jefe de servicio, tomábamos las decisiones, se hacía un comunicado, en el caso que correspondiera, y bueno se emitía, y ellos a su vez, [...], lo manejaban con su personal. Si era algo genérico de todo el Hospital, que en realidad no era decisión mía sola, porque era del equipo, nunca tomé una decisión sin consultar a mi equipo, también algún comunicado en general, pero siempre comunicado escrito y firmado por la Dirección. (E4:104)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Es decir que, a la modalidad de comunicación directa, se le suma una modalidad de carácter más formal que parece dirigirse a la totalidad de los trabajadores de la organización, que consiste en comunicados escritos. Lo primero consideramos que se dirige a la construcción de esa red de conversaciones que es toda organización social (Flores, 1989); lo segundo podríamos afirmar que se refiere en realidad a instancias de informar, de forma unilateral, decisiones tomadas por el gestor y su equipo y en ese sentido no implican el intercambio que constituye una conversación. Esta última modalidad es claramente una herencia de las teorías clásicas de la administración que aún continúan en las prácticas de nuestras/os gestores.

Finalmente, con respecto a la participación de los usuarios, el nuevo marco legislativo que implementó la reforma sanitaria en el país previó la inclusión de estos directamente en órganos de gobierno del sistema como la Junta Nacional de Salud, autoridad máxima de SNIS, así como en el Directorio de ASSE. Por otro lado, se dispuso la creación de Consejos consultivos y asesores en todos los prestadores públicos y privados del sistema, con integración tripartita: trabajadores, usuarios y dirección de las instituciones. Todos los prestadores deben tener en funcionamiento estos consejos de acuerdo con lo dispuesto en el decreto 269/008 del Poder Ejecutivo y poseen carácter de asesores por lo que sus decisiones son recomendaciones sin efectos vinculantes para el prestador.

En el caso de ASSE, si bien existe representación de los usuarios en su Directorio, se estimuló el funcionamiento de los Consejos consultivos en todas sus unidades ejecutoras. En prácticamente todos los hospitales dirigidos por enfermeras/os que estudiamos en este trabajo, la relación con los grupos de usuarios se buscó activamente, con resultados nuevamente heterogéneos. Las dificultades en la participación de los usuarios se relacionan con varias causas, como lo pueden ser la existencia de una variedad de grupos que dicen representarlos, en pugna entre sí por acceder a los lugares disponibles y con escasa legitimidad social, a veces vinculados a grupos político-partidarios y además al proceso de cambio en la cultura organizacional que se requiere para pasar de un estilo paternalista y de deberes a un enfoque de derechos ciudadanos con la necesaria participación social.

Encontramos gestores que relatan una buena participación de los usuarios, como, por ejemplo:

Teníamos Consultivos, y ellos fueron una parte fundamental en todo este proceso. [...] Pero con nosotros en la gestión mía, nuestra, estuvimos codo a codo, más con ellos que de repente con la comisión interna²⁸. La comisión interna también participó y bien, pero con los usuarios con los que más nos

²⁸ Comisión interna de la Federación de Funcionarios de Salud Pública (FFSP), gremio de los trabajadores no médicos

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

sentimos en sintonía y que muchas veces nos ayudaron ellos a apurar gestiones. (E3:57)

Se hacían las tripartitas cada treinta días, había que hacerlas, siempre porque ellos siempre estaban, venían ocho personas que me decían que era la única ciudad de todo el país, que cada treinta días venían los ocho, nunca faltaba ninguno de la Comisión de Usuarios. (E6:88)

Y otros donde si bien estuvo la apertura de los gestores a su participación se encontraron dificultades:

Inclusive siempre quisimos formar la Comisión de Usuarios porque en el hospital nunca estuvo conformada. Hicimos varias reuniones, llamamos a referentes de la sociedad para poder conformarla, y hasta que yo me fui no se había conformado. Había un grupo de vecinos, como que iban y charlaban con nosotros, pero no era propiamente dicha la Comisión de Usuarios. (E5:72)

Por último, el siguiente relato habla de los desafíos que representa la participación social, fundamentalmente para superar la actitud paternalista de los servicios, en un contexto posmoderno de cada vez mayor individualismo en las relaciones sociales. Así, esta enfermera identifica la necesidad de las siempre buscadas “herramientas” que permitan abordar el problema:

Mirá que yo procuraba estar más o menos actualizada, y además por mi condición de activista y militante político, conocía de qué se trataba, cada uno de los Consejos consultivos, todas las organizaciones que hay a nivel territorial, pero de todos modos necesitás herramientas que te permitan, como podría decirte, que te permitan generar un espacio de mayor diálogo con la sociedad porque si no vos terminás siendo el que dirige la batuta, y los otros siguen recibiendo. (E2:42)

Estaríamos entonces ante otra particularidad de la gestión enfermera, posible expresión de su *habitus* profesional, y que implica una predisposición a la participación de trabajadores y usuarios, buscando ensamblar lo individual con lo colectivo, que sintonizó y se potenció con los lineamientos propuestos por la reforma sanitaria que se encontraba en implementación.

5.4.4. Consideraciones finales

La gestión desarrollada por las/os profesionales de enfermería en la dirección de hospitales públicos presentó características que se nutren de la etapa formativa y de las prácticas enfermeras que se desarrollan en el trabajo profesional. Estas características serían expresión del *habitus* que se conforma como disposiciones y predisposiciones a actuar de determinada

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

forma en el campo (Bourdieu y Wacquant, 2014) y del capital cultural en gestión que poseen los profesionales de enfermería. Hemos propuesto, a partir del análisis de las narraciones de las/os entrevistadas/os, tres características principales que distinguieron la forma de gestionar de las/os enfermeras/os.

En primer lugar, describimos una gestión de cercanía, que propicia estar presente en la organización a través de lo que se denomina “*la recorrida*” por los servicios, a lo que suman una oficina del dirigente de “puertas abiertas” que facilita el acceso y el contacto directo con los otros. En el contexto de un medio pequeño como lo es el del país y el de las ciudades donde se encuentran los hospitales en que se desarrollaron las experiencias, esta característica, que en otros contextos podría generar dificultades para la gestión, permitió un conocimiento de la organización y un relacionamiento personal que posiblemente jugaron a favor de las/os gestoras/es. Esta modalidad contrasta con una mirada sobre la oficina del gestor más bien burocrática y de diseño edilicio, encontrada por Spinelli et al. (2019) en su trabajo, aun planteándose el manido eslogan “de puertas abiertas” con el propósito de realizar una gestión más democrática y participativa por parte de sus entrevistados. De todas formas, el desarrollo del concepto de oficina del dirigente en el sentido matusiano (Babino, 2008) está aun escasamente incorporado a las estrategias de gestión.

En segundo lugar, planteamos que las/os enfermeras/os realizaron las tareas de gestión apoyándose en una mirada sistémica, —“*rastrillera*”, al decir de una de las entrevistadas—, y en la identificación y resolución de problemas. Esta característica se relaciona con aspectos formativos vinculados al proceso administrativo como forma de aproximarse a la gestión de un servicio de enfermería y también al desarrollo de un proceso de atención de enfermería basado en la identificación de problemas reales o potenciales a partir de lo cual se planifica el cuidado. En este sentido se desarrolla una capacidad de observar amplia que intenta abarcar toda la organización, y que permite detectar problemas, buscando luego su resolución.

Lo anterior determina que la agenda del dirigente se centre fundamentalmente en el abordaje de problemas emergentes con escaso margen para una proyección de escenarios a más largo plazo. Consecuentemente, no encontramos en nuestros entrevistadas/os, la importancia que dicen adjudicarle a la agenda los gestores que entrevistaron Spinelli et al. (2019), aun cuando los autores advierten que esto pueda explicarse por “representar un aspecto jerarquizado y priorizado (o a las) falencias que reconocían en sus propias prácticas” (p. 191).

Por último, mostramos que la gestión enfermera de las/os protagonistas demuestra una apertura a la participación de otros y en consecuencia se orienta al trabajo colectivo por

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

sobre el trabajo individual. Esta característica se relaciona con el desarrollo de prácticas enfermeras que implican habitualmente una modalidad de trabajo en grupo o en equipo que proporciona a los profesionales de enfermería habilidades de conducción que se incorporan al *habitus*. Así, encontramos que se privilegian las instancias de trabajo grupal a nivel del denominado equipo de gestión tanto como con el equipo más amplio de los jefes de servicio. Podemos afirmar, además, que esta característica de la gestión enfermera sintonizó con las propuestas de la reforma sanitaria en cuanto a la participación social en la gobernanza de las organizaciones, particularmente en lo referido a la participación de los usuarios de los servicios de salud.

De igual manera, formas de participación como las reuniones de gabinete, son valoradas en los testimonios de los gestores recogidos por Spinelli et al. (2019). Sin embargo, los autores apuntan algunas dificultades que llevan a que no se reconozcan como eficientes, en tanto espacios de catarsis más que de intercambio y creatividad. Es necesario profundizar con más detalle las características de las reuniones del equipo de gestión u otras instancias similares en el caso de las enfermeras/os, pero en principio es posible que guarden más bien semejanzas que diferencias con lo encontrado en el trabajo mencionado.

Estas características de las experiencias de gestión de las/os protagonistas constituyeron un aspecto central en el juego social de los hospitales que dirigieron. En consecuencia, las nuevas posiciones alcanzadas por las/os profesionales de enfermería alterando el juego social tradicional de las organizaciones, generaron apoyos y resistencias de los diferentes actores como se muestra en el próximo apartado.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

5.5 Nuevas posiciones de enfermería en el juego social de los hospitales públicos: de apoyos y resistencias

La llegada de enfermeras/os a la dirección de hospitales públicos supuso un intercambio de posiciones inédito en estas organizaciones en la historia del Uruguay. No tenemos registro alguno, antes de las experiencias que aquí se recogen, de que el puesto de dirección de un hospital público fuera ejercido por otro profesional que no fuera de la profesión médica en el país.

Hemos analizado en los apartados anteriores las condiciones que posibilitaron este cambio de posiciones en el juego social, la trayectoria personal de los profesionales que entrevistamos, el escenario en que desarrollaron sus experiencias y las características principales que identificaron su gestión. Cabe ahora responder a la pregunta de cómo percibieron nuestros protagonistas las reacciones de apoyos y resistencias que su designación produjo en las organizaciones que dirigieron.

Un primer cuestionamiento es responder si es posible que una enfermera/o ejerza la dirección de un hospital. En ese sentido es necesario una primera respuesta desde el punto de vista del marco jurídico normativo del país con respecto a la dirección de las instituciones prestadoras de salud, donde no encontramos una norma específica para la dirección de los hospitales públicos. Sin embargo, para los prestadores del SNIS se exige la designación de una dirección técnica, responsable ante la autoridad sanitaria de los aspectos asistenciales, que debe ser ejercida por un/a médico/a²⁹.

En segundo lugar, como lo expusimos en el punto 5.1, a partir del año 2005 se observan condiciones de posibilidad para la designación de profesionales no médicos en la dirección de los hospitales públicos, que se concretó en decisiones de gobierno que formalmente procedieron a realizar designaciones. Estas, realizadas con la autoridad que emana de un gobierno constitucional, son condición necesaria pero no suficiente para que, una vez asumidos los puestos de gestión, estos se puedan sostener sin que existan reacciones de otros actores en el juego social de los hospitales.

Seguiremos de cerca para comprender estas experiencias a Matus (2007b), quien identifica la ausencia de teoría para comprender las prácticas de las organizaciones sociales para lo cual propone su Teoría del juego social. Constata que la práctica social, propia de las organizaciones como las sanitarias, presenta problemas que son comunes a muchas disciplinas y para las cuales los itinerarios formativos verticales, específicos de cada una, poco

²⁹ Art. 54 del Decreto 416/002 del Poder Ejecutivo.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

aportan a las capacidades de gobierno o conducción de quienes asumen esta responsabilidad.

Tomaremos como referencia el concepto de gobierno o conducción de Matus (2007b, p. 13), para quien este

Es el arte y la ciencia del actor para movilizar organizaciones y ciudadanos en el juego social, procesando problemas conflictivos que cruzan todos los comportamientos de las ciencias, a partir de variables imprecisas, inciertas y cambiantes, con el propósito de construirle posibilidades a su proyecto de juego.

Entender la gestión como parte del juego social de las organizaciones implica considerar la presencia de una diversidad de actores, con sus intereses y con sus motivaciones tanto personales como colectivas. Es decir, considerar a los otros y, fundamentalmente, a sus capacidades para realizar jugadas que afectan el juego, que a su vez expresan sus luchas por los distintos tipos de poder que están en disputa. Matus (2007b) afirma además que “cada jugada produce un intercambio de problemas que beneficia a unos y perjudica a otros” (p.14), es decir que con cada jugada algunos participantes pierden y otros ganan.

El juego social implica lo colectivo, es decir, grupos de personas en interacciones de cooperación, competencia, conflicto, empatía y antipatía (Matus, 2007b). Esto supone una intencionalidad colectiva, ya no individual, e implica que los actores estén tomados por el juego —*illusio*— y acepten las reglas de este —*doxa*— (Bourdieu y Wacquant, 2014). Esto supone además una relación dialéctica donde los jugadores producen el juego y además son producidos por este.

Por otro lado Matus (2007b) afirma que el juego social es de final abierto a muchas posibilidades, dado que la creatividad de los diferentes actores es muy amplia y en su análisis se deben incluir: la actuación de los actores mediante jugadas, las capacidades o incapacidades de los actores, las normas que rigen el juego y los valores básicos que están detrás de las reglas. Para esta investigación conocer a qué actores sociales las/os enfermeras/os gestores consideraron como principales, tanto en el sentido de apoyos como de resistencias, nos permite aproximarnos a la complejidad del campo social donde realizaron su gestión.

La siguiente metáfora es muy ilustrativa de lo que sucede en las prácticas de la gestión:

El gobernante es un ciclista experimentado en paseos de terreno plano, que debe ahora enfrentar una carrera con fuerte pendiente, sujeto a una restricción de tiempo y montado en una bicicleta estacionaria de gimnasia. No tiene capacidad de gobierno, no sabe diseñar y escoger su proyecto de gobierno, y como no sabe modernizar su bicicleta, se acomoda a la ineficacia

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

del aparato público que comanda. Pinta la bicicleta del color de su partido y le coloca un letrero que dice “bicicleta reformada”. Y, como no sabe que no sabe, tampoco sabe escoger su equipo de gobierno y sus asesores. Cuando la situación se hace más crítica pedalea más fuerte, y pierde peso sin avanzar. (Matus, 2007b, p. 8)

El ciclista de Matus puede ser, en el caso de un hospital, un/a profesional médico o de cualquier otra disciplina del campo, con un amplio conocimiento en su subcampo de formación, especializado además en áreas específicas dentro de este último. Estos conocimientos lo pueden hacer un experto clínico dotado de un importante capital cultural factible de ser transformado en capital simbólico y económico. Sin embargo, enfrentado a la tarea de gestionar una organización, el actor tiene dificultades para entender el juego social o simplemente no logra verlo, “no sabe que no sabe” dice Matus, y en consecuencia los resultados que se obtienen son pobres.

La profesión médica ha logrado históricamente la hegemonía y el control del campo de la salud, a través de la conquista de su autonomía profesional y especialmente por recibir de parte del Estado el reconocimiento para decidir sobre la salud y la enfermedad de los individuos y los colectivos (Foucault, 2014; Freidson, 1978). Coherentemente con lo anterior, los ámbitos de decisión política de las organizaciones del campo se encontraban, y se encuentran, monopolizados por profesionales médicos. Es ilustrativo de lo anterior el siguiente testimonio:

Me recuerdo [...] que se hablaba, compañeros, inclusive licenciados, que decían cómo va a ser director un licenciado, el director de un hospital tiene que ser médico. Pero seguro, eso era en 2006, yo asumí en 2018. En todos esos años, se fue cambiando ese paradigma de que el médico era el único que podía ser cabeza. (E6:61)

Sin embargo, como bien señalan Spinelli et al. (2019, p. 66), “en los hospitales los médicos tratan de abroquelarse, resistir y conservar la supremacía, que lentamente se les va escurriendo”, en referencia a la constatación de que el monopolio de los puestos directivos de los hospitales públicos y otras organizaciones sanitarias, comienza a resquebrajarse y se observa una lenta apertura a otras profesiones tradicionalmente subordinadas a la profesión médica.

Así, a partir del análisis de las entrevistas identificamos 4 grupos principales de actores con los que las/os gestores se relacionaron: el grupo médico, el grupo de los otros trabajadores de la salud, las agrupaciones de usuarios y actores externos a la organización, pero con gran capacidad de presión sobre esta, como lo son los medios de comunicación y la oposición política actuando sinérgicamente. De todas formas, como se mostrará

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

seguidamente, el grupo que ameritó un análisis de mayor profundidad dado el énfasis de los entrevistados fue sin dudas el grupo médico.

5.5.1. El grupo médico

Abordaremos la relación de las/os gestores con el grupo médico desde dos perspectivas: la del poder y la violencia simbólica ejercida por la profesión hegemónica en el campo de la salud y luego la de las estrategias que las/os entrevistadas/os desarrollaron para lidiar con ello.

5.5.1.1. Poder y violencia simbólica

Indudablemente el actor social que significativamente fue afectado por la designación de enfermeras/os en la dirección de los hospitales es el grupo de los profesionales médicos. En el sentido del juego, estos pierden una posición de poder que habían logrado monopolizar desde los inicios de la estructura actual de los servicios de salud. Como consecuencia era previsible esperar una reacción ante esta situación, que en la experiencia de otros países supuso el rápido desplazamiento de las enfermeras designadas (Gómez Torres et al., 2008). No obstante, como expondremos a continuación, en el caso uruguayo, las nuevas posiciones alcanzadas por enfermería se lograron mantener, incluso con diferentes grados de apoyo de la profesión médica.

Una de las primeras reacciones ante la posibilidad de cambio, en alguno de los profesionales de enfermería, es la de temor vinculado a la incertidumbre que genera la reconfiguración de las relaciones interpersonales a partir de las nuevas posiciones en el juego. Por tratarse de posiciones de gestión de las organizaciones esto implica nada menos que invertir la jerarquía tradicional de los hospitales. Así lo expresa esta entrevistada, que en un primer momento rechaza el cargo de gestión por este motivo:

Lo que más me asustaba a mí, en ese momento, era la parte médica. Tenía como cierta cosa de que yo soy licenciada y tener que bajarle órdenes o lineamientos al médico, ¡aaaaah!, me asustaba imponente, entonces le dije que no. (E4:44)

Sin embargo, luego de finalmente aceptar, no encontró mayores dificultades con el grupo médico:

Y bueno, el miedo seguía siendo los médicos, pero nunca pensé que fuera tan bien, fui bien recibida, en todo momento, siempre, nunca me dijeron que no a algo, si me decían que no, buscábamos la forma, o le buscábamos la vuelta, nunca fue con malos tratos, de malos modos, siempre fue una negociación, un buen trato, un buen vínculo, incluso hasta más fácil me

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

resultó a veces con los médicos que era mi miedo, me resulto más fácil que a veces con otro personal. (E4:45)

El miedo que identifica la entrevistada está relacionado con el poder simbólico y la violencia que a su ejercicio acompaña, ejercido por la profesión médica en el campo de la salud. Así, el capital simbólico del que dispone la profesión médica habilita el ejercicio de un poder que se ejerce sobre los otros, con su complicidad, como una “verdadera fuerza mágica”, que necesita que:

Una labor previa, a menudo invisible, y en cualquier caso olvidada, reprimida, haya producido, entre quienes estén sometidos al acto de imposición, de conminación, las disposiciones necesarias para que sientan que tienen que obedecer sin siquiera plantearse la cuestión de la obediencia. (Bourdieu, 1997, p. 173)

Sin embargo, el poder médico también se hace explícito y se manifiesta abiertamente como en el siguiente relato sobre las dificultades de dirigir a otros profesionales:

Pasa con los médicos, no pasa con el resto de los profesionales. Algún médico que te decía: ¡a mí no me manda ninguna nurse! (E1:1.177)

En la entrevista con esta enfermera encontramos un testimonio sumamente ilustrativo de la forma en que se da el funcionamiento de la violencia simbólica del grupo médico en los hospitales:

Yo creo que el grupo médico tiene una fuerza importante, sutil, no explícita, pero sí implícita en el trabajo diario. De que enfermería te decía, de repente, las auxiliares de enfermería:

—¡ah! ¡yo no le voy a decir al doctor!, eso no lo hago.

Como que, ¡ah! intocable, como los intocables sutilmente en la organización. El poder y la hegemonía la tienen. Creo que hasta ahora la siguen/ no sé ahora, no podría decir, pero en aquel momento la tenían y de ahí creo que los conflictos también, porque eran implícitas las cosas y cuando las explicitabas vos, se armaba. —¡Doctor, usted se fue! —, era explícito.

— Andará por ahí —te decían, hasta las enfermeras protegiendo. Porque no te decían:

—no, mire que el doctor se fue, —no —, y debe de andar por ahí, iba a no sé dónde, iba a no sé qué.

Vos te pasabas horas y resulta que ya se había ido. Existía toda esa cuestión sutil implícita en los servicios que no era/ bueno. (E1:1.236)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Encontramos en el testimonio anterior, una descripción clara del poder ejercido por los profesionales médicos, que para la entrevistada adquieren la categoría de “*los intocables*” en el trabajo diario de los hospitales. Fruto de la hegemonía conquistada y de la violencia simbólica que logran sobre los otros trabajadores de la salud, logran en este caso la complicidad de los auxiliares de enfermería para encubrir sus faltas al servicio, lo que dificulta la tarea de quien se encuentra a cargo de la gestión del servicio. La presión es de tal magnitud que lleva directamente a engañar al gestor sobre la presencia de los médicos en la institución.

La entrevistada completa su idea diciendo que el problema es que el médico no se considera como un trabajador más dentro de la organización:

Pero el miedo, el poder, el médico es el médico y yo no puedo..., no se tomaba como un trabajador. El médico no se toma como un trabajador en la estructura interna, me entendés. Si yo cumplo mi horario, porqué el otro trabajador no. Es lo lógico que todos tenemos que cumplir el horario si no yo como enfermera me voy también.

Sin embargo, a las enfermeras no se nos ocurre irnos. Cumplimos y además las direcciones se las hacemos cumplir. A los médicos les permitimos que se fueran un rato antes, me entendés. Hasta esas cosas nos pasó en las direcciones. Y yo lo tengo clarísimo. Era injusto, pero por completo era injusto.

Pero yo no podía, te juro que no podía cambiar eso. No podía cambiarlo. Me entendés. Por eso yo te decía hoy de los acuerdos y de aprender, porque eso son cosas gruesas que venimos de adentro de las instituciones de salud, en ese caso de este hospital, estaba impregnado en la gente. Igual te inventaban: —sí, el doctor está —, ¡y no estaba, no había venido! Me entendés. Cuidando al médico, las enfermeras cuidando y protegiéndolos a los médicos. Viste. Eso sí lo viví, lo vivimos. Eso sí estaba. Muy fuerte. (E1:1.237)

La descripción es paradigmática de la dinámica del juego social en los hospitales públicos del país. Aparece en el relato el miedo asociado al poder médico y la conclusión de que los profesionales médicos, no son considerados como “trabajadores” o al menos como los otros trabajadores de la organización. Ostentan una posición diferente a la de los otros, un prestigio, que da cuenta del capital simbólico acumulado por la profesión médica, que los vuelve “intocables”. Encontramos además la impotencia del gestor para poder cambiar esa realidad, que obviamente no se puede alterar sólo por el hecho de ocupar una posición de gestión, si no que exige capacidades institucionales y gobernabilidad para poder implementar los nuevos escenarios que conforman su proyecto político (Matus, 2014).

Cabe preguntarse si los profesionales médicos no son considerados trabajadores, cómo son considerados dentro de la organización, a lo que la entrevistada responde:

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Tiene una categoría de dueño entre comillas, de patrón. Es evidentemente que es esa la relación, el patrón es el médico y yo soy la licenciada, el servicio, me entendés. Entonces, es como las novelas, es igual que las novelas. Las empleadas domésticas guardando y escondiendo cosas de sus patrones. Digo, me duele decir esto, pero creo que es un análisis que tenemos que hacer desde la profesión también.

Las licenciadas quizás somos más directas y más que podemos plantear, pero los auxiliares de enfermería no le plantean a ningún médico: —doctor usted no se puede ir porque no cumplió el horario—. Nosotras las licenciadas a veces le decimos: —¿ay y ya te vas? Si tenés más. No, no se vaya, que quedan más pacientes, no ve que están todos acá— Empezás a defender un poco más. (E1:1.241)

Volviendo a los aportes de Bourdieu (1997) “la violencia simbólica es esa violencia que arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales apoyándose en unas «expectativas colectivas», en unas creencias socialmente inculcadas” (p. 173). En el relato anterior aparece claramente la sumisión dóxica de la que habla Bourdieu, a las conminaciones que percibidas en la estructura mental de enfermería hacen que estas/os trabajadores actúen de una forma y no de otra. Es importante destacar la capacidad de autorreflexividad de la entrevistada que le permite cuestionar el orden establecido y por tanto abrir el juego a la posibilidad de cambios.

5.5.1.2. Estrategias de los gestores enfermeros para lidiar con el poder médico

Una vez que las/os profesionales de enfermería asumieron las posiciones de gestión y reconocida la dificultad que implicaba el poder del grupo médico en el juego social de los hospitales nos preguntamos por las estrategias que utilizaron para lidiar con esta realidad. En este punto los relatos son extensos y parten de la constatación de que hay un área técnica médica que no es competencia directa de quien ejerce la dirección general de un hospital, sino precisamente de un profesional médico que, integrando el equipo de gestión, es el interlocutor con los demás profesionales médicos en los aspectos asistenciales.

Así lo expresa, por ejemplo, el siguiente testimonio:

Pero en el área técnica, ahí sí tuve dificultades, porque uno por los años de experiencia sabía que había determinadas cosas que no estaba de acuerdo, o que tenías que controlar determinados costos, que justificaban una cantidad de costos y gastos que ocurrían. Y bueno, ahí había resistencia porque era licenciado. —Yo soy médico, vos no me vas a decir lo que yo tengo que hacer— Eso pasaba, no te lo decían, mirá yo considero que es así. (E3:77)

El gestor enfermero, enfrentado a la necesidad de realizar un manejo de los presupuestos siempre escasos, siente como debilidad la posibilidad de incidir en las decisiones del área técnica médica. Como consecuencia se observa, una vez más, el juego

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

del grupo médico con un capital simbólico que los ubica en una posición superior, aún sin ocupar la dirección del hospital: “vos no me vas a decir lo que yo tengo que hacer”.

Otro entrevistado dice:

El colectivo médico siempre me miraba con más recelo, uno decía algo, y contestaban: —lo voy a hablar con el director técnico, esto yo lo manejo con el director técnico—. Cuando surgieron algunos inconvenientes, justamente asistenciales, con alguna cosa asistencial, sí, también me decían: —bueno mirá, no, ya lo hablamos con el director técnico. Y esto si hubiera un médico acá esto no pasaba — O sea, si no nos cuidamos entre nosotros..., no sé si es muy feo decirlo, pero... (E6:63)

Es decir que, aun ocupando la dirección del hospital, este enfermero gestor es “puenteado” por algunos integrantes del grupo médico que sólo hablan con el director técnico médico. Sin embargo, también encontramos relatos diferentes, como el siguiente, que comienza refiriéndose a si se sintió cuestionada por el grupo médico:

Bueno, sí, sí, sí, sí, te miento si te digo que no, pero sobre todo por los médicos de la emergencia, cuando hacías la guardia, por ejemplo, que una licenciada me venga a decir tal y tal cosa. Porque bueno, a veces en realidad no se justificaba que quisieran derivar un paciente, o hacer determinados estudios o determinadas cosas, y cuando tú le decías bueno contame el paciente, ahí te cuestionaban, porque vos eras licenciada y ellos eran médicos. Y bueno, tá, yo era lo que le decía al jefe, tienen la desgracia de tener una licenciada que algo sabe y entonces capaz que lo que les molesta era que vos les discutas de igual a igual, porque eran cosas fundamentadas. Por suerte nunca tuve ningún problema, era sobre todo mientras no te conocían, después ya te trataban con respeto. Pero sí, al principio te lo hicieron notar lo de la licenciada. (E9:62)

Este relato es notoriamente diferente al anterior, ya que parece transmitir una relación interprofesional más horizontal, diferente a la que históricamente se impone en el campo. En palabras de Matus (2007b) encontramos una jugada utilizada por esta gestora para cambiar sus capacidades o acumulaciones. Y esta jugada no está exenta de una intención y de la búsqueda de un efecto en el juego. Es posible observar en este testimonio una acumulación de capital cultural que le permite a la entrevistada ser “una licenciada que algo sabe” y en consecuencia capaz de discutir de igual a igual con los profesionales médicos.

Por otro lado, encontramos gestores enfermeros que encontraron dificultades para integrar médicos a sus equipos de gestión, principalmente por motivos relacionados al bajo nivel de las remuneraciones económicas como lo expusimos en el punto 5.1.4, pero igualmente se valieron de otros médicos que ocupaban cargos de mayor responsabilidad:

Yo lo que te decía era que nosotros, los cargos de alta dedicación, te acordás, que surgieron en un momento y como éramos un equipo de tres licenciadas

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

en la dirección. Estos cargos de alta dedicación que eran médicos se transformaron en nexos y articuladores de algunas cuestiones que nosotras, o no sabíamos porque no somos médicas, sencillamente, no sabíamos cosas. Y la llegada de repente a sus pares era un poco también más fácil. Después sí logramos encontrar médicos, que les interesara subirse al proyecto de trabajo conjunto y asumieron como adjuntos. (E1:1.149)

Es posible ver en esta estrategia de juego, la utilización de una alianza con los médicos que asumieron cargos de alta dedicación³⁰. Estos, al asumir funciones en mejores condiciones de trabajo parecen tener un mayor compromiso con la organización, que facilitó su actuación como articuladores con el resto de los profesionales médicos. Es decir, a partir del reconocimiento de lo que “no se sabe”, es decir del cálculo propio (Matus, 2007b) se encuentra una jugada que permite, conociendo al otro, construir un escenario más proclive al proyecto de gobierno. De esa manera se evita la ignorancia de segundo grado que se produce cuando el actor “no sabe que no sabe”.

Otra estrategia similar encontramos en el testimonio siguiente, donde nuevamente, ante un equipo de dirección sin profesional médico, se recurre a los jefes médicos de los servicios a quienes se delega las decisiones asistenciales. La entrevistada se refiere en el comienzo de su relato a su relación con el grupo médico:

Pero la mayoría bien, siempre trabajando en equipo. Es más cuando me quedé sola yo en la Dirección, mi gran apoyo fueron los jefes de servicio. Las decisiones médicas pasaban por ellos. Yo les delegué la parte técnica médica de cada especialidad, que la resolvieran ellos en los servicios, que tenían todo mi apoyo, que lo que ellos resolvieran iba a estar bien. Porque por más que yo fuera directora de un hospital, yo la parte técnica médica, no la podía decidir, obviamente que no estaba en mi formación. (E10.56)

Finalmente encontramos la integración de un profesional médico al equipo de gestión, situación que se valora como la más adecuada por la mayoría de los entrevistados. Así, por ejemplo, lo manifiesta este testimonio:

Y bueno, yo ahí tenía que apelar, muchas veces en el equipo había un médico que era el subdirector que hacía de dirección técnica. En ese sentido no me sentí con esa debilidad, entendía que de repente no podía tomar una decisión técnica porque no tenía la capacidad para hacerlo, porque es real, yo no soy médica, no soy especialista en nada, porque elegí otra carrera. Pero ese rol de la dirección técnica lo cumplía un médico, y creo que está bien. Nosotros somos licenciados, gestionamos, estamos en el área administrativa, no lo viví como: ¡qué horrible, no me respetan porque no soy médico! Yo no lo viví así. Lo viví como que era algo real, de que yo no tengo la capacidad para cuestionar lo que un especialista médico pida por más que salga 300.000

³⁰ Cargos de alta dedicación médica (CAD): estrategia seguida en la reforma sanitaria uruguaya para mejorar la calidad asistencial y el trabajo que se constituyó en meta asistencial exigida por el MSP a los prestadores.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

pesos, por supuesto que, si lo pide, obviamente que tampoco sí a todo, pero para eso se requiere de un equipo que era el que teníamos, que era un poco el que realizaba esa tarea, pero yo no lo veía como algo negativo. (E3:78)

El relato es ilustrativo de una dinámica en el juego social que parece acercarse más a una estrategia superadora de la gestión taylorista, vertical, donde en la cima de la pirámide hay un gestor que “todo lo sabe”, por una forma de juego más horizontal, integradora de equipos, donde se comparten saberes (Campos, 2009). Nos permite también reflexionar sobre las responsabilidades individuales y colectivas en el manejo de los recursos públicos, para lo que Matus (2014) reclama sistemas de petición y rendición de cuentas en las organizaciones.

Otra entrevistada, que también integró un médico a su equipo de gestión, relata:

Tuvimos discrepancias sí entre lo que era la dirección, con el colectivo anestésico quirúrgico y dificultades con el colectivo de ginecología. Dificultades importantes en cuanto a la atención, lo mismo que en urología. (...) Y ahí también tuve que apelar al compañero médico, subdirector, para la negociación, porque es real que como enfermeros no se plantan con nosotros de la misma manera. Y por eso siempre fui apoyada por el compañero médico. (E8:68)

Es decir, que la principal estrategia seguida por los enfermeros gestores en su relación con el grupo médico fue la de buscar la integración de un profesional médico al equipo de gestión. De esa forma se delegó la dirección técnica asistencial en este profesional y se favoreció el diálogo entre pares, lo cual se encuentra en sintonía con el concepto de burocracia profesional (Mintzberg, 2001) que caracteriza a las organizaciones sanitarias. Sin embargo, los gestores se encontraron con dificultades para incorporar médicos a sus equipos relacionadas a salarios poco atractivos para estos y quizás, aunque no aparece explícitamente en los relatos, fueran pocos los médicos dispuestos a asumir un rol secundario en la dirección de un hospital, subordinado a una profesión que históricamente fue subalterna de la profesión médica. El siguiente relato es elocuente de ello:

Después llegamos a tener un equipo solo de licenciadas porque no encontrábamos médicos que se quisieran sumar al proyecto de trabajo. Esa etapa fue muy dura también. Muy dura. Que lo que tuvimos que hacer fue muy claro, ir buscando médicos que, si bien no les interesó, no estaban interesados en estar en la gestión, sí concordaban. (E1:1.144)

No obstante, se constató que sí hubo médicos/as dispuestos a acompañar y apoyar la gestión de enfermeras/os al frente de la dirección de hospitales públicos y que al actuar de esa forma favorecieron un cambio en el juego social de las organizaciones, alterando las posiciones históricamente hegemónicas de la profesión médica.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

5.5.2. Otros trabajadores de la salud

Los relatos sobre los otros trabajadores de la salud fueron mucho más breves que los que se refieren a los trabajadores médicos. Consideramos que esto se debió a que las nuevas posiciones de enfermería en el juego social no implicaron alteraciones importantes para estos trabajadores e incluso es posible que se suscitaran actitudes de apoyo a partir de la afinidad con los enfermeros gestores. Esto último no es posible afirmarlo a partir de esta investigación y requiere de estudios posteriores que complementen el punto de vista de los gestores que estamos presentando aquí.

En general, los entrevistados relatan haberse sentido apoyados por el grupo de trabajadores no médicos³¹. En ese sentido, son claros estos testimonios:

Tuve problemas con los médicos. Con los otros profesionales no, en absoluto.
(E1:1.134)

Yo me sentí ya te digo muy apoyada por todos, no escuché ni comentarios ni nadie que me haya dicho que no, todo el mundo para adelante y me sentí apoyada en todo sentido. (E4:61)

Con el grupo de enfermería, bárbaro. Con los no técnicos, impecable, nunca cuestionaron que fueras licenciada, y con los médicos mismos, los de policlínica tampoco; los únicos que cuestionaban eran los médicos de emergencia por algunas decisiones en particular. (E9:64)

Dentro de los apoyos se destaca el de los trabajadores de enfermería que, en el relato de los gestores, aparece como un apoyo que se relaciona con el reconocimiento que ha recibido la profesión al ser convocada a los cargos de gestión.

Desde el área de enfermería, de colegas, de licenciados, tuve un apoyo total, ellas me decían siempre que sentían qué bueno, el orgullo de nosotros licenciadas que pudimos, que llegamos, que nos dieran esta oportunidad, porque yo creo que la oportunidad si bien lo buscamos mucho, también nos dieron la oportunidad. Creo que hubo una apertura en ese sentido, y yo lo primero que hice, no sé si estuvo bien, o fue parte de la profesión, lo primero que hice fue juntar las licenciadas del hospital, después obviamente me reuní con todos los servicios, pero la primera reunión que tuve fue con las licenciadas. Y fueron todos, no eran una cantidad, pero fueron todos, y bueno, ahí ellas sintieron de alguna forma cierto apoyo, fue lo que me manifestaron en esa primera instancia. (E3:75)

³¹ Utilizaremos la expresión “trabajadores no médicos” para simplificar la descripción de este grupo, pero el autor considera que no es adecuada la diferenciación de las/os trabajadoras por la pertenencia o no pertenencia a una profesión hegemónica, ya que de esa forma se perpetúa en el lenguaje la hegemonía de la profesión médica.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

También te digo, siempre hay, como en todo colectivo, algunas rispideces, pero en sí, el colectivo de enfermería fue el que más me apoyó. (E8:66)

Los apoyos desde el colectivo de enfermería son en principio escenarios previsibles, pero nuevamente debemos notar que se trata de la percepción de los gestores y no la de los trabajadores, lo cual amerita estudios posteriores para su discusión. Sin embargo, los relatos de los enfermeros gestores son coincidentes en este punto. En el testimonio que sigue la entrevistada expresa que sin el apoyo de los trabajadores de enfermería “*no camino ni hago nada*” y extiende el reconocimiento a otros trabajadores como los del área administrativa:

Es muy particular, por un lado, lo reconocen los compañeros de trabajo, los que trabajan mano a mano contigo todos los días; ellos te lo reconocen, te lo hacen sentir en el hecho del compromiso del trabajo. Muchos, no sólo licenciados, médicos, enfermeros, pero hasta el auxiliar de servicio. Yo siempre digo, yo tengo una creencia, que mis manos son los enfermeros y mis pies son los auxiliares, sin ellos yo no camino ni hago nada. Entonces ese equipo juntamente con el equipo médico de trabajo día a día; y el equipo de gestión, porque la parte administrativa, la parte contable, cualquiera de ellas sí te lo reconocen en el trabajo. (E8:57)

El apoyo de los trabajadores no médicos responde posiblemente a una construcción previa, a la historia de haber compartido el trabajo en los servicios, que en términos de Bourdieu (1997), podemos identificar como capital social de enfermería en el campo. El conocimiento del campo también juega a favor del gestor enfermero, que posee en ese sentido, una perspectiva del juego desde otra posición que le permite generar reconocimiento de parte de los demás trabajadores.

Yo creo que mi formación gremial, mi formación sindical y mi formación política me ayudaron en eso, porque si bien la directora que estaba tenía formación más que yo políticamente, pero a veces pasa por cómo vos diste todos los pasos previos hasta llegar adonde estás, y los trabajadores siempre me respetaron mucho. Yo estuve bueno, desde el primer día que entré a trabajar hasta el último que me fui, siempre estuve al frente de las cuestiones que tenían que ver con los reclamos de trabajadores, siempre tuve una única postura, siempre fui muy transparente en todo lo que hacía, y le daba certezas a la gente. (E2:62)

En el mismo sentido podemos ubicar el siguiente testimonio, con el agregado que este gestor asumió la dirección por concurso, lo cual en una burocracia profesional implica un reconocimiento aún mayor:

Creo que yo ahí tenía una parte a favor que era el haber estado ya en el hospital. Yo ya conocía desde otro rol a la gran mayoría de la gente, pero creo que fue una buena aceptación la que tuve en el rol de dirección. Y sin lugar a dudas, el que haya sido por concurso, creo que te da un mayor respaldo a lo que vas a hacer. [...] O sea que yo creo que eso es un espaldarazo importante

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

el que haya sido por concurso, pero sin lugar a dudas, creo que la aceptación de todos fue buena y se trabajó bien en el día a día con cada uno de los profesionales que estábamos en el hospital. (E7:34)

Por último, la relación con los trabajadores organizados gremialmente aparece como heterogénea en los gestores entrevistados, fruto del juego social con un actor de mayor peso que requiere de otras capacidades del gestor y su equipo para navegar por las diferencias que surgen en la práctica diaria. Así, por ejemplo, se privilegia el ámbito del encuentro cara a cara, en reuniones bipartitas, en general programadas:

Bien, siempre con una relación frontal, por supuesto a veces con algunas discrepancias por supuesto, pero creo que siempre bien. Es más, hasta el día de hoy sigo teniendo relación, y casi que una amistad con muchos de ellos que ya los conocía de otros lugares de trabajo y de haber compartido con ellos mismos en el hospital. (E7:100)

Muy bien, siempre fue muy bien, si bien ellos a veces querían como imponer ciertas cosas, creo que siempre se les dejó claro que quien gestionaba era la Dirección, si bien nosotros los escuchábamos, nos reuníamos. Con ellos sí teníamos reuniones periódicas. (E4:118)

Por otro lado, hay gestores que manifiestan dificultades con el poder ejercido por los actores gremiales. Por ejemplo, en el siguiente testimonio el entorpecimiento de un procedimiento de designación por concurso³²:

Y bueno, el gremio por mandato de X no quiso firmar el acta, no quiso firmar las actas para mandar a ASSE, porque iban a impugnar a la persona y no al llamado. Eso derivó en muchos meses de tener que ir a hablar a ASSE. Me acuerdo, que en realidad me dijeron: —bueno, si te ponés como enemigo a X ... — Porque yo había empezado en mayo y eso fue a fines de junio y me decían: —si te ponés a X en contra, te ganás un enemigo para siempre—. Yo les decía: —pero a mí me pidieron que fuera al hospital, se supone que me lo pidieron para que yo ponga un orden, ¿qué hago? (E9:89)

El relato anterior debe contextualizarse en un momento en que el gobierno era ejercido por una coalición de partidos de izquierda, naturalmente más en sintonía con las posiciones de los trabajadores organizados en los gremios y sus reivindicaciones, pero que presenta contradicciones en su relación con actores gremiales relevantes que en este caso parece dejar sin apoyo político al gestor designado. Aparece así, una complejidad mayor en el juego social, signado por lógicas de poder en diferentes niveles, que determinan la gobernabilidad no sólo a nivel macro sino también a nivel de la microgestión de un hospital (Matus, 2007b).

³² Los tribunales que entienden en los llamados para ingresos a ASSE, deben obligatoriamente tener representación gremial en su conformación de acuerdo con lo dispuesto por el Poder Ejecutivo en el decreto 197/006.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

El relato siguiente demuestra una situación similar a la anterior, en este caso vinculada a la asistencia a un usuario más demandante en uno de los hospitales:

A mí me llamaron de la Federación por un paciente que se sacaba los pañales, y los tiraba, que había que trasladarlo porque el hospital no estaba en condiciones de tener ese paciente. Era un paciente que tenía demencia senil.

O sea, que (los trabajadores) hicieran una denuncia en la Federación, y que me llamara la directora regional para decirme, escuchame qué pasa con A, qué es lo que está pasando con A que me llaman del Directorio que hay un problema, que los enfermeros no quieren entrar al Hospital. (E6:136-138)

Se puede observar que, ante un problema puntual, vinculado a la situación de asistencia de un usuario, se movilizan mecanismos de presión sobre el gestor ejercidos desde la estructura central del gremio en primer lugar y luego desde la dirección regional de la que depende el gestor. Se evidencia así, un juego a varios niveles, producto de diferentes juegos entrelazados entre sí que responden a los intereses propios de los actores involucrados en los mismos (Matus, 2007b). Y esto implica desafíos para quien tiene la responsabilidad de gestionar el hospital.

Sin embargo, en los entrevistados predomina una posición de cercanía con el conjunto de los trabajadores no médicos, que lleva a que una gestora exprese que “*con los trabajadores coincidimos en muchas cosas, la peleamos juntos, porque bueno, soy una convencida que uno timonea el barco, pero la fortaleza está en los trabajadores*” (E10:105). De esa forma, a partir de los relatos que analizamos, podemos afirmar que los gestores obtuvieron más bien apoyos que resistencias de parte de los trabajadores no médicos de sus hospitales.

5.5.3. Los usuarios de los servicios de salud

Los/as usuarios/as de los servicios de salud constituyen en la reforma sanitaria uruguaya un pilar de importancia en su implementación, no sólo como sujetos de derecho a quienes se dirigen acciones de promoción, prevención, cuidado y rehabilitación en salud, sino también como participantes activos en la gobernanza del sistema. Así, el art. 3 de la Ley 18.211, establece dentro de sus principios rectores la participación social de trabajadores y usuarios. Es preceptivo que las entidades públicas y privadas que actúen como prestadores del sistema cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus usuarios y trabajadores (art.12). Además, la reforma estableció la designación de trabajadores y usuarios en el órgano máximo de gobierno del sistema, la Junta Nacional de Salud (art.25), así como en Consejos

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

de nivel departamental y local (art. 27). Por otro lado, los artículos 51 y 52 establecen los derechos y deberes de los usuarios del sistema.

El nuevo marco jurídico del sistema de salud uruguayo se propuso así, generar una amplia participación social para su construcción y gobernanza abriendo el juego a la integración de nuevos actores sociales en las organizaciones del campo. La participación social en los espacios creados por la reforma se efectivizó con algunas dificultades que no son objeto de esta investigación, pero supuso un reto para los gestores de los servicios de salud que debieron abrir el juego a la participación de los usuarios. En consecuencia, el relacionamiento con este actor social se constituyó en un aspecto importante a desarrollar en la gestión que estuvo presente en los relatos de los entrevistados.

En la valoración que hemos planteado para este apartado podemos afirmar que los grupos de usuarias/os se constituyeron, en general, en un apoyo para las/os enfermeras/os gestores. Así, lo dicen los siguientes testimonios:

Inclusive hasta el día de hoy, hay pacientes, usuarios que los encontrás en las policlínicas porque ahora estoy en las policlínicas, y la gente va y sabe que estás ahí, te conocen, te reconocen, y siempre un buen trato. Yo nunca sentí mal trato de la sociedad, sí como te digo, algunos bajones o algunas discrepancias cuando se tuvieron que tomar decisiones no sé si acertadas o no, pero se tuvieron que tomar en su momento. (E5:62)

No sé si lo tengo que decir yo, pero sentí que sí me aceptaban, me respaldaban, inclusive la Comisión de Usuarios siempre se manifestaban acordes, e incluso cuando me tuve que ir, también vinieron, dijeron que había sido una muy buena dirección, que se habían sentido muy bien. (E6:87)

Por suerte también mucho apoyo, la Comisión de Usuarios que había en el hospital, hasta el día de hoy me siguen escribiendo. [...] Nosotros nos reuníamos cada quince días con la Comisión de Usuarios, bueno, hacíamos actas, hacíamos festivales en conjunto para poder recaudar fondos, fueron los que compraron los televisores; las mejoras edilicias que pudimos realizar, dejamos en todas las salas televisor y aire acondicionado. (E9:66)

Son testimonios que reflejan apoyo de los usuarios y, en el último caso, formas típicas, especialmente en las pequeñas ciudades del interior del país, de colaboración con los hospitales públicos, a través de donaciones o campañas de recaudaciones de fondos. Esta situación no es valorada de forma unánime por los gestores entrevistados, ya que encontramos testimonios donde se cuestiona esta forma de participación de los usuarios, como aquí:

Fue una unidad que, te diré, que casi no tuvimos donaciones de ningún tipo, solamente un aire acondicionado, nada más. Yo tampoco era que me encantaba que la gente donara. Yo estaba convencida de que este proyecto

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

tenía la obligación de responder a las demandas de toda la unidad, así es que no pedía y si venían, trataba de que hiciéramos otra cosa, pero no donar. (E1:2.152)

Es decir, que las políticas públicas que orientaron la reforma apuntaron al fortalecimiento de la participación ciudadana y esto encontró sintonía en los profesionales de enfermería que ocuparon posiciones de gestión de hospitales públicos. No obstante, es interesante notar lo que dice la siguiente gestora que identifica que los usuarios, culturalmente formados en la hegemonía médica de los hospitales, buscan “al doctor” cuando preguntan por el director del hospital:

A nivel sociedad es notoria la diferencia. A veces estábamos reunidos los tres y venía un usuario, y preguntaba por el doctor, van directo al doctor; que es un arraigo muy comunitario, no, aquello de “m’ hijo el doctor” es una cosa que todavía se mantiene muchísimo. (E8:70)

Sin embargo, la relación de los grupos de usuarios con los enfermeros gestores aparece con una connotación positiva, que aportó a la gestión de los hospitales en consonancia con el proyecto político que se implementaba:

Había una asociación de vecinos que integraban el Consultivo, se reunían, se juntaron libros para hacer una biblioteca que cuando yo me fui ese proyecto quedó trunco, pero fue de lo más interesante. Porque los vecinos tenían un lugar para reunirse y discutir acerca de sus necesidades y después traerlas al seno de la reunión que teníamos con los usuarios en el hospital. Eso realmente fue genial, cada vez que convocábamos a las reuniones, siempre traían ideas, inquietudes. [...] Bueno con los usuarios la verdad que hasta hoy te digo algún usuario me sigue mandando un saludo de fin de año, que es genial. (E2:50)

En suma, a partir de los relatos de los entrevistados, podemos inferir una relación de apoyo con los grupos de usuarios, en un momento histórico donde estos tuvieron la posibilidad de alcanzar nuevas posiciones en la estructura de gobierno del sistema de salud creada por la reforma. No obstante, la participación de los usuarios no estuvo exenta de dificultades, como las vinculadas a su representatividad, que sólo mencionamos por no ser objeto del presente estudio.

5.5.4. La oposición política y los medios de comunicación

Finalmente, nos referiremos a las relaciones de algunos de las/os profesionales de enfermería entrevistados con la oposición política especialmente a través de los medios de comunicación que son utilizados como amplificadores de su juego político.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Como lo hemos dicho anteriormente, la mayoría de los entrevistados no manifestó una clara adherencia a un sector político partidario. No obstante, en el caso en que la adherencia política era más clara, la resistencia manifiesta contra la gestión del entrevistado se puede observar como significativamente mayor. Es posible entonces, percibir la dinámica del juego social, en este caso con un actor externo a la organización, movido por un interés propio relacionado en este caso a la obtención de rédito político. En palabras de Matus (2007b):

Cada jugador está situado en relación con los otros jugadores. Vive la realidad del juego como una situación particular. Toma posición sobre el juego y esa posición define las relaciones con los otros actores del juego social. Tomar posición es alinearse en un modo de jugar coherente con el propósito perseguido. Por tanto, los actores participantes del juego social se alinean en posiciones de cooperación y conflicto entre ellos. (p. 279)

Una de las entrevistadas, con una clara filiación política manifiesta:

Yo soy de un sector político que no es a veces bien recibido y es internamente perseguido y evidentemente que es eso porque no pasó en otras localidades. Y la localidad, la característica de la localidad en donde el Partido Nacional era muy fuerte en el hospital, antes, pero muy fuerte. De tener la comisión, en las comisiones, gente del Partido Nacional de carrera política nacional. (E1:1.320)

Hacía mi militancia en otros lugares. No en ese lugar porque yo vivía en otro lado. Cuando yo paso a estar todos los días en la ciudad porque además mi familia es de ahí, soy oriunda de ahí, y muchos me conocen de ahí, empiezo a militar en el lugar donde estaba el hospital, no me voy a ir a militar a otra ciudad. Empiezo a militar activamente. Y yo creo que eso también tiene que ver. Tiene que ver. (E1:1.327)

En una segunda entrevista, la misma gestora, relata su percepción de que las gestiones más cuestionadas por la oposición política que derivaron incluso en la conformación de una comisión investigadora a nivel parlamentario fueron precisamente las que se encontraban a cargo de gestores con un perfil político partidario más claro³³:

No fuimos todas las unidades a la investigadora, fuimos algunas unidades ¿no? Si vos mirás fueron aquellas personas que tenían una militancia dentro del Frente Amplio, las mirás y te das cuenta. Así, claramente. Los que tenían una cierta militancia, un cierto lugar político y de militancia, nada más... esos están todos escrachados así, todos, ¿viste? (E1:2.179)

Pero también encontramos el juego político de la oposición en relación con gestores que no estaban tan identificados partidariamente como en el siguiente testimonio:

³³ Para objetivar con claridad este punto se deberían incluir en el grupo de estudio a todos los profesionales que estuvieron al frente de un hospital público, debido a que ningún cuestionamiento de este tipo fue por el hecho de que las direcciones de hospitales estuvieran ocupadas por enfermeras/os.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Inclusivo una vez hasta hubo una movilización con pancartas inclusive y todo; todo motivado por un sector político de otro club acá, que aparte es comunicador, trabaja en un medio de prensa, y también nos hacía toda esa movida en contra. (E5:72)

En Uruguay la organización administrativa consiste en 19 departamentos. La función ejecutiva está a cargo de un intendente y cuentan con una Junta Departamental con funciones legislativas. Los ámbitos de competencia de las Juntas Departamentales son los propios de la gestión municipal y no tienen competencia en asuntos de orden nacional, como lo es la red de hospitales públicos que dependen de ASSE. Sin embargo, es habitual que, en los departamentos del interior del país, se conviertan en ámbitos de amplificación del juego político entre gobierno y oposición. En este sentido se encuentra el siguiente relato:

ASSE estaba permanentemente en la Junta, en los pedidos de la Junta. Yo creo que si hacen un estudio [...] cuantas veces en la prensa apareció el hospital, surge permanentemente. Y eso salía de actores políticos de la ciudad, no salía de los periodistas de Montevideo, mentira, eran los propios actores de la oposición que permanentemente sacaban cosas. [...] Fue brutal. Yo creo que en mi caso sí tuve una influencia importante, por decir influencia, es más que influencia. Fue difícil hasta el día de hoy. (E1:328)

Por otro lado, la oposición hace uso de mecanismos constitucionales como lo son los pedidos de informes sobre situaciones determinadas, que amparan las funciones de contralor parlamentario sobre quienes gobiernan. Sin embargo, en el juego político, pueden volverse en estrategias de lucha que pueden llegar a paralizar la gestión de las organizaciones, no sólo por la tarea de contestar a los pedidos de informes, si no también, por el impacto en la subjetividad que implica para los gestores sentirse permanentemente cuestionados. Así, se desarrolla una gestión a la defensiva, más que propositiva, como encontramos en este relato:

Nos pidieron informes todos los días, Juan. Informes que llevaban dos hojas de preguntas, dos páginas de preguntas que tenías que contestar. Tenías personal dos semanas contestando los informes que te mandaban y ya cuando terminabas uno te llegaba el otro. Así le paso a esta unidad ejecutora estando yo. Y era una forma de distraernos, clarísimo. Nos pasábamos contestando eso, porque te genera esto que hablábamos en la psiquis, una cosa, pero ¿qué es esto? Tratando de defender permanentemente tu trabajo en vez de demostrar tu trabajo, que no es lo mismo ¿no? (E1:2.134)

El juego político se difunde a través de los medios de comunicación y, en la era digital, a través de las redes sociales. No obstante, en las ciudades del interior uruguayo, donde se desarrollaron varias de las experiencias que recogemos, los medios tradicionales como la radio, los canales de televisión local y la prensa aún se encuentran vigentes. Este aspecto no siempre considerado al comienzo de la gestión se convierte a veces en un “talón de Aquiles”

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

para el gestor poco habituado a la exposición pública y la necesidad de comunicarse con la población.

Encontramos gestores que utilizaron la estrategia de salir en los medios, de “dar la cara”, como lo dice esta entrevistada:

Incluso estando en la subdirección la que salía a los medios era yo. Reuniones y todo, no me gusta, pero voy al frente igual. Iba yo prácticamente a todo y la verdad que muy bien, imponente, no tengo nada que decir. Porque además ellos siempre destacan, hay un medio acá en el Departamento que es muy escuchado, en la radio, un programa de radio, que la gente se queja de muchas cosas y ellos si bien no le dan andamio a todo, hay temas que sí los tratan. Entonces cada vez que había algún problema de algo me llamaban y yo siempre..., me dicen y me agradecen que yo salía a dar la cara. Aunque fuera algo que no estaba bien, que estaba mal, que yo salía y daba la cara, ya sea por lo bueno o por lo malo, yo salía a informar, “no a nosotros, porque no es para nosotros, es a la población”, decían, y es verdad. (E4:136)

Y otros gestores que optaron por la estrategia contraria, la de no salir en los medios, como en este caso:

Bueno, yo siempre tuve un perfil muy, muy, muy bajo y como estuve quince meses, la verdad no hablé nunca para la prensa. O sea, yo..., había prensa local, televisiva, me llamó por teléfono, quiso hablar conmigo, vino una oportunidad que hubo un inconveniente, y yo le dije que no iba a hablar, no iba a dar notas, no era mi perfil, capaz que equivocado, pero no era mi perfil ni hablar, ni explicar lo que había pasado, inclusive se inauguró una parte, fueron los que tenían que ir y hablaron, querían hablar conmigo porque era el director de la Unidad, yo tampoco. (E6:91)

En un determinado momento, como lo recoge el siguiente relato, las directivas de las autoridades de ASSE, fue que los directores de hospitales no se expresaran en los medios y que todo se canalizara a través de voceros de la organización a nivel nacional:

Yo nunca fui tampoco, Juan, que por eso quizás es bueno colocarlo, de responder porque a mí se me ocurriera, porque nosotros teníamos un lineamiento de trabajo con ASSE que no salíamos a la prensa cuando había dificultades particulares. De situaciones complejas, que involucraban situaciones legales o situaciones asistenciales o situaciones mucho más serias, nosotros, yo particularmente, tenía claro que no tenía que salir a abrir la boca, dar declaraciones de mis opiniones.

Salían las autoridades de ASSE diciendo que estaban en conocimiento de la situación y que se estaba haciendo esto, esto y esto. Pero no era yo la que salía a defender mi trabajo solamente, no sé si soy clara, ¿no? Yo creo que eso también fue una línea de trabajo que tuvimos en la gestión y que yo acaté también, porque sé que algunos a lo mejor no lo acataban tanto.

Yo lo acaté porque me parece que hay situaciones tan complejas, y en ese caso, que no lo podía personalizar en la directora. Porque no eran cuestión

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

de quién estaba en el puesto de dirección ¿entendés? Eran situaciones mucho más complejas, entonces me parecía bueno que salieran las autoridades de ASSE, diciendo primero, que estaban en conocimiento, que no era que esto sucedía y nadie sabía y también que a vos te fortalecía como rol de dirección, que tenías avales atrás. Si no, salías a defender vos sola, vos misma, tu trabajo y no era así. (E1:2.128)

Encontramos aquí una estrategia comunicacional, de nivel nacional, que fue acatada por la entrevistada, pero posiblemente desconocida por otros gestores. Esta estrategia fue adoptada en un contexto de gran polarización política y donde los hospitales públicos se convirtieron en centro de debate en el proceso de reforma. Es posible que esto obedeciera a que los servicios del prestador público ASSE se volvieron una opción para los usuarios que pasaron a tener el derecho de optar por este o por un prestador privado, generando una competencia por la captación de afiliados beneficiarios del seguro de salud.

El juego de la estrategia comunicacional no es menor, como bien se identifica en el testimonio que sigue, y por lo tanto no debería ser descuidado. Se asocia además de las denuncias realizadas a nivel de la Junta Departamental o del Parlamento Nacional, la vía judicial, lo cual genera una situación de mucha inestabilidad para algunos gestores que condiciona sus capacidades de gestión.

El edil del partido que hace la denuncia penal, todos los días salía en la prensa, sus palabras durante 15 días seguidos, todos los días y después cada 15 días. Yo creo que había una estrategia. Estoy convencida de que había una estrategia comunicacional por parte de la oposición para poder siempre estar en la agenda pública los problemas y si no había problemas, generarlos. No me cabe la menor duda, no me cabe la menor duda. (E1:2.133)

Es oportuno señalar el análisis situacional que realiza la entrevistada, quizás más intuitivo que analítico, pero que identifica “al otro” y su juego. “El otro está presente, tanto como posibilidad de cooperación, como de conflicto. Ambas posibilidades son demandantes de análisis estratégico” afirma Matus (2007b, p. 317).

Predomina entonces una relación de conflicto, dentro del legítimo devenir democrático, con los actores de la oposición política que se valen de los medios de comunicación para amplificar sus cuestionamientos. Esto es uno de los aspectos que determinan la gobernabilidad del proyecto político y por ende las posibilidades de alcanzar el escenario deseado (Matus, 2007b).

5.5.5. Consideraciones finales

Hemos analizado la percepción de los gestores enfermeros entrevistados sobre las reacciones de diferentes actores sociales internos y externos a la organización, ante las

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

nuevas posiciones asumidas en el juego social de los hospitales públicos que dirigieron. Para ello hemos tomado como referencia los aportes de Matus (2007a, 2007b, 2014, 2022) que permiten entender la gestión como el arte y la ciencia movilizados por un actor social en el juego con otros actores sociales para construirle posibilidades a su proyecto.

En primer lugar, la percepción del poder y la violencia simbólica del grupo médico es clara, posiblemente vinculada a que se trata del actor social que es desplazado de una posición, la dirección de la organización, que logró monopolizar hasta este momento. Esto generó miedo en algunos de los gestores entrevistados enfrentados a mandar a los “*intocables*”. Para lidiar con ello buscaron estrategias que básicamente consistieron en incorporar médicos al equipo de gestión que oficiaran de nexo al delegarles la responsabilidad técnico asistencial de los procesos de atención, favoreciendo en consecuencia una vinculación entre pares propio de las burocracias profesionales. A pesar de algunas dificultades para la incorporación de médicos al equipo de gestión liderado por un profesional de enfermería, la totalidad de las experiencias analizadas pudieron continuar su curso, contrariamente a lo encontrado en la experiencia de otros países donde la gestión de hospitales por enfermeros fue rápidamente abortada (Gómez Torres et al., 2008).

Con respecto a los otros trabajadores de la salud, la actitud predominante fue la de apoyo a la gestión enfermera, sostenida en varios casos en un vínculo que antecede a la gestión actual, conformando un capital social de las/os profesionales entrevistadas/os. Encontramos en el relacionamiento con los trabajadores organizados en las agrupaciones gremiales, el juego social con un actor de mayor peso que requiere capacidades del gestor para contender con el poder ejercido desde otras posiciones de la organización y que pueden afectar su proyecto.

En referencia a los usuarios de los servicios de salud, constituidos en actores con mayor protagonismo a partir de la participación social promovida por la reforma sanitaria, encontramos que las/os enfermeras/os gestores percibieron más bien apoyos. Se aprecia en algún testimonio el cambio cultural para los usuarios que supone el hecho de que el director del hospital no sea un médico, pero esto no implicó una dificultad para las/os gestores entrevistadas/os en los relatos analizados.

Finalmente, hallamos un juego social más conflictivo de algunas/os gestores entrevistados con la oposición política y los medios de comunicación. Estas/os gestores fueron particularmente los que tenían una adherencia político-partidaria más explícita. Este juego, con actores sociales externos a la organización, generó una gestión a la defensiva de las/os entrevistadas/os, en desmedro del proyecto. Por otro lado, la relación con los medios supuso un desafío para el que realizaron acciones de una amplitud que va desde la alta

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

exposición a la no exposición del gestor, mediadas por resoluciones del nivel central que intentaron concentrar las declaraciones públicas exclusivamente en las autoridades nacionales.

En forma similar, la investigación de Spinelli et al. (2019, pp. 66–67), destaca en sus hallazgos sobre la complejidad de gestionar y la “arena política”, las dificultades que enfrenta el gestor

derivadas de tener que lidiar cotidianamente con múltiples actores con capacidad de poner en juego variadas estrategias a partir de manejar algún recurso importante, y donde el poder se encuentra repartido y en permanente reconversión.

Asimismo, como lo señalan estos autores, la lógica de funcionamiento organizacional propia de las burocracias profesionales, que otorga gran autonomía y discrecionalidad a sus agentes, posibilitando la asunción de actitudes corporativas, se constituye en un desafío que no puede ser resuelto desde las viejas “recetas” de la administración normativa. Este hecho fue particularmente relevante en la relación de las/os enfermeras/os gestores con el grupo médico, como lo hemos expuesto.

En suma, las nuevas posiciones ocupadas por las/os profesionales de enfermería en los puestos de dirección de hospitales públicos alteró el juego en la “arena política”, generando algún grado de resistencia en el grupo de las/os profesionales médicos que no impidió la continuidad de las experiencias y más bien apoyo por parte de otros/as trabajadores de la salud y usuarios/as, desde la percepción de los propios gestores entrevistados. Es indispensable indagar en futuras investigaciones la mirada de la otredad, es decir cómo fueron ellos percibidos por estos grupos de actores.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

5.6 Balances de las experiencias y subjetividad

*O coração tem razões
que a própria razão desconhece*
“Aos Pés da Cruz” (1942)
Marino Pinto e Zé da Zilda

Las experiencias de gestión que hemos analizado son parte de la historia de vida de mujeres y hombres que, en las circunstancias que nos han relatado, asumieron la tarea de gestionar un hospital público. En los capítulos anteriores nos acercamos a conocer las condiciones de posibilidad que permitieron la llegada de estos profesionales a los cargos de gestión, sus trayectorias personales, el escenario en que desarrollaron sus experiencias, las características principales de estas y la reconfiguración del juego a partir de las nuevas posiciones que ocuparon. Nos centraremos ahora en un aspecto mucho más cercano al ámbito personal, íntimo de cada gestor/a, comenzando por el balance de la experiencia y la adaptación al nuevo cambio de posiciones a partir del día después de la gestión. Por otro lado, abordaremos un aspecto central como lo son las huellas en la subjetividad que dejaron las experiencias de gestión.

El mito racional fiel a la lógica cartesiana produce la ilusión de que todo puede reducirse a una relación sujeto-objeto donde lo relacional es un aspecto secundario en el estudio de las organizaciones (Spinelli, 2017). La negación de la otredad y de la centralidad de lo relacional en el juego de las organizaciones ha supuesto una dificultad importante para entender y desarrollar estrategias de gestión que permitan la mejora de aquellas para su servicio a la ciudadanía (Matus, 2007b).

Lo relacional es contundentemente central en cualquier organización social y si cabe, con mayor énfasis, en las organizaciones sanitarias donde los vínculos sujeto-sujeto constituyen la red sobre la cual se construye la organización misma y sus posibilidades. En este sentido la subjetividad de cada persona, trabajador/a o usuario/a de los servicios, es estructurada y estructurante de la organización (Bourdieu y Passeron, 1998). La historia de vida que ha conformado un *habitus* particular para permitir la incorporación al juego es la de un sujeto que siente y no sólo piensa.

Como lo expresa Luz (2022, p. X), “trabajar con la inserción social (y en última instancia política) de la ciencia, es trabajar con uno de los presupuestos básicos de la racionalidad científica moderna: su “neutralidad” frente a la historia, y su “independencia” frente a las pasiones del sujeto”. Sin embargo, podemos afirmar que en el caso del investigador social:

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

todo lo que él procura, en su insistente y notoria búsqueda, es aquella encrucijada o aquel camino trágico para la humanidad en que verdad y pasión, razón y emoción, sentimientos y voluntad, belleza y sentidos, se dieron el adiós. (Luz, 2022, p. X)

En el final de las entrevistas realizadas, al igual que lo encontrado por Spinelli et al. (2019), es donde se abren paso con mayor fluidez los aspectos del sentir y las emociones. El proceso de indagar sobre la experiencia lleva a recordar y actualizar acontecimientos significativos en la vida de los protagonistas, que, aún resignificados por el relato reeditan las emociones que generaron en otro momento. En este sentido una de la entrevistadas dice:

Pero digo que, en mi caso, me movió la entrevista porque vas para atrás en esto que vos decís, cómo se fue gestando algunas cosas, o participar de algunas gestaciones, muy quizás colateralmente, pero sí participar y de entender esas gestaciones. Entonces moviliza. [...] Y está bien, digo, porque es parte de recordar, porque cuando uno hace estas cosas de llevar a la persona hacia atrás, sabés que moviliza, que la memoria no la tenés cronológicamente tan lineal, sino que vas y venís, porque la memoria va ahí moviéndose y los sentimientos a la par, porque te movés viste. (E1:1.351)

La entrevista “mueve” a la entrevistada, le permite cambiar de lugar, volver a mirar lo que quizás había logrado olvidar y significativamente en ese “ir y venir” de la memoria, los sentimientos se “mueven a la par”. Y de esa forma se hace evidente la totalidad de la experiencia humana compuesta de razones y emociones que en forma indisoluble construyen historia.

Acomodarse al recuerdo, es también parte del proceso que desencadena la entrevista y que afecta al entrevistado:

Te vas acordando de situaciones, de cosas. Creo que vas cayendo en la memoria, en recordar. Lo que significa el recuerdo. Creo que también vas acomodando todo eso en un lugar en la mente ¿no? y en las emociones. Las vas como ubicando. (E1:2.297)

Mueve mucho cuando hablás más de lo personal porque es más personalizada la pregunta. Te mueven un poco más y hasta te autoevaluás ¿no? Con las preguntas que vos vas haciendo como que también, vas como haciendo un recuerdo que le pones una vara, una auto vara para medir. Entonces, a lo mejor en algún momento lo hiciste, pero nunca lo compartiste porque nadie te preguntó, primera cosa porque nadie te preguntó. Entonces, eso también, como que vas poniendo la vara ahora. (E1:2.197)

Encontramos, además, en el relato anterior, un componente de valoración personal en cuanto comparación entre la situación deseada, lo que realmente se logró y la perspectiva que da el tiempo transcurrido. Se evidencian así procesos de reflexividad que las/os gestores

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

quizás no han compartido antes, en ese devenir del pensamiento que A. Machado (1944, p. 101) describe magistralmente:

Converso con el hombre que siempre va conmigo
—quien habla solo espera hablar a Dios un día—;
mi soliloquio es plática con este buen amigo
que me enseñó el secreto de la filantropía.

Presentamos entonces, los balances que los/as entrevistados/as realizan de sus experiencias y aspectos vinculados al día después de la gestión y las huellas en la subjetividad que, en sus relatos, ha dejado la experiencia realizada.

5.6.1. Balances de la experiencia

5.6.1.1. La valoración de las/os entrevistadas/os

Una primera aproximación cuantitativa, a partir de la pregunta de cómo valoraría la experiencia de gestión realizada, muestra que los 10 entrevistados tienen una evaluación positiva de las experiencias. En las apreciaciones se observa una preponderancia del calificativo “muy buena”, seguido por “reconforme” y luego matices menores de estas dos primeras palabras.

Más allá del simple ejercicio cuantitativo es importante acceder a algunos ejemplos de los relatos de los entrevistados sobre su autovaloración, así encontramos:

Los resultados creo que fueron buenos, para mi fueron buenos, los objetivos que me planté desde que entré al hospital se cumplieron, tengo eso de haber podido lograr lo del (nuevo)hospital. (E3:158)

Yo la evaluaría con MB, BMB, que si no se pudo hacer más es porque los recursos externos no llegaron. (E10:134)

No llegamos a hacer una evaluación completa, pero yo creo que fue una muy buena gestión la que realizamos, pero en base a que había buena gestión anterior. (E8:170)

Yo lo evalúo bien. No es por ser modesta, pero yo considero que se hizo muy buena gestión, con todo lo sucedido, con cómo se encontró el Hospital también, no la parte edilicia sino muchas cosas administrativas y muchos vicios que tenía el personal, yo considero que bien. (E5:198)

La verdad que no me arrepiento, siento que crecí mucho, estoy muy conforme con todo lo que hice realmente, y todo el mundo te lo dice, transformé al

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

hospital en la parte de recursos humanos y en la parte edilicia ni que hablar.
(E9:163)

Yo me siento conforme y me siento tranquilo. (E7:134)

Yo me considero que sí, que fue muy buena la gestión, me tengo que decir yo, porque quién lo va a decir, pero para mí es muy buena mi gestión.
(E4:142)

La percepción propia de cada entrevistado, a cierta distancia temporal de las experiencias de gestión, implica una valoración que claramente no se circunscribe al momento puntual de la entrevista, sino que es una elaboración que se ha ido realizando en el tiempo, conversando “con uno mismo”. Sin embargo, quien ha pasado por una experiencia de gestión puede tender a ser benevolente consigo mismo como forma de atenuar los sinsabores que la experiencia ha dejado y que, como lo veremos afecta en forma significativa la subjetividad.

Para salvar lo anterior, es pertinente mostrar las respuestas a la pregunta acerca de si volverían a realizar las experiencias de gestión. Encontramos, en contraste con la unanimidad positiva dada a la pregunta inicial, 4 gestores que claramente dicen que volverían a realizar la experiencia y 5 que no lo harían.

Dentro de los que afirman que volverían a realizar la experiencia (Cuadro 7), hay gestores que valoran la experiencia acumulada como facilitadora de nuevas instancias de gestión, que se expresa en “*estar más preparados*” que al inicio de las experiencias que se analizaron. No obstante, se reconoce que las tareas de gestión implican lidiar con situaciones de “*mucho estrés*” y que genera “*que uno queda bastante cansado*”. Por último, algunos entrevistados señalan aspectos vinculados al juego de la gestión que evidencian que “están dispuestos a jugar el juego”, lo que implica que se perciba la gestión como un trabajo que “*gusta*” y que es un “*desafío*” o un “*reto*” que puede dar “*satisfacción*” a quien lo intenta. Este aspecto no es menor e implica reconocer el deseo que mueve al gestor y que lo implica en el juego social de la organización en la que pretende llevar adelante un proyecto de gobierno (Matus, 2007b).

Por otro lado, son más los entrevistados que dicen que no volverían a realizar la experiencia de gestión (Cuadro 8), mencionándose como motivos el impacto en la salud mental, la soledad del gestor, la falta de apoyo y el hecho de sentir que se cumplió un ciclo con la experiencia realizada. Uno de los gestores reproduce un dicho común en los ámbitos de gestión: “*el día que asumís ya tenés fecha de vencimiento*”, en referencia a que los cargos de gestión del sector público están vinculados a los ciclos políticos del juego democrático.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Cuadro 7. Relatos de enfermeras/os gestores que sí volverían a realizar la experiencia de dirección de un hospital

Sí, sí, sin duda que sí. Creo que la licenciatura, en lo que es salud, nosotros estamos muy bien preparados, podemos volcar mucho, en cualquier cargo de gestión no tendría problema dentro de lo que es la salud. Apuesto más al primer nivel que a los hospitales. [...] En general es un trabajo que es de mucha responsabilidad, de mucho estrés, pero es un trabajo que me gusta. (E8:164,168)

Sí, yo creo que sí, creo que sí. El hospital fue para mí un desafío y una satisfacción. Habiendo trabajado veinte años en un hospital en condiciones ruinosas, no te puedo decir cómo fue mi experiencia del hospital. (E2:165)

(piensa). Yo creo que sí, porque me siento mucho más preparada en el sentido de que toda esa experiencia acumulada me sirvió muchísimo, y es una especialidad, un área que a mí me gusta. Pero obviamente, lo haría diferente. No sé ahora, ahora no porque uno queda bastante cansado, pero capaz que, en otras áreas, seguir en la gestión, pero en otras áreas. (E3:150)

Sí, sí, a pesar de todo, sí. Fue muy linda experiencia, no sé si quizás porque fue en el hospital C, quizás en otro centro no sea lo mismo, pero yo sí la aceptaría, totalmente, porque aparte tanto del punto de vista profesional como personal, es un reto, para mí. La verdad que sí. (E5:194)

Fuente: elaboración propia

Cuadro 8. Relatos de enfermeras/os gestores que no volverían a realizar la experiencia de dirección de un hospital

¡No!, por salud mental no. Porque me gusta y porque trabajo, me encantó ¿me entendés? El equilibrio pesa más, la psiquis y lo emocional que lo profesional. No lo volvería hacer, no lo volvería hacer. (E1:2.181)

No, [...] te decía que no. Vos sabes que me sentí muy sola en la dirección, capaz que justo me tocó un subdirector que no tuve el apoyo que yo quería. Me sentí sola, como la dirección. Pero a su vez como te digo la gente apoyó. [...], pero yo igual me sentía como sola allá arriba, no me sentía cómoda. (E4:133)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Cuadro 8 (cont.)

No. Se tendrían que dar muchas cosas, no. [...] La dirección es por un tiempo equis, el día que asumís ya tenés fecha de vencimiento, será al año, a los cuatro años, a los cinco, pero va a terminar, ya sabés que va a terminar, va a venir otro. No por bueno o por malo que sea, sino porque es así la dinámica, y después vas a volver al llano digamos, vas a volver a tu actividad, entonces como que es muy difícil. (E6:215-216)

No sé si la repetiría, porque en realidad uno piensa que vas a tener un poco más de apoyo del que tenés, y si bien es lo que te digo, si bien me encuentro super satisfecha por lo que pude realizar, fue a puro pulmón, golpeando puertas. (E9:182)

No, porque creo que ya cumplí mi ciclo en ese hospital, me gustaría gestionar en otro lugar sí, en una dirección departamental, en otro hospital, en un hospital más grande por ahí, o estar en el equipo de gestión de un hospital más grande. Pero en el Hospital X no porque creo que ya se cumplió mi ciclo, yo ya hice todo lo que podía dar para ese hospital, ya lo di. (E10:125)

Fuente: elaboración propia

Es llamativo que la valoración inicial de la experiencia sea muy buena por parte de los gestores pero que menos de la mitad de los entrevistados esté dispuesto a realizarla nuevamente. Es posible que esto se deba a las vivencias que impactan profundamente en la subjetividad de los gestores, más negativa que positivamente, que, sopesado en forma retrospectiva hace decir a una de las entrevistadas: *“porque me gusta y porque trabajo, me encantó —me entendés? — (Pero) el equilibrio pesa más. La psiquis y lo emocional que lo profesional”* (E1:2.181).

5.6.1.2. El después de la gestión

El día después de la gestión es muy significativo en la experiencia de toda persona que haya asumido la tarea de gestionar una organización. La nueva etapa vital puede abarcar un abanico de situaciones que puede ir desde asumir un puesto de mayor jerarquía, continuar en tareas de gestión en otro lugar, cambiar a otro tipo de actividad laboral o incluso precipitar el retiro jubilatorio. Se trata de un momento que nuevamente bifurca la trayectoria vital de una

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

persona (Muñiz Terra, 2018) y que implica (re)acomodarse a situaciones nuevas. Así lo expresa Spinelli (2017):

Pero un día, la designación en el cargo finaliza (por decisión propia, o de otros) y se revela el carácter adictivo de la gestión: el duelo no suele ser fácil. Los teléfonos dejan de sonar, se pasa del “tiempo no para” al “tiempo no pasa” y se descubre que no todos los que lo rodeaban siguen estando a su lado. Irse de la gestión es como bajar de un tren de alta velocidad, en marcha, y no es raro el síndrome de abstinencia a ese poder que deja de tenerse, y no siempre se consigue soportar. (p. 589-590)

En el caso de las organizaciones sanitarias, donde en general siempre existe una profesión de grado universitario es habitual “volver al llano”, es decir a las tareas profesionales propias. En un juego que es expresión de las luchas de poder en el campo esta vuelta a la profesión no resulta fácil. Por un período de tiempo más o menos prolongado, el gestor ha dejado de ser enfermero/a, médico/o, obstetra y se ha sentido identificado por la palabra director/a y con el ejercicio de esa función.

Una de las entrevistadas relata así su regreso a las tareas de enfermería:

(La jefa del departamento de enfermería) fue a plantearlo a Dirección y le dijeron que no, que yo era nurse operativa, que tenía que ir a la sala como cualquier otra nurse y rotar en los turnos como cualquiera otra. Así que tá, quedé en esa que tenía que rotar por los turnos, que después al final estuve remal, me sentía como perdida, como... Yo decía: — qué estoy haciendo acá— Si bien coordiné un montón de traslados, hice algunas cosas en esos días que estuve, decía: —qué estoy haciendo acá, con todo lo que hay para hacer de gestión y de cosas importantes y yo paseando por los pasillos— Porque hay momentos en los que estuve paseando, porque no sabía qué hacer. No podía entrar a la sala, no tenía ni uniforme, estaba con el uniforme que yo usaba en Dirección, porque tantos años, los tiré, estaban amarillos, no tengo más y no me había ido a comprar, no me he ido a comprar todavía. (E4:155-156)

Se denota en el relato una situación bastante habitual en los cambios de los equipos de gestión que se suceden durante los ciclos de gobierno: el otro jerárquico que precedió la nueva gestión debe pasar a ser un “cualquier otro”, sin privilegio alguno. Esto hace “sentir como perdida” a esta profesional, que posiblemente había pensado diferente su día después, ya que ni siquiera dispone de uniforme de trabajo para las tareas de enfermería.

El siguiente relato, en el mismo sentido que el anterior, dice que la profesional no puede adaptarse a la nueva situación, no se “acostumbra”. Siente la falta de la dinámica vertiginosa de la gestión y en consecuencia no siente “el gusto por ir a trabajar” por lo que se encuentra evaluando renunciar a su trabajo.

Fue muy raro, no estoy acostumbrada, todavía no me acostumbro. Es más, estoy evaluando renunciar al hospital porque no me siento a gusto, porque la

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

gestión es una especialidad. A mí el director me pidió que me encargara de las policlínicas. No le siento ese gusto de ir a trabajar. Me gusta la gestión, me gusta esa adrenalina que tiene la gestión, y bueno, así que estoy viendo otros caminos. (E10:139)

Por otro lado, la forma en que se produce la salida del cargo de gestión también es significativa para las personas. En la jerga de los gestores no es lo mismo “salir por la puerta grande” que salir de otras formas. Encontramos también la decisión de quien se retira por motivos éticos, entendiendo que, con los recursos con que se dispone no se pueden afrontar las situaciones asistenciales. En consecuencia, valoradas como insuficientes las capacidades institucionales, esta gestora decide no seguir con esa responsabilidad:

Hubo un momento que yo dije: —yo así, no más. Así no más, porque no podemos seguir así, tienen que tomar cartas en el asunto, uno no puede estar en un Centro Departamental con dos días de anestesia, arriesgando que te venga una parturienta y qué haces —. [...] O sea yo ahora hago un “revival” para atrás, ahora que hay un nuevo equipo, tienen las guardias completas, y si bien se les hace a veces tediosa la gestión, digo, como nosotros en aquel momento no teníamos nada y hacíamos malabares. Yo en el momento que renuncié, renuncié porque dije: —así, no más —. No puede ser, no puede ser, hay cosas que el sistema de salud no puede permitir. (E10:106)

En el relato siguiente la renuncia es precipitada por un proceso de concurso del cargo de dirección que para este gestor implicó una situación que le provocó sufrimiento y que lo lleva a cerrar la etapa y pasar a desempeñarse en otra unidad ejecutora distinta a la que dirigía:

Renuncié y me fui a trabajar a la RAP. Me fui a trabajar a la RAP porque la verdad que había quedado..., no había quedado bien, después de todo lo que había pasado. Porque por supuesto que estaban en todo su derecho de hacer un concurso por más que haya gente que no esté de acuerdo, que sí, que no. O sea, a mí me parece que los concursos están bien, hay que hacerlos, porque si no, uno se forma y se prepara para nada, pero que sean en un contexto, y que sean transparentes verdaderamente. Y no esto que era como un híbrido de sí pongo un concurso, pero por atrás no sé qué, y todo eso se sabe a la corta o a la larga. Y eso fue un poco lo que me dolió, puede ser la palabra. Dije basta, esto fue una etapa, lo hice lo mejor que pude, trabajé en equipo, me llevo lo mejor de toda esta experiencia, y ya está. (E3:90)

También encontramos situaciones donde el gestor permanece en el cargo luego del cambio de gobierno y tiene expectativas de continuar en el mismo. Sin embargo, se encuentra con una decisión contraria que adicionalmente no es comunicada cara a cara. Es el caso que encontramos en el siguiente relato en el que nuevamente podemos observar el sufrimiento vinculado a la situación de cese:

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Entonces íbamos marchando, hasta que entro un sábado porque había una planilla que debíamos hacer todos los días de COVID, entro a mirar el parte de CTI, y veo la resolución. Me quería morir, una taquicardia, una cosa. De todo, me atacó mal. Porque si bien como que yo sentía, pensé que por lo menos me lo iban a decir, decir: —mirá, vos no te alineas con nosotros, no nos gusta como trabajas—, no sé. —Queremos formar un equipo de médicos, vos que sos licenciada andá para otro lado—, no sé. Pero que me lo digan, entonces uno como que mentalmente, vos te prepares de otra manera. No que te venga por un coso y todavía lo que me dijeron es que ellos no sabían nada, que había venido de arriba. (E4:149)

Por el contrario, en el relato que sigue, la noticia se da en forma telefónica, pero de todas formas se puede observar la fragilidad de la continuidad en los cargos de gestión, que puede precipitar la salida del gestor en cualquier momento y para lo cual no siempre se ha preparado. En este caso además en una gestora que decidió dedicarse en forma exclusiva a la función pública.

Quando me llamó y me dijo que iba a llamar a concurso para el hospital. Yo enseguida le dije: —yo dejé todo por el hospital, es mi único trabajo— Porque en realidad en ese momento era mi único trabajo, y me dijo: —bueno tá, pero va a ir— A lo que yo pregunté: —qué pasa si no gano el concurso—, —y bueno, volvés al puesto que tenías antes— Así nomás. (E9:175)

Finalmente, es importante destacar que dejar el cargo de gestión no implica desprenderse de responsabilidades que se hayan asumido durante el desempeño de este. En primer lugar, es importante separar las situaciones de corrupción en la función pública que deben ser denunciadas e investigadas por la justicia de otras que, motivadas por la obtención de réditos políticos partidarios en los períodos preelectorales, se sustancian en denuncias penales con gran destaque en los medios, pero sin tener un sustento real. Estas últimas afectan al gestor, en el momento en que se producen, pero también pueden extenderse más allá de su cese por los tiempos prolongados en que se desarrolla la investigación judicial. Es habitual que este tipo de denuncias terminen con el sobreseimiento del indagado/a por parte de la justicia, pero para ese entonces los medios ya no difundirán la noticia provocando un perjuicio al gestor que públicamente queda cuestionado en su integridad moral. Un ejemplo de esta situación la encontramos en este relato:

Entonces, a raíz de eso, en mi caso particular, estoy con una situación judicial respecto a eso, porque hubo una denuncia hacia mí persona de conjunción de intereses. En realidad, no la tengo la conjunción de intereses porque no tengo ninguna empresa ni nada. Lo que podría/ lo que se podría transformar es en un abuso de funciones porque decidí algo que la ley o la normativa de la administración pública no me lo permite. De todas maneras, frente a eso prefiero tener una observación, no sé si es un delito de la vía judicial, un “abuso de funciones”, y no tener a nadie [...], a nadie le dije que no. (E1:1.58)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

El testimonio da cuenta además del dilema ético al que se enfrenta un director/a de hospital, entre el cumplimiento de la normativa de compras del Estado, pensadas más bien para oficinas con otros tiempos para la toma de decisiones, y la resolución de temas asistenciales, que muchas veces requieren de celeridad para la resolución oportuna de determinadas situaciones clínicas. En el caso anterior la gestora optó claramente por resolver lo asistencial.

Situaciones como las que hemos descripto son comunes en quienes ocuparon cargos de gestión y nos permiten reflexionar en las dificultades de las instituciones públicas, en nuestro caso los hospitales, para lograr acumular el conocimiento producido en las propias organizaciones. Perder el “saber hacer” en cada ciclo electoral debido a que se produce en general, un recambio casi total de los cargos de gestión es por lo menos poco eficiente. El llamado a concurso de estos cargos no parece haber sido una alternativa que mejorara esa situación, al menos en los casos que recogemos para esta investigación. Queda aquí, mucho por trabajar colectivamente, para construir una institucionalidad pública más comprometida con su deber para con los ciudadanos, pero también mucho más cuidadosa con quienes dedican sus esfuerzos a mejorarla.

5.6.2. Las huellas en la subjetividad

Las organizaciones son espacios privilegiados para la producción de subjetividad (Onocko Campos, 2023) especialmente en el campo de la salud donde en el trabajo cotidiano “siempre hay una subjetividad de otro directamente implicada” (Campos, 2009, p. 124). En el caso de los gestores de las organizaciones el otro significativo puede ser un usuario del servicio que dirige, los/as trabajadores/as de la organización o sus “superiores jerárquicos” que dirigen la organización a un nivel mayor. Compelido entre fuerzas más opuestas que sinérgicas que lo tensionan desde el exterior y por la disputa interna entre el “ello” y el “superyó”, el “yo” del gestor busca sobrevivir entre las pulsiones de la vida y de la muerte (Fernández, 2018).

El espacio institucional se vuelve como “*locus* privilegiado de sublimación” (Onocko Campos, 2023, p. 82) pero también de malestar o sufrimiento, ya que, de acuerdo con Campos (2009, p. 115):

Los trabajadores de salud son el producto del sistema de relaciones en que están sumergidos, pero son al mismo tiempo productores de este mismo sistema. Son sujeto y objeto en el mismo momento y durante todo el tiempo.

Como objetos producidos por el mercado, por las políticas gubernamentales, por el saber estructurado en disciplinas, por las leyes y por los valores culturales de cada época, los trabajadores tienden a sufrir pasivamente los

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

efectos de estas máquinas sociales. Reflejan momentos alienados, y son más cosas que agentes de sus propios destinos.

Al indagar sobre las huellas que la gestión ha dejado en los entrevistados encontramos una descripción mucho más amplia del malestar vivenciado como consecuencia del juego propio de la gestión y, en menor medida, sentimientos más narcisistas de disfrute del mismo juego. La predominancia del malestar en los relatos es claramente superior a los sentimientos que podríamos alinear con la realización personal fruto del trabajo realizado, lo cual debe señalarse como un aspecto clave del impacto en la subjetividad que produce la experiencia de gestión.

5.6.2.1. Gestión y malestar

A partir de los relatos que veremos a continuación podemos afirmar que, en general, la gestión produjo malestar en la subjetividad de los profesionales de enfermería que asumieron la responsabilidad de dirigir un hospital público. Podemos asociar este sentimiento a la idea narcisista que en palabras de una de las entrevistadas dice:

Viste que uno tiene la fantasía de que todo el mundo te va a querer y no es así tampoco. (E1:2.193)

Esta fantasía refleja la dificultad para entender el juego de las organizaciones sanitarias y el rol que un gestor puede desempeñar en el mismo. Impregnado de las teorías clásicas de la administración, con una concepción lineal de tipo causa-efecto, el gestor que recién asume la función se ilusiona con “poner la casa en orden” rápidamente y, además, con la aprobación de todos los trabajadores. Esto supone un nivel de autoexigencia importante que en poco tiempo conduce a la frustrante comprobación de que el juego es mucho más complejo. En la misma línea encontramos el sentimiento de pánico escénico asociada a la concepción de un gestor centro o vértice de la organización, que duda “si puede” con la gestión de la organización:

Me dio pánico escénico. Pero bueno, X es la que me conoce y conoce el hospital, si ella piensa que yo puedo con eso, adelante. (E9:163)

El malestar que sienten los gestores nace de situaciones como las anteriores y produce sufrimiento. Este se expresa en sentimientos como cansancio, angustia, incertidumbre, desilusión, dolor, soledad e incluso enfermedad física. Es elocuente en este sentido el siguiente relato que expresa:

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Entonces, son puestos de gestión que no es solo si te va bien y planificas bien. No es eso. La planificación, es un momento, que es lo que más te enseñan, en lo técnico, es importante. Pero acá hay cuestiones como estas, en donde la psiquis de uno es brutal lo que sufre o lo que se modifica o la dinámica que tiene ¿no? Me parece que eso tampoco es visto en los cursos de gestión porque en los cursos de gestión es solo técnico, nadie te dice que te va a pasar a vos acá dentro en la cabeza, nadie, nadie habla, es como que ser gestor es en una burbuja. Ahora que se usa la palabra burbuja, estás en la burbuja técnica y las decisiones que tomás no involucran nada más que lo técnico y no es así. Se obvia toda la parte de la humanización y de la carga laboral que tiene un gestor, y no por la cantidad de horas que hacés o la cantidad de papeles que firmás, si no por la responsabilidad en su conjunto, integral, que significa ser gestor y ser el director o la directora. (E1:2.131)

“La psiquis de uno es brutal lo que sufre”, dice la entrevistada, y eso no fue advertido o abordado en los cursos de gestión en los que se formó. Reafirma seguidamente: “nadie te dice que te va a pasar a vos acá dentro de la cabeza, nadie, nadie habla”. Esto que no se dice, que no se explicita es el malestar que frecuentemente acompaña la tarea de gestionar. Adicionalmente pone en cuestión la planificación y sus técnicas, aspectos centrales de la formación en gestión, que fueron ya problematizadas en profundidad por autores como Mintzberg (2001) y Matus (2014).

Por otro lado, el trabajo del gestor es agotador porque, como bien lo expresa el testimonio siguiente, se trata de un trabajo que nunca se detiene. Aun no estando físicamente en el hospital, el gestor continúa “enganchado” con los problemas pendientes de resolución que, con el avance tecnológico, hoy le llegan de manera continua a su celular, en formato de mensaje, correo electrónico, llamadas o notificaciones de sus redes sociales. Así, la persona del gestor que siente además la presión de fuerzas opuestas de superiores y trabajadores, sufre y se “desgasta muchísimo”:

Creo que es algo agotador. Hoy vos me decías cuánto tiempo estas trabajando en el hospital y quizás físicamente estás siete, ocho horas, nueve, pero sin lugar a dudas estás veinticuatro horas. Es algo que te desgasta muchísimo, muchísimo. Y ahora que estoy en otro rol, ves cómo se dan las cosas. Por ejemplo, cuando vos estás de director de hospital, porque tenés las presiones del día a día, tenés las presiones del funcionario, y tenés las presiones del otro lado, de los superiores que te están presionando para que vos lleves a tierra o que cumplas con lo que ellos te están solicitando. (E7:128)

Uno de los sentimientos más asociados al rol de gestor es el de sentirse sólo/a. La soledad del gestor deviene de una concepción piramidal de la organización, construcción central de las teorías clásicas que hunde sus raíces en la historia de organizaciones como el ejército y la iglesia. Esto es precisamente lo que trae esta entrevistada:

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Pero es de mucho sufrimiento mental, mucho sufrimiento psíquico y de mucha soledad, de mucha soledad, mucha soledad. Porque, como es piramidal, toda la responsabilidad es tuya. Vos no le podés decir... si sos director sos responsable, chau. No podés buscar excusas en los demás, no. Es de mucha soledad con esta forma piramidal que tenemos. Si fueran consejos directivos, que compartís, que la responsabilidad se toma entre todos..., pero el equipo de gestión es otra cosa. Vos seguís siendo el director y la responsabilidad la tenés vos. Entonces, creo que, si se cambiara las formas de la gestión o tuvieras, yo qué sé, directores asistenciales, directores... ¿no?, que podés compartir las direcciones, a lo mejor no te sentís tan solo, pero si no, es una soledad. Como lo sentí yo, a lo mejor no lo sintió..., por las características, por lo que nos pasó, por lo que me pasó, pero no sé, creo que es de mucha soledad. (E1:2.184)

El relato nos permite imaginar el sufrimiento del “pobre yo” del gestor, sometido a una responsabilidad que le es adjudicada en forma personal e intransferible. Evidenciar esta realidad a través de este relato sorprende, más aún si quien lo dice está contando una experiencia de gestión realizada ya avanzado el primer tercio del siglo XXI, con un desarrollo importante de las teorías y de centros de formación en gestión. Sin embargo, evidencia una práctica de gestión habitual en los hospitales públicos que estamos analizando, que muestra lo poco que esta ha cambiado a pesar del amplio desarrollo de las ciencias de la administración. Siguiendo a Spinelli (2017, p. 593) es preciso preguntarnos: “¿por qué no pensar o, mejor dicho, recuperar en términos colectivos, las formas de dirección?”, como también lo intuye la entrevistada.

Otro aspecto que puede provocar malestar es la exposición social que tiene quien ocupa un cargo de gestión lo cual no sucede habitualmente en la actividad profesional. En ciudades pequeñas como en las que se desarrollaron algunas de las experiencias aquí analizadas, este aspecto puede volverse más notorio aún, como en este relato:

Entonces como que uno comienza a darse cuenta de que son situaciones que son muy difíciles para afrontar en cuanto a la parte psicológica. Porque yo personalmente no me gusta ir por la calle, y que uno esté diciendo mirá este es un hdp, vino para hacer esto, hacer lo otro, [...], entonces eso también va haciendo mella. (E6:230)

En el mismo sentido, otro relato ahonda en las consecuencias de la exposición del gestor, a partir de situaciones amplificadas por los medios de comunicación, llegando a provocar el aislamiento social como mecanismo de defensa psicológica.

Pero los medios jugaron, en mi caso, un papel fundamental. Quizás, afectaron, por supuesto, todo, afectaron la gestión y afectaron a mi persona, a mí, a mis emociones, a mi persona, a mi psiquis. Afectan mucho, mucho. De hasta no querer salir, solo ir a trabajar e irte para tu casa. Porque te ven en la calle, como decíamos ayer, todo el pueblo te conoce, —mirá ahí va la que no sé qué—. Te vienen esas persecutas en la psiquis. (E1:2.130)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Así, el gestor se asemeja más a un mártir o en todo caso a una figura quijotesca (Spinelli, 2012) que desde la soledad de su posición hace intentos por conducir la organización en la que se le ha asignado la responsabilidad de gestionar. Esos intentos unipersonales provocan un juego a la defensiva en que difícilmente reconoce la dinámica del juego social y en consecuencia es experimentado como un juego perverso, provocador de daño personal, llevando al “achique” del gestor:

Yo creo que eso agota, cansa, erosiona mucho, porque tu intención es otra y bueno. Y aparecen todas estas cosas que no te dejan avanzar ampliamente, extendidamente, sino que haces lo contrario: te vas achicando porque siempre tenés miedo cómo te vas a mover o cómo va a suceder. (E1:1.61)

Finalmente, encontramos relatos que dicen que la gestión termina no sólo afectando a la salud mental como venimos mostrando, sino también a la salud del cuerpo físico:

Bueno, Mengano, él lo dice, que tuvo un infarto, tiene dos stents, y él lo decía siempre, el hospital me costó un infarto, lo decía, y lo decía la otra directora, y lo decían todos. (E6:232)

Por el otro lado, encontramos gestores que debieron recurrir a tratamiento psiquiátrico para sobrellevar las consecuencias asociadas a la experiencia de dirección como en este relato:

Entonces como que andaba mal, mal. Y bueno fue ahí que fui a ver la psiquiatra, y en realidad salió de ella certificarme, yo en realidad fui a pedirle algún medicamento como para que me hiciera dormir un poco, porque veía que no dormía, me daba como taquicardia. Y bueno, ella dijo, no, no, yo te voy a certificar. (E4:157)

Por último, casi todos las/os entrevistadas/os manifiestan que sus familias se vieron afectadas durante las experiencias de gestión. Así, por ejemplo, el siguiente relato de una gestora sobre su maternidad, que debemos contextualizar además en las desigualdades de género en el cuidado de los hijos (Molinier, 2012):

Y con respecto a la familia, bueno, ya es cuestión de costumbre, todos se acostumbran a que estás con el teléfono permanentemente y es un poco como un apostolado. Cuando uno elige ese cargo es para cumplirlo, y cumplirlo bien, y bueno, sí tiene sus cosas, obvio. A mí cuando empecé en la gestión mi hija más chica tenía un año, y cuando dejé la gestión mi hija más chica tenía 13 años. Y bueno, sí, a veces mami no estaba, mami tenía reunión, se iba a las 6 de la mañana y volvía de noche. Y bueno, y sí, las ausencias son recriminadas. Tengo dos hijas, una de 17 y otra de 15, y a las dos les falté bastante tiempo. (E10:137)

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

En el mismo sentido, estos testimonios refieren a que la tarea de gestión afecta la vida social y particularmente el círculo más íntimo de la familia, agregando así una complejidad más a la tensión que soporta el “yo” del gestor. Disputado no sólo dentro de la organización que dirige, si no también desde los ámbitos sociales de donde proviene, en general se siente “*absorbido*” por las urgencias de la gestión y su adrenalina.

Y después también el desgaste, porque muchas veces es de noche, las dos, tres de la mañana, una reunión que postergás, dejás de hacer cosas por estar en el trabajo. Dejás mucho lo que es la parte social de la familia de lado para cumplir con esto, que es como te decía, te desgasta mucho y no solamente en lo físico sino en lo emocional, en lo familiar, te absorbe mucho. Si es que lo querés hacer en una forma, me parece que, comprometida, con ganas de que el proyecto que estás vendiendo, que estás haciendo, salga adelante.
(E7:137)

En forma similar el relato que sigue da cuenta de dos “tiempos” en los que transcurre la gestión. Por un lado, el tiempo de la gestión como tiempo que no para, rápido, en general urgente, absorbente, que consume gran parte del día del gestor. Y por otro, el tiempo de la vida personal y familiar, donde “no dejan de pasar cosas”, ciclos vitales como nacimientos y pérdidas, que se vuelve difícil de alinear con el tiempo anterior y en los que los entrevistados perciben no haber estado lo suficiente. En las sociedades actuales, es probable que esta forma de percibir los tiempos personales y laborales trascienda a quienes ocupan cargos de gestión y se encuentre también en otros trabajadores en un sinnúmero de actividades diferentes que, atravesados por cambios sociales profundos, también acusan el impacto en las relaciones personales y familiares de forma significativa. No obstante, son claros los relatos de los profesionales aquí entrevistados en cuanto a que la gestión, “*sacando mucho tiempo a la vida personal*”, afecta la subjetividad de quienes asumen esta responsabilidad.

De lo que sí, no es que me arrepiento, pero sí me sacó mucho tiempo de mi vida personal. Si bien yo tenía horarios libres, podía estar en los momentos importantes, me sacó mucho de estar en mi casa. El teléfono, es un desgaste importante el tema del teléfono, el estar pendiente, o yo me lo tomé de una manera que capaz que se me fue un poco de las manos, pero eso me desgastó a mí, física y psíquicamente también. Ese estrés que va desgastando con los años, y también en mi familia, porque el teléfono es un tema importante en la familia. Si bien mis hijos ya son grandes, una es adolescente, en ese momento era más chica, mi esposo está en el rubro médico, entonces es más fácil porque entiende mucha cosa, pero me pasaron cosas en el medio, falleció mi papá, mi hermano, y bueno, a veces como que uno se siente que faltó un poco por estar en el hospital, pero es la vida.
(E3:163)

Sin embargo, el círculo social más cercano constituido por los lazos familiares, es valorado por varios entrevistados como un punto de apoyo importante que permite sostener

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

al gestor en su tarea. Por ejemplo, en el siguiente relato, se cuenta la incidencia de la opinión familiar desde el momento mismo de tomar la decisión de aceptar un cargo de gestión y el apoyo recibido durante la experiencia.

Entonces cuando me ofrecieron, yo dije ¡paaaaah!, era un desafío muy grande, porque yo pensaba: — ¿estaré a la altura de las circunstancias? — Pensaba que sí, todo así rápidamente para ver que iba a hacer. Le pregunto a mi marido: —sabes que me están ofreciendo esto— Y me dijo: — qué vas a hacer—, —Y no lo sé, pero creo que...—, —Y vos querés ir—, —Sí yo quiero ir—, —entonces andá— dice mi marido, —decí que sí—. Porque en ese sentido mi familia siempre me ayudó. [...] Siempre me apoyó, y eso creo que hizo posible que yo hiciera todas las cosas que hice, no sé cuánta cosa he hecho en mi vida, de todo, militar, militar en el gremio, militar políticamente, estudiar, tener hijos, tener mi casa, maravilloso, mi vida ha sido maravillosa, no puedo decir otra cosa (habla con emoción). (E2:169)

Finalmente, hay un círculo social de importancia para el gestor que es el de quienes lo convocaron para la tarea y que ocupan cargos de gobierno o de conducción política en ámbitos de la estructura de los partidos políticos, a los cuales el gestor no siempre pertenece como hemos visto anteriormente. Desde la profesión enfermera, hace mucho que se plantean el dilema de “quién cuida a los que cuidan”, para hacer notar que quienes se dedican a cuidar a otras personas requieren también de cuidados. Consideramos que este concepto es de relevancia para cualquier proyecto político que asuma la responsabilidad de gobernar por decisión de la ciudadanía en el juego democrático.

En los profesionales de enfermería entrevistados encontramos con mayor frecuencia un sentimiento de falta de apoyo del nivel central de la organización y también de las autoridades del partido de gobierno, que no guardó relación con la “exposición” que supuso la experiencia de gestión. Así lo encontramos, por ejemplo, en este relato:

Y duele también la exposición. Todos los directores se expusieron mucho por ese proyecto, sabés, al cual no fueron defendidos ni por la fuerza política ni por la institución. Ninguno de los directores fue defendido. Ninguno. Y eso duele cuando ponés en la balanza. La fuerza, la estimulación, el compromiso que vos generabas para que después no tuvieras respaldo.

No es culpa, pero sí es cosita. Te moviliza. Que decías tá, que exigías, porque era una manera de exigir, compartidamente la exigencia, ¿no?, para después quedarte vacío y decir tienen razón, nadie atrás. Nadie. Nadie. Eso duele. Como proyecto político sanitario aprender y a mejorar porque tendremos que seguir mejorando para que todo mejore evidentemente. (E1:1.348-350)

Reaparecen, vinculados a las relaciones con este círculo social, sentimientos como dolor, soledad, “*quedarse vacío*” que contrastan con lo que se percibe como ofrecido por el gestor en cuanto a compromiso e involucramiento con el proyecto político. Debemos ubicar

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

estos testimonios que fueron recogidos una vez que culminara el ciclo progresista y, por la tanto, en un momento de balance más profundo y de cierta distancia con las experiencias de dirección. No obstante, es importante advertir, como lo dice la entrevistada, sobre la necesidad de “*aprender y mejorar*”, fundamentalmente en orden a no perder aprendizajes y acumulaciones que son fundamentales para la construcción de una institucionalidad pública diferente, pero también para cuidar de quienes arriesgan y se comprometen en proyectos colectivos que buscan alcanzar mejores condiciones de vida para los ciudadanos.

5.6.2.2. Gestión y gratificación

Si bien los relatos sobre el malestar producido por las experiencias de gestión son abundantes en todas las entrevistadas realizadas, no podemos cerrar este apartado sin preguntarnos qué es entonces lo que movió, desde su subjetividad, a los profesionales de enfermería a aceptar y permanecer por tiempos más o menos prolongados, en los cargos de dirección de hospitales públicos.

En este sentido, aparece en algunos relatos, una visión que, sin dejar de mencionar el malestar, destaca un aspecto importante de la tarea del gestor, esto es la posibilidad de llevar adelante un proyecto por el que se ha luchado y contribuido desde ámbitos políticos o gremiales, a veces durante muchos años. La concreción, en la medida en que las experiencias se valoren positivamente como es el caso de nuestros entrevistados, aporta gratificación. Esta se nutre del reconocimiento que percibido por el gestor a través de los mecanismos de referencia-contrarreferencia descriptos por el psicoanálisis, mantiene su deseo de continuar en el juego. El siguiente relato es un ejemplo de lo que describimos:

Pero creo que es algo que cansa mucho, agota mucho, y necesitás, sin lugar a dudas, tomarte un descanso antes de hacerlo (nuevamente). Sin lugar a dudas, también te digo que es algo muy gratificante, muy gratificante y te gratifica quizás no el momento, después cuando la gente te reconoce lo que se hicieron, las cosas que salieron bien, creo que eso es lo que te gratifica y lo que te da esas ganas de en algún momento volver a intentarlo nuevamente.
(E7:130)

Este aspecto positivo de la experiencia de gestión se relaciona además con la posibilidad de soñar y concretar al menos algunos de esos sueños. Así, las capacidades personales pueden ser puestas a disposición de un proyecto político desencadenando procesos colectivos creativos. El testimonio siguiente destaca además dos cualidades que, con sus limitantes, pueden estar presentes en la experiencia de gestión: la autonomía y la posibilidad de tener iniciativa para poner en agenda asuntos que contribuyan a la concreción del proyecto (Testa, 2007).

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Por el impacto ese brutal, sí, sí, no, no, nada. No por la gestión en sí, porque es lindo, podés tener iniciativa, podés tener ciertas autonomías que te permiten, ¿no?, como que soñar e ir para un lado. Tiene eso lindo la gestión de que podés soñar un poco más y dirigir y proponer hacia ese sueño, hacia esa utopía, hacia esa forma. (E1:2.183)

“Tiene eso lindo la gestión de que podés soñar un poco más” dice la entrevistada y sin embargo es dificultoso encontrar en los relatos este aspecto. En la palabra de los gestores aparece sobredimensionado el malestar, que es revivido al ser recordado en el marco de cada entrevista, causando nuevamente angustia, dolor o rabia.

Por último, consideramos pertinente lo que expresa este último testimonio en cuanto a la posibilidad desafiante que posee un gestor de poder cambiar un “pedacito” del mundo en que le ha tocado vivir. La entrevistada lo expresa con emoción, transmitiendo lo que siente ante un momento histórico fermental del que fue protagonista:

Entonces creo que acepté el desafío porque creía que podía... Bueno no podía cambiar el Uruguay, pero podía cambiar ese pedacito, y eso..., maravilloso... [con emoción]. Creo que me fue muy bien, la verdad, capaz que hubiese podido hacer más cosas, pero me fue muy bien. (E2:170)

5.6.3. Consideraciones finales

En este capítulo hemos abordado el análisis de dos aspectos importantes en las experiencias de gestión que hemos estudiado: el balance que los entrevistados realizan de sus prácticas de gestión y el impacto que estas tuvieron en su subjetividad. Estos relatos recogidos en general hacia el final de las entrevistas movilizan las emociones de los protagonistas y dan cuenta de lo significativas que las experiencias han sido en sus biografías.

Apartándonos deliberadamente del “mito racional” mostramos cómo las emociones, el deseo, las pasiones y los sueños forman parte de las prácticas de gestión, fundamentalmente porque estas son siempre relacionales, es decir relaciones sujeto-sujeto (Franco y Merhy, 2016). Y no sólo es una relación con otros/as significativos/as, sino que implica también una “conversación consigo mismo” al decir del poeta (A. Machado, 1944).

Los enfermeros gestores realizan una autoevaluación positiva de sus prácticas de gestión, sin embargo, la mayoría manifiesta que no estaría dispuesto a realizar nuevamente la experiencia. Es posible que esto se deba a una predominancia de sentimientos de malestar en la tarea de gestionar por sobre los de gratificación, pero también a una salida de las posiciones de dirección que se relatan como traumáticas dificultando la reinserción de los profesionales de enfermería en sus antiguos puestos de trabajo.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Como lo demuestran Spinelli et al. (2019) la evaluación de la gestión es más bien ambivalente por parte de los gestores, mezcla de orgullo y frustración, reconocimiento e ira. Por otro lado, el balance de las experiencias siempre es situacional y se encuentra afectado por múltiples factores tanto personales como colectivos y fundamentalmente por el contexto desde el cual se miran. Además, la distancia entre la finalización de la experiencia de gestión y el relato es un aspecto que no es posible obviar en el análisis, ya que el transcurso del tiempo en general da nuevas perspectivas y enriquece la mirada retrospectiva del actor.

El gestor, por otro lado, siempre está expuesto a la observación de los demás (Spinelli et al., 2019) y en consecuencia es literalmente un “actor” en el escenario diario de la organización que dirige. Las expectativas personales sobre los juicios con que serán evocados y recordados sus actos, no sólo en resultados de gestión si no también con referencia al comportamiento personal, son fuente de ansiedad y angustia. De esta manera, quien se sabe expuesto, como actor de una obra de la cual no siempre puede escribir el guion, siente el impacto en su subjetividad, en sus relaciones sociales cercanas y en su propia salud.

Aparece entonces, una relación entre gestión y emociones que afectan al “yo” provocando malestar y sufrimiento, producto de la dificultad para entender el juego social de las organizaciones. Este malestar se manifiesta como cansancio, angustia, desilusión, dolor, soledad, pero también es posible que pueda generar enfermedad física. Asimismo, es frecuente la afectación de las relaciones familiares, que tienen en el caso de enfermería una perspectiva de género que no se debe obviar.

Sin embargo, varios relatos rescatan lo gratificante de la gestión cuando esta se asocia a la concreción de proyectos que han tenido la contribución de las/os entrevistadas/os y van acompañados además del reconocimiento de los otros. Del balance entre malestar y gratificación, coincidimos con Spinelli et al. (2019, p. 408), que se da un proceso de transformación del gestor que hace que “sus comportamientos y actitudes cambien junto con su entorno enriqueciendo así, también, su subjetividad, en seguridad, en aplomo, en la imagen y la valoración que tiene de sus capacidades”. Aunque la afirmación anterior no es generalizable a la totalidad de las/os gestores, es posible afirmar que se aplica a las/os enfermeras/os gestores entrevistados para esta investigación.

Por último, no podemos dejar de señalar que lo descripto en este apartado, evidencia una vez más, modalidades de gestión más bien individuales que colectivas, propias del modelo industrial y las teorías clásicas de la administración. Así, en la medida que no sean superadas por otras formas más democráticas y liberadoras, participativas y con mayor grado de corresponsabilidad (Campos, 2009), las organizaciones del campo de la salud estarán en deuda con el cuidado de las personas a quienes se asigna la responsabilidad de gestionarlas.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

6. CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como propósito conocer las experiencias de gestión de profesionales de enfermería en la dirección de hospitales del sector público, en el marco de la reforma sanitaria en el Uruguay, a partir del año 2005 hasta el año 2020. Para ello se entrevistaron a 10 enfermeras/os que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión propuestos. A partir del análisis temático del contenido de las entrevistas en profundidad hemos descripto en la sección anterior los principales aspectos de las experiencias realizadas desde la perspectiva de los propios gestores. A continuación, se exponen las principales conclusiones en relación con los objetivos propuestos y las limitaciones del estudio.

— 1 —

Se pudo conocer que, en Uruguay, a partir del año 2005, existieron condiciones de posibilidad para alterar una larga tradición vinculada a la hegemonía de la profesión médica en la dirección general de las organizaciones sanitarias y, dentro de estas, particularmente de la institución paradigmática del campo, el hospital. Dentro de varias profesiones que asumieron posiciones de gestión de hospitales públicos se destacó el caso de las/os profesionales de enfermería.

La profesión de enfermería ha mantenido desde sus orígenes una clara relación de subalternidad con respecto a la profesión médica en el campo de la salud. La centralidad del cuidado de las personas que le es propio nace en el ámbito doméstico a cargo de mujeres y se ejerce como trabajo no reconocido en el contexto cultural del patriarcado y la dominación masculina. No obstante, desde fines del siglo XIX se puede identificar el desarrollo de la profesión de enfermería como profesión del cuidado, alcanzando progresivamente legitimación política, social y económica y mayores niveles de autonomía (Collière, 2009; Parentini, 2002; Rovere y Sachetti, 2011). En forma similar, en Uruguay, se constata la construcción de la profesión desde las primeras décadas del siglo XX alcanzando incluso la autonomía en la formación de sus profesionales con la creación de la Facultad de Enfermería en el año 2004 (Fort et al., 2016; Sánchez Puñales, 2002).

En este sentido, las experiencias que se recogen en esta investigación forman parte de la evolución de la profesión de enfermería en el país en un aspecto aun poco conocido, en tanto la incorporación de enfermeras/os para las funciones de gestión de las organizaciones es un hecho aún minoritario —al menos en países de América Latina donde se exploró la

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

literatura—. Conocer las experiencias de gestión enfermera permite comprender cómo la profesión continúa su proceso de legitimación en el campo de la salud, que debemos comprender, como lo dice Bourdieu (1997, 2003), como un campo de disputas.

Para disputar posiciones en el campo los actores sociales utilizan aquellos capitales que han logrado acumular en el tiempo (Bourdieu, 2008). La profesión enfermera en Uruguay ha desarrollado, de acuerdo con los relatos que hemos analizado, un saber-hacer en gestión que reclama como propio y que se constituye en un capital cultural con el que juega en el campo de las organizaciones sanitarias. Este capital en gestión tiene además la característica de ser “híbrido” (Ernst, 2019), en tanto las prácticas de la profesión incluyen en forma simultánea la gestión del cuidado de las personas y la gestión de los servicios de enfermería, conformados por otras/os trabajadoras de enfermería. Este capital cultural se vuelve capital simbólico cuando es reconocido por los otros actores sociales capaces de reconocerlo (Bourdieu y Wacquant, 2014).

Por otro lado, el capital social acumulado por la profesión enfermera en el país jugó también un rol clave. En tanto red de relaciones de conocimiento y reconocimiento construida por actores sociales a lo largo del tiempo (Bourdieu, 1980), el capital social contribuyó a que actores individuales cercanos a la profesión, que ocuparon posiciones de decisión en el gobierno conformado a partir del año 2005, convocaran a enfermeras/os para cargos de dirección de hospitales públicos. En esta convocatoria no pueden desconocerse las capacidades personales y las vinculaciones político-partidarias de las/os protagonistas que también jugaron, y que se pueden encontrar en algunos de los relatos.

La apertura de los espacios de gestión de las organizaciones sanitarias a otras profesiones además de la médica, a partir del año 2005, aparece vinculada por un lado a una perspectiva más amplia de la gestión por parte de actores que ocuparon posiciones de gobierno y que impulsaron una reforma sanitaria que incluía dentro de sus cometidos un cambio en el modelo de gestión del sistema. Por otro lado, posiblemente existió un menor interés de los/as profesionales médicos en las posiciones de gestión del sector público atraídos por mejores condiciones económicas en los servicios privados de salud. De esta forma se generaron espacios de gestión que al no ser ocupados por la profesión médica habilitaron el ingreso de profesionales no médicos, dentro de los cuales se encontraron las/os enfermeras/os. No obstante, la apertura de las posiciones de gestión y la convocatoria a enfermeras/os fue, en general, realizada por profesionales médicos que de todas formas conservaron para sí las posiciones de mayor capital simbólico en el campo como las direcciones regionales o centrales en la estructura de ASSE.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

De esta forma la profesión enfermera logró alcanzar una posición en el campo a la que no había accedido con anterioridad en el Uruguay —fruto de una acumulación colectiva de capital cultural, social y simbólico—, que le permitió modificar, al menos temporalmente y en algunos hospitales, la relación de subalternidad con respecto a la profesión médica. No obstante, una vez logrado este avance el espacio continuó siendo un espacio en disputa que requiere seguir siendo conquistado, como lo demuestra el hecho de que luego del cambio de gobierno en el año 2020 prácticamente no quede ninguna dirección de un hospital de ASSE a cargo de un/a profesional de enfermería.

— 2 —

El estudio de las experiencias de gestión permitió una aproximación a las características de la gestión enfermera, desde el punto de vista de los mismos profesionales, a partir del análisis de las capacidades personales e institucionales (Matus, 2014) para llevar adelante el proyecto de gestión que emergen de sus relatos.

En este sentido, en el análisis en torno a las capacidades personales para la gestión, encontramos relatos que reconocen aspectos relacionados a la formación de las/os profesionales de enfermería en las instituciones educativas que contribuyen a un perfil de egreso que incorpora además de los aspectos de la clínica —común al resto de las profesiones del campo de la salud—, aspectos de gestión de los servicios. Es significativo en este sentido la inclusión de la materia Administración de los servicios en los planes de estudio de grado de la Facultad de Enfermería en Uruguay, en forma similar a lo que sucede en otras instituciones formadoras de la región. Es posible que de esa forma las instituciones contribuyan a la formación de un *habitus* (Bourdieu y Passeron, 1998) —que no podemos describir a partir de esta investigación— que permite a las/os enfermeras/os la incorporación de ciertas formas de hacer desde las etapas formativas, en forma similar a lo encontrado por Castro (2014) para la profesión médica.

Asimismo, una vez egresados e incorporados/os al mercado de trabajo, la trayectoria laboral de las/os entrevistadas/os se constituyó en un aporte a las capacidades personales para la gestión dado que la totalidad se desempeñó a nivel operativo y algunos en puestos de mayor responsabilidad en forma previa a la dirección de un hospital. Ya el nivel operativo implica que el profesional de enfermería sea responsable de la gestión de un servicio contribuyendo a un aprendizaje a partir de la experiencia —que es la única forma de aprender a gestionar— que enriquece el capital cultural en gestión de la profesión.

Se identificaron 3 características principales a partir del relato de las/os entrevistadas/os que conforman una continuidad con las características de la gestión habitual

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

en los servicios de enfermería y que podrían corresponderse con algunos aspectos del *habitus* profesional, pero que este estudio no puede confirmar. La gestión realizada puede describirse como “de cercanía”, en el sentido de un estar en la organización que propicia el control directo de los procesos de trabajo y el contacto con los/as otros/as; con una “perspectiva sistémica y de resolución de problemas”, lo que permite una visión general de la organización y el abordaje de temas más bien emergentes; y con “apertura a la participación y al trabajo colaborativo”.

Los testimonios muestran, en general, capacidades institucionales débiles, tanto a nivel de la macroestructura de ASSE como de la microestructura de los hospitales, conformada por una red pública más que centenaria en algunos casos, con deterioro de sus capacidades debido a décadas de baja inversión pública producto de políticas neoliberales aplicadas en el país y en la región, que comenzaba a tener algunos cambios como resultado de la reforma sanitaria en curso.

El rol de ASSE en la reforma aparece como un campo de disputas en un contexto de competencia por los usuarios beneficiarios del Fondo Nacional de Salud. La tensión entre competencia y complementación de servicios con el sector privado dificultaron algunos aspectos de la gestión de las/os entrevistadas/os, especialmente en aspectos administrativos vinculados al sistema de compras del Estado.

Por otro lado, aún con dotaciones adecuadas de trabajadores en algunos de los hospitales, la cultura organizacional de lo público, con sus luces y sus sombras, fue un desafío para la gestión. El marco normativo del Estado se percibió como una limitante para propiciar cambios organizacionales tanto para el uso del presupuesto, la gestión administrativa o la gestión de las/os trabajadores.

Así, las capacidades institucionales plantearon restricciones a las/os enfermeras/os gestores —al igual que a gestores de otras profesiones—, lo cual no se constituyó en un impedimento para que intentaran mejoras en sus hospitales, buscando activamente otra valoración de lo público como base imprescindible de cualquier sistema de salud que tenga como principio la equidad de los ciudadanos.

— 3 —

La llegada de profesionales de enfermería a las posiciones de gestión de los hospitales implicó en algunos casos reacciones de cuestionamiento por parte de los profesionales médicos y más bien reacciones de apoyo del resto de los trabajadores y usuarios de los hospitales, que fueron percibidas y relatadas por las/os protagonistas.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

En este sentido, el poder y la violencia simbólica (Bourdieu, 2000) ejercida por los/as médicos/as, especialmente de parte de algunos especialistas con mayor capital simbólico en los hospitales, formaron parte de las dificultades que las/os gestores encontraron en sus experiencias. Asimismo, a la violencia generada a partir de relaciones históricas de subalternidad de una profesión con respecto a las demás se suma la ejercida por la dominación masculina produciendo inequidades de género en las organizaciones del campo de la salud, que aparecen llamativamente poco visibilizadas en los relatos.

No obstante, encontramos también actitudes de apoyo de profesionales médicos/as a las experiencias de gestión de las/os enfermeras/os. Estas se tradujeron en la participación en los equipos de gestión, sirviendo de interlocutores con el colectivo médico, en general desde las denominadas direcciones técnicas de los hospitales —que ocupan profesionales médicos por requerimiento de la normativa del sistema de salud—. Contrariamente a lo sucedido en experiencias de otros países (Gómez Torres et al., 2008), en el caso de Uruguay, ninguna de las experiencias fue terminada por el conflicto con la profesión médica, si no que en general el alejamiento de las/os gestores respondió al cierre del período de gobierno.

Por otro lado, los testimonios muestran una percepción principalmente de apoyo por parte de los/as otros/as trabajadores/as no-médicos, dentro de los cuales destacan las/os trabajadoras de enfermería. En el mismo sentido puede circunscribirse la relación con los/as usuarios/as de los servicios cuya participación cobró mayor protagonismo a partir de la nueva institucionalidad introducida por la reforma sanitaria. Sin embargo, es importante notar que es imprescindible conocer las perspectivas de los/as otros/as para contrastar los relatos recogidos en esta investigación.

El relacionamiento con los trabajadores organizados gremialmente significó un desafío para algunas/os de las/os gestores, aunque en algunos casos estuvo facilitado por los antecedentes gremiales del gestor/a. Las relaciones de un gobierno de izquierda con los gremios de trabajadores aparecen en algunos testimonios como vinculadas a presiones desde la estructura central a las/os directores de hospitales ante situaciones cotidianas en los hospitales, evidenciando otro aspecto del juego social que puede dificultar la praxis de la gestión.

Finalmente se destaca en los relatos un juego social más conflictivo de algunas/os de las/os entrevistadas/os con la oposición política y los medios de comunicación, lo cual se relaciona más bien con posiciones político partidarias asumidas con anterioridad que con el hecho de ser enfermera/o.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

— 4 —

La valoración que las/os gestores enfermeros realizaron de su gestión es en general positiva, pero con un impacto importante en la subjetividad que produce más bien malestar que gratificación.

En este sentido, encontramos que aun valorando positivamente las experiencias de gestión la mayoría de las/os entrevistadas/os dicen que no volverían a realizar una experiencia similar. Es posible que esto se vincule al malestar que produce la tarea de gestionar y a las dificultades vivenciadas a la salida de las posiciones de dirección que dificultaron la reinserción laboral de algunas/os. Sin embargo, hay relatos que apuntan a una vivencia de la gestión como “desafío” o “reto” que puede también dar “satisfacción” a quien lo intenta lo cual implica reconocer el deseo que mueve al gestor y que lo implica en el juego social de la organización en la que pretende llevar adelante un proyecto de gobierno (Matus, 2007b).

El malestar relacionado a la tarea de gestionar emerge en primer lugar cuando se indaga sobre el impacto de las experiencias en la subjetividad de las/os protagonistas. Así encontramos en los testimonios manifestaciones de cansancio, angustia, desilusión, dolor, soledad o incluso enfermedad física. Asimismo, percibieron que fue afectada la vida social y familiar, en la medida que la gestión invade espacios y tiempos que corresponden al ámbito personal de las/os gestores.

Por otro lado, el después de la gestión es un momento significativo en la vida personal de las/os gestores, ya que implica una bifurcación en la trayectoria laboral y un (re)acomodarse a situaciones nuevas. En el caso de las organizaciones sanitarias, donde en general siempre existe una profesión de grado universitario es habitual volver a las tareas profesionales propias. En un juego que es expresión de las luchas de poder en el campo se las/os protagonistas relatan situaciones donde debieron pasar, luego del cambio de autoridades, a ser un “cualquier otro” en los hospitales antes gestionados, sin privilegio alguno, lo que provoca sufrimiento.

En consecuencia, las experiencias analizadas nos permiten reflexionar sobre las dificultades de las organizaciones públicas para conservar el saber-hacer en gestión cuando están sometidas a los cambios propios del juego democrático. De acuerdo con los testimonios recogidos, los concursos abiertos de algunos de los cargos de dirección de hospitales no parecen haber alcanzado mejoras en este aspecto, dado que fueron desconocidos luego del cambio de gobierno en 2020.

Finalmente, encontramos manifestaciones de que la gestión también produce gratificación. Como lo dice uno de los testimonios: *“tiene eso lindo la gestión de que podés soñar un poco más y dirigir y proponer hacia ese sueño, hacía esa utopía”* (E1:2.183). No

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

obstante, comprender la naturaleza relacional de la tarea de gestionar con toda su potencialidad de creatividad —pero también de conflicto— es esencial para el desarrollo de prácticas más humanas que permitan consolidar organizaciones públicas comprometidas con sus fines ciudadanos, pero también con el cuidado de sus gestores.

— 5 —

Esta investigación tomó como referencia el libro “Gobernantes y gestores” de Spinelli, Arakaki y Federico (2019) donde se recogen y analizan 25 testimonios de gestores de organizaciones sanitarias del sector público en la República Argentina. En consecuencia, este estudio comparte y se encuentra en sintonía con el marco epistemológico y conceptual de aquel, incorporando incluso en la guía para las entrevistas muchas de las preguntas propuestas por los autores para su trabajo.

Sin embargo las experiencias aquí analizadas tienen la particularidad de haber sido realizadas por profesionales de enfermería contrastando con el universo accedido en el estudio de Spinelli et al. (2019) que estuvo constituido por 25 gestores ninguno de los cuales era enfermera/o. Así, estas experiencias enfermeras desarrolladas en Uruguay, inéditas aún en la mayoría de los países latinoamericanos, le exigieron a este trabajo la indagación en aspectos que excedían los aspectos referidos a las capacidades de gobierno desde una perspectiva matusiana que es el foco de la investigación presentada en “Gobernantes y gestores”.

En este sentido comprender las condiciones de posibilidad para que las/os enfermeras/os asumieran las direcciones de hospitales fue un aspecto central de este estudio, así como el análisis de los cambios en el juego social de los hospitales gestionados a partir de las nuevas posiciones conquistadas por enfermería. Si bien la información recogida a partir de las preguntas relacionadas con las capacidades de gobierno se presenta en forma similar al estudio de referencia en cuanto a la trayectoria personal y al escenario de los hospitales gestionados, en el transcurso del análisis en profundidad del material se optó por presentar una propuesta de caracterización de los modos de hacer de enfermería en la gestión a partir de las respuestas a las demás capacidades personales indagadas (ver Cuadro 6). Esta decisión obedeció a que estimamos necesario mostrar que posiblemente hay características de la gestión enfermera que la diferencian de la gestión tradicionalmente realizada por otros profesionales y que se relacionan con el *habitus* profesional.

La referencia importante para este trabajo que significó el estudio realizado por Spinelli et al. (2019) implicó una constante vigilancia epistemológica del investigador en cuanto a evitar sesgos durante el análisis de los datos obtenidos, derivados de los resultados presentados en

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

“Gobernantes y gestores”. No obstante, como expusimos en el apartado metodológico, hubo en las etapas iniciales del trabajo de campo, decisiones vinculadas a modificar la guía de preguntas a partir de las evaluaciones de las primeras entrevistas, incluyendo aspectos que consideramos necesarios profundizar para esta investigación.

Hechas estas consideraciones, se puede destacar que, en escenarios similares de organizaciones sanitarias públicas golpeadas y empobrecidas por las políticas neoliberales desde mediados del siglo pasado, se constataron similitudes en las experiencias narradas por las/os gestores de ambos estudios. Sin embargo, encontramos en el caso de las/os enfermeras/os uruguayos una valoración positiva de la formación disciplinar como facilitadora de la gestión, en oposición a lo relatado por las/os gestores de Argentina, que valoran su formación disciplinar más bien como una limitante para la gestión. Asimismo, y en consonancia con lo anterior, puede haber una disposición positiva a las tareas de gestión en el caso de las/os profesionales de enfermería, vinculada a que se asume una tarea para la cual las experiencias profesionales previas se constituyen en un aprendizaje del “saber-hacer” en gestión, lo cual no sucede en las otras profesiones del campo de la salud, más centradas en la clínica y el abordaje individual, como sucede en la profesión médica.

Por último, ambas investigaciones tienen la particularidad de recoger relatos sobre experiencias de gestión de las organizaciones sanitarias, que pueden constituirse en insumos para nuevas generaciones de gestores, no a modo de “recetas”, sino en el convencimiento de que “soñar y gobernar pueden [y deben] conjugarse juntos” (Spinelli et al., 2019, p. 1).

— 6 —

Consideraremos que la principal limitación de esta investigación se encuentra en que aporta al conocimiento de las experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en Uruguay sólo desde la perspectiva de los propias/os gestores.

Es necesario, como lo hemos expresado a lo largo del trabajo, complementar este estudio incorporando la mirada de los/as otros/as trabajadores de los hospitales en que se desarrollaron estas experiencias. De esa forma será posible triangular los resultados obtenidos en este estudio y profundizar en la comprensión de las experiencias realizadas.

Por otro lado, aspectos del *habitus* profesional que se intuyen a partir del análisis de los relatos, necesitan ser estudiados con técnicas como la observación participante de las prácticas de enfermería a fin de poder ser descripto e incorporado en los análisis sobre la profesión de enfermería y su manera de actuar en las organizaciones del campo de la salud.

Apollonia Cresci, J.P. Experiencias de gestión de profesionales de enfermería a cargo de la dirección de hospitales públicos en la reforma sanitaria de Uruguay, 2005-2020 [Tesis de doctorado]. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Si bien el autor formó parte del grupo de enfermeras/os que estuvieron a cargo de la dirección de un hospital público en el período estudiado, consideramos que más que una limitación pudo constituir un aspecto que contribuyó a alcanzar los objetivos propuestos. Esto requirió una actitud de vigilancia epistemológica y el esfuerzo por “volver lo mundano, exótico” (Bourdieu y Wacquant, 2014, p. 101), lo cual no fue una tarea sencilla. En consecuencia, como lo expresé en la sección metodológica, mi experiencia de gestión se encuentra contenida —enriquecida y cuestionada— en los resultados expuestos en este informe final, luego del análisis temático de las transcripciones de las entrevistas realizadas.

— 7 —

Para finalizar, consideramos que el rescate de los testimonios de las/os protagonistas, en un momento cercano a la finalización de las experiencias de gestión, que realizó el presente estudio puede constituirse en una contribución a la historia del desarrollo de la profesión enfermera en Uruguay y la región.

Estimamos que visibilizar las experiencias aquí estudiadas de enfermeras/os que lograron —aun temporalmente— alcanzar otras posiciones en el campo, es un aporte para la superación de la subalternidad de la profesión enfermera con respecto a la profesión médica y también a la equidad de género al interior de las organizaciones sanitarias, abriendo nuevas perspectivas para la Enfermería que podrán ser tomadas por las nuevas generaciones de profesionales.

En el mismo sentido, el análisis de los relatos, a la luz de los aportes de la sociología de P. Bourdieu y de la Teoría del Juego Social de C. Matus, permitió ver las disputas al interior del campo de la salud y en consecuencia su dinámica —que puede conducir al intercambio de posiciones en el campo como lo muestran las experiencias aquí estudiadas—. Estos son aspectos centrales que, desde las ciencias sociales, permiten e invitan a pensar nuevas formas de la gestión de las organizaciones sanitarias.

Por último, esta investigación se inscribió en un campo emergente en América Latina, el de la Salud Colectiva. En la actualidad, su mayor desafío en los niveles político y socio-cultural, es explorar otras formas de organización de los sujetos sociales “capaces de dar ánimo (vida) a los sueños y esperanzas de crear civilizaciones (o socializaciones) pautadas en el afecto, en la solidaridad, en la libertad, y en la justicia” (Almeida Filho y Silva Paim, 1999, p. 27), como base para una acción política emancipadora y una nueva praxis. Anhelamos que este estudio sea una contribución para ello.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida Filho, N. y Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuad. Méd. Soc.*(75), 5–30.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-239549>
- Amestoy, S. C., Backes, V. M. S., Thofehrn, M. B., Martini, J. G., Meirelles, B. H. S. y Trindade, L. d. L. (2014). Conflict management: challenges experienced by nurse-leaders in the hospital environment. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(2), 79–85.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.40155>
- Asenjo, M. Á. (1998). *Gestión diaria del hospital*. Masson.
- ASSE (Ed.). (2014). *Hacia una nueva dinámica institucional. 2010-2014*.
- Babino, L. G. (2008). La Oficina del Gobernante: aportes para fortalecer los procesos de conducción política de las organizaciones públicas. *Salud colectiva*, 4(1), 77.
<https://doi.org/10.18294/sc.2008.318>
- Bardin, L. (1986). *El análisis de contenido*. Akal universitaria: 89. Serie Comunicación. Akal.
- Bénard Calva, S. M. (Ed.). (2019). *Autoetnografía: una metodología cualitativa* (1a. Ed.). Universidad Autónoma de Aguascalientes; El Colegio de San Luis.
- Benito, G. A. V. y Becker, L. C. (2007). Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: Visão da Equipe Saúde da Família. *Rev. bras. enferm*, 60(3), 312–316. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000300012>
- Bertalanffy, L. von. (2000). *Teoría general de los sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. Fondo de Cultura Económica.
- Blanco, A. (2016). Gasto público, presupuesto y deuda pública. Materiales básicos de lectura para estudiantes de derecho financiero. *Materiales de Estudio*, 1–16.
<https://publicaciones.fder.edu.uy/index.php/me/article/view/130>
- Bourdieu, P. (1978). Sur l'objectivation participante. Réponse à quelques objections. *Actes De La Recherche En Sciences Sociales*, 23, 67–69.
https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1978_num_23_1_2609
- Bourdieu, P. (1980). Le capital social. *Actes De La Recherche En Sciences Sociales*, 31(1).
- Bourdieu, P. (1988). *Cosas dichas*. Gedisa.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas: Sobre la teoría de la acción*. Colección Argumentos: Vol. 193. Anagrama.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Colección Argumentos: Vol. 222. Anagrama.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Colección Argumentos: Vol. 238. Anagrama.
- Bourdieu, P. (2003). *Campo de poder, campo intelectual: Itinerario de un concepto*. Quadrata.
- Bourdieu, P. (2008). *El sentido práctico* (1a ed.). Siglo XXI.

- Bourdieu, P. (2018). *Las estrategias de la reproducción social* (3 ed.). Biblioteca clásica de siglo veintiuno. Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2020). *Cuestiones de sociología* (3ª ed.). Akal.
- Bourdieu, P. y Passeron, J. C. (1998). *La reproducción: Elementos para una teoría del sistema de enseñanza* (3a ed.). Fontamara Colección: Vol. 176. Distribuciones Fontamara.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2014). *Una invitación a la sociología reflexiva* (1ª ed. (especial)). Biblioteca esencial del Pensamiento Contemporáneo. Siglo Veintiuno Editores.
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. y Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N. y Terry, G. (2019). Thematic Analysis. En *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (pp. 843–860). Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103
- Caetano, G. y Rilla, J. (2006). *Historia contemporánea del Uruguay: De la colonia al siglo XXI* (3ª ed.). Fin de Siglo.
- Campos, G. W. d. S. (1991). *Reforma da reforma: repensando a saúde* [Tese de doutorado]. UNICAMP, Campinas, Brazil.
- Campos, G. W. d. S. (1998). O anti-Taylor: Sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4), 863–870. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000400029>
- Campos, G. W. d. S. (2008). Como reinventar a gestão e o funcionamento dos sistemas públicos e organizações estatais? *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 2019–2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900003>
- Campos, G. W. d. S. (2009). *Gestión en Salud: En defensa de la vida* (1ª Ed.). Lugar Editorial.
- Campos, G. W. d. S. (2011). A mediação entre conhecimento e práticas sociais: A racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3033–3040. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800002>
- Campos, G. W. d. S. (2021). *Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos*. De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789874937797>
- Carapinheiro, G. (2005). *Saberes e Poderes no Hospital* (4ª). Edições Afrontamento.
- Cardoso, F. M. y Campos, G. W. d. S. (2013). Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: Análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) - Bahia. *Saúde em Debate*, 37(97), 219–232.

- Carrasco, A., Dotta de Alvarez, B., Laborde de Taroco, N., Parentini, M. R. y Sánchez Puñales, S. (1971). *Planificación de un curriculum para enfermería profesional: Proceso de planificación y nuevo plan de estudios*. Escuela Universitaria de Enfermería, Udelar.
- Castro, R. (2011). *Teoría social y salud: Capítulo 6. Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México*. Colección Salud colectiva. Lugar Editorial.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167–197.
<http://www.redalyc.org/pdf/321/32130485002.pdf>
- Castro, R. y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos* (1ª ed.). *Violencia (s), derechos y salud*. Universidad Nacional Autónoma de México Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Chiavenato, I. (2007). *Gestión del talento humano: el nuevo papel de los recursos humanos en las organizaciones* (G. Villamizar, Trad.). McGraw-Hill Interamericana.
- Chiavenato, I. (2019). *Introducción a la teoría general de la administración* (10ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Christovam, B. y Santos, I. (2005). A instituição da liderança dos enfermeiros em questões de saúde. *Revista brasileira de enfermagem*, 58(5), 551–555.
<https://doi.org/10.1590/s0034-71672005000500010>
- Collière, M. F. (2009). *Promover la vida*. Interamericana/McGraw-Hill.
- Cuadrado, I. (2001). Cuestiones teóricas y datos preliminares sobre tres estilos de liderazgo. *Revista De Psicología Social*, 16(2), 131–155.
<https://doi.org/10.1174/021347401317351107>
- de Olivera Furukawa, P. y Kowal Olm Cunha, I. C. (2011). Perfil y competencias de gerentes de enfermería de hospitales acreditados. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 19(1), 106–114. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692011000100015>
- Díaz Berenguer, A. (2020). *El poder médico: Sobre la vida y la muerte con referencias al poder militar y religioso* (1a. ed.). *Ensayo*. Estuario; Ediciones Brecha.
- Erdmann, A. L., Andrade, S. R. d., Santos, J. L. G. d. y Oliveira, R. J. T. d. (2011). Perfil dos egressos de gerenciamento de enfermagem dos programas da área de enfermagem da região sul. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 45(spe), 1551–1557.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000700003>
- Ernst, J. (2019). The curse of bureaucratisation or the blessings of professionalisation? Nurses' engaged adoption of quality management in hybrid managerial positions.

- Scandinavian Journal of Management*, 35(3).
<https://doi.org/10.1016/j.scaman.2019.101050>
- Federico, L. (2015). *Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico*. SciELO - EDUFBA.
- Fernandes, M. S., Spagnol, C. A., Trevizan, M. A. y Hayashida, M. (2003). A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(2), 161–167.
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000200004>
- Fernández, L. (2018). Sigmund Freud. *Praxis Filosófica*(46), 11–41.
<https://doi.org/10.25100/pfilosofica.v0i46.6201>
- Fernández Galeano, M., Leccovitz, E. y Olesker, D. (Eds.). (2015). *Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay*. Organización Panamericana de la Salud.
- Flores, F. (1989). *Inventando la empresa del siglo XXI*. Dolmen Ediciones.
- Formiga, J. M. M. y Germano, R. M. (2005). Por dentro da história: O ensino de administração em enfermagem. *Revista brasileira de enfermagem*, 58(2), 222–226.
<https://doi.org/10.1590/s0034-71672005000200019>
- Fort, Z., Rangel, J., Cárdenas, L., Báez, T. y Sánchez Puñales, S. (2016). *Voces uruguayas destacadas en enfermería*. Universidad de la República.
- Foucault, M. (2014). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo Veintiuno Editores.
- Franco, T. B. y Merhy, E. E. (Eds.). (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud* (1ª ed.). Lugar Editorial.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica: Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. *Homo sociologicus: Vol. 17*. Península.
- Frenk Mora, J. (2000). Avedis Donabedian. *Salud Pública de México*, 42(6).
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10642617>
- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa. Investigación cualitativa: Vol. 6*. Ediciones Morata, S.M.
- Giddens, A. (2011). *La constitución de la sociedad: Bases para la teoría de la estructuración* (2a ed.). *Biblioteca de Sociología*. Amorrortu.
- Giddens, A. y Merener, S. (2012). *Las nuevas reglas del método sociológico* (3a ed.). *Biblioteca de Sociología*. Amorrortu.
- Gómez Torres, D. (2018). *Gestión de vértice en salud: Una Visión estratégica de enfermería* (2ª ed.). Universidad Autónoma del Estado de México.
- Gómez Torres, D., Ángeles Ávila, G. y Martínez Garduño, M. D. (2011). Modelo de dirección de hospitales por enfermeras. *Aquichan*, 11(3), 316–326.

- Gómez Torres, D. y Gómez Alcántara, K. (2019). The Authority Exercised by Nurses in Healthcare Institutions. *American Journal of Nursing Science*, 8(5), 238–244. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20190805.15>
- Gómez Torres, D., Leite, J. L. y Vasconcelos Moura, M. A. (2008). Conflicto generado por la designación de enfermeras para la dirección hospitalaria - Una visión periodística. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 12(1), 102–107.
- Gómez Torres, D., Martinez, M., Medeira Alves, F. y Frederico Ferreira, M. (2015). Authority of Nurse Managers to Resolve Conflicts: A Humanist Perspective. *Revista De Enfermagem Referência, IV Série*(7), 41–49. <https://doi.org/10.12707/RIV15009>
- Gómez Torres, D., Quiroz Benhumea, L., Davila Villada, M. S. y Bernardino, E. (2016). Caracterização da autoridade que enfermeiras gerentes exercem em instituições de saúde no México e em Portugal. *Cogitare Enfermagem*, 21(3). <https://doi.org/10.5380/ce.v21i3.46641>
- Gómez Torres, D. y Rubio Tyrell, M. A. (2010). La enfermera. Conocimientos y competencias para dirigir hospitales. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 14(1), 71–75. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100011>
- Guber, R. (2011). *La etnografía: Método, campo y reflexividad* (1ª ed.). La Mínima. Siglo Veintiuno Editores.
- Guber, R. (2018). "Volando rasantes"... etnográficamente hablando. Cuando la reflexividad de los sujetos sociales irrumpe en la reflexividad metodológica y narrativa del investigador. En J. I. Piovani y L. Muñoz Terra (Eds.), *¿Condenados a la reflexividad? Apuntes para repensar el proceso de investigación social*. CLACSO; Editorial Biblos.
- Guerra, S. T., Giacomelli, A., Horto Fontoura, M. d. y Guedes dos Santos, J. L. (2010). El conflicto en la gerencia de enfermería: un análisis de la producción científica brasileña. *Index de enfermería*, 19(2/3), 147–151.
- Guerra, S. T., Prochnow, A. G., Trevizan, M. A. y Guido, L. d. A. (2011). El conflicto en el ejercicio gerencial del enfermero en el ámbito hospitalario. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 19(2), 362–369. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692011000200019>
- Guerreiro, D. M. y Trentini, M. (2008). La narrativa en investigación en enfermería. En M. L. d. Prado, M. d. L. d. Souza y T. E. Carraro (Eds.), *Serie Paltex salud y sociedad 2000: no. 9. Investigación cualitativa en enfermería: Contexto y bases conceptuales*. Organización Panamericana de la Salud.
- Gutiérrez, A. B. (2005). *Las prácticas sociales: Una introducción a Pierre Bourdieu*. Ferreyra Editor.
- Hamui Sutton, L. y Vives Varela, T. (2021). Trabajo de campo virtual en investigación cualitativa. *Investigación En Educación Médica*(37), 71–77. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.37.20271>

- Harispe, E. (2014). Plan estratégico y Red integrada de servicios de salud de base regional. La hoja de ruta. En ASSE (Ed.), *Hacia una nueva dinámica institucional. 2010-2014* (pp. 47–67).
- Herdman, T. H. y Kamitsuru, S. (Eds.). (2019). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2018-2020* (Undécima edición). Elsevier.
- Hernández Ortiz, J. y Gómez Torres, D. (2010). Una aproximación al concepto de gerencia y administración aplicado a la disciplina de enfermería. *Escola Anna Nery*, 14(3), 625–632. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300027>
- Huertas, F. (2006). *Planificar para gobernar: El método PES: entrevista a Carlos Matus*. Universidad Nacional de La Matanza.
- Levcovitz, E., Fernández Galeano, M., Benia, W., Anzalone, P. y Harispe, E. (2016). *Perfil del sistema de salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio*.
- Lopes, M. E. L., Sobrinho, M. D. y Costa, S. F. G. d. (2013). Contribuições da sociologia de Bourdieu para o estudo do subcampo da Enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(3), 819–825. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300031>
- Lourenço, M. R., Shinyashiki, G. T. y Trevizan, M. A. (2005). Gerenciamento e liderança: análise do conhecimento dos enfermeiros gerentes. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 13(4), 469–473. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692005000400002>
- Luz, M. T. (2022). *Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna*. De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789878926216>
- Machado, A. (1944). *Obra Poética: Campos de Castilla (1907 - 1917)*. Pleamar.
- Machado, M. (2000). 50 años del INDE: Una formación integral. *Noticias SMU*(106), 46–47. <https://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias106/art13.htm>
- Martín Criado, E. (2009). Habitus. En R. Reyes (Ed.), *Diccionario crítico de ciencias sociales: Terminología científico-social* (1ª ed., Vol. 2, pp. 1427–1439). Plaza y Valdés.
- Martinovich, V. (2022). Búsqueda bibliográfica. *Cuadernos del ISCo*. <https://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/32/41/126-4>
- Matus, C. (2007a). *Los tres cinturones del gobierno*. Universidad Nacional de La Matanza.
- Matus, C. (2007b). *Teoría del juego social*. Universidad Nacional de Lanús.
- Matus, C. (2014). *Adiós, señor Presidente* (5ª ed.). Universidad Nacional de Lanús.
- Matus, C. (2022). *El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante*. De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789878926094>
- Meccia, E. (2021). Yo también grabo con mi celu: Reflexiones metodológicas sobre las entrevistas en profundidad mediadas por dispositivos electrónicos en contexto de pandemia. *Debate Público*, 0(22). <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/debatepublico/article/view/7514>

- Menéndez, E. (2020). El modelo médico hegemónico. estructura, funciones y crisis. En *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús.
- Merhy, E. E. (2021). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789874937988>
- Merhy, E. E. y Franco, T. B. (2016). Reestructuración productiva y transición tecnológica en salud: debate necesario para la comprensión del proceso de "financiarización" del mercado en la salud. En T. B. Franco y E. E. Merhy (Eds.), *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud* (1ª ed., pp. 97–119). Lugar Editorial.
- Minayo, M. C. d. S. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa* (1a ed.). Colección *Salud Colectiva / coordinador Hugo Spinelli: Vol. 35*. Lugar Editorial.
- Minayo, M. C. d. S., Deslandes, S., Cruz Neto, O. y Gomes, R. (2007). *Investigación social: Teoría, método y creatividad* (1a ed.). Lugar.
- Ministerio de Salud. (2018). *A 10 años de iniciada la Reforma Sanitaria: Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud*.
- Ministerio de Salud Pública. (2009). *La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud*.
- Mintzberg, H. (2001). *Diseño de organizaciones eficientes: Cap. 10: La burocracia profesional*. El Ateneo.
- Mintzberg, H. (2005). *Directivos, no MBAs: Una visión crítica de la dirección de empresas y la formación profesional: una novela para directivos*. Deusto.
- Moliner, M. (1973). *Diccionario de uso del español. Biblioteca románica hispánica. V. Diccionarios*. Gredos.
- Molinier, P. (2008). Trabajo y compasión en el mundo hospitalario: una aproximación a través de la psicodinámica del trabajo. *Cuadernos de relaciones laborales*, 26(2), 121–138. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2913582>
- Molinier, P. (2012). *"El Trabajo de Cuidado y la Subalternidad"*. <https://hal.science/hal-01075702>
- Molinier, P. (2015). Conferencia: Salud y trabajo en trabajadores hospitalarios: cultura de la gestión, cultura del cuidado, ¿una conciliación imposible? *Rev. Hosp. Niños (B. Aires)*, 57(257), 132–140. <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2015/07/Revista-Ni%C3%B1os-257-53-61.pdf>
- Munari, D. B., Nunes, F. C., Motta, K. A. M. B., Esperidião, E., Silva, J. I. d. y Coelho, M. A. (2008). Educação de laboratório como ferramenta no processo educação continuada de enfermeiros gerentes. *Rev. enferm. UERJ*, 16(4), 577–583.
- Muñoz Terra, L. (2012). Carreras y trayectorias laborales: Una revisión crítica de las principales aproximaciones teórico-metodológicas para su abordaje. *Revista*

- Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 2(1), 36–65.
<https://www.relmecs.fahce.unlp.edu.ar/article/view/v02n01a04>
- Muñiz Terra, L. (2018). El análisis de acontecimientos biográficos y momentos bifurcativos: una propuesta metodológica para analizar relatos de vida. *Forum: Qualitative Social Research*, 19(2), Artículo 13.
https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.8579/pr.8579.pdf
- Muñiz Terra, L., Frassa, J. y Bidauri, M. (2018). Hacia un encuentro de reflexividades: la entrevista biográfica como interludio del proceso de investigación social. En J. I. Piovani y L. Muñiz Terra (Eds.), *¿Condenados a la reflexividad? Apuntes para repensar el proceso de investigación social* (pp. 120–146). CLACSO; Editorial Biblos.
- Observatorio Territorio Uruguay - OPP. *Indicadores: Salud: cobertura de atención*.
<https://otu.opp.gub.uy/>
- OMS. (1978). *Declaración de Alma-ata: Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud* [Comunicado de prensa].
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Onocko Campos, R. (2023). *La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico*. De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789878926322>
- Orellana López, D. M. y Sánchez Gómez, M. C. (2006). Técnicas de recolección de datos en entornos virtuales más usadas en la investigación cualitativa. *Revista de Investigación Educativa*, 24(1), 205–222. <https://revistas.um.es/rie/article/view/97661>
- Paim, J. S. y Almeida Filho, N. d. (2014). *Saúde coletiva: Teoria e prática*. MedBook Editora Científica Ltda.
- Parentini, M. R. (2002). *Historia de la enfermería: Aspectos relevantes desde sus orígenes hasta el siglo XX*. Ediciones Trilce.
- Peres, A., Miozzo, T., Cunha, P., de Souza, P. y Gómez Torres, D. (2017). Mapeamento de competências: gaps identificados na formação gerencial do enfermeiro. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(2), 15. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006250015>
- Peter, L. J. y Hull, R. (1999). *El principio de Peter* (6ª ed.). *Tribuna: Vol. 129*. Plaza & Janés.
- PNUD. (2018). *Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales*. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Poder Ejecutivo. (2019). *Exposición de motivos - Proyecto de Ley de Rendición de cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal año 2018*. <https://www.gub.uy/ministerio-economia-finanzas/comunicacion/publicaciones/rendicion-cuentas-2018-informe-social>

- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23ª ed.). Real Academia Española.
- Ricoeur, P. (1995). *Tiempo y narración. I*. Siglo Veintiuno Editores.
- Rovere, M. y Sachetti, L. (2011). *Surgimiento de la enfermería moderna: Mitos victorianos, tecnologías de poder y estrategias de género* (1a ed.). El Agora.
- Ruthes, R. M. y Cunha, I. C. K. O. (2006). Gerenciamento de Enfermagem e administração das organizações do Terceiro Setor. *Rev. bras. enferm*, 59(6), 796–799.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000600014>
- Sabia Suárez, L. y Figueredo Rolle, S. (2022). Repensar la investigación cualitativa en escenarios virtuales. Aportes y reflexiones metodológicas a partir del trabajo de campo remoto. *Caleidoscopio - Revista Semestral De Ciencias Sociales Y Humanidades*. Publicación en línea avanzada. <https://doi.org/10.33064/46crscsh3365>
- Sánchez Puñales, S. (2002). *Historia de la Enfermería en Uruguay*. Ediciones Trilce.
- Sánchez Puñales, S. (2017). *Dora Ibarburu Irazusta: figura emblemática de la Enfermería uruguaya*. Udelar. FE.
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/25914>
- Santos, J. L. G., Prochnow, A. G., Lima, S. B. S. d., Leite, J. L. y Erdmann, A. L. (2011). Concepções de comunicação na gerência de Enfermagem Hospitalar entre enfermeiros gerentes de um hospital universitário. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 45(4), 959–965. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000400024>
- Schraiber, L. B. (1995). Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saúde Pública*, 29(1), 63–74.
- SciELO (2015, 6 de febrero). La Red SciELO publica más de 500 mil artículos en acceso abierto en 17 años de operación. *SciELO En Perspectiva*.
<https://blog.scielo.org/es/2015/02/06/la-red-scielo-publica-mas-de-500-mil-articulos-en-acceso-abierto-en-17-anos-de-operacion/>
- Soares, M. I., Camelo, S. H. H., Resck, Z. M. R. y Terra, F. d. S. (2016). Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. *Revista brasileira de enfermagem*, 69(4), 676–683. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690409i>
- Sobre el Portal Regional de la BVS*. (2024, 29 de junio). <https://bvssalud.org/es/sobre-es/>
- Souza, F. M. d. y Soares, E. (2006). A visão administrativa do enfermeiro no macrossistema hospitalar: um estudo reflexivo. *Rev. bras. enferm*, 59(5), 620–625.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000500005>
- Spagnol, C. A. (2002). Da gerência clássica à gerência contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem. *Rev Gaucha Enferm*, 23(1), 114–131.

- Spagnol, C. A. (2005). (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 119–127. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100019>
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275. <https://doi.org/10.18294/sc.2010.285>
- Spinelli, H. (2012). El proyecto político y las capacidades de gobierno. *Salud colectiva*, 8(2), 107–130. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652012000200002>
- Spinelli, H. (2017). Gestión: Prácticas, mitos e ideologías. *Salud colectiva*, 13(4), 577–597. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1283>
- Spinelli, H., Arakaki, J. y Federico, L. (2019). *Gobernantes y gestores: Las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones*. Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789874937247>
- Tansini, R. (Ed.). (2003). *Economía para no economistas*. Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Udelar. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/7615>
- Testa, M. (2007). Decidir en Salud: ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué? *Salud Colectiva*, 3(3), 247–257.
- Vázquez Navarrete, M. L. y Vargas Lorenzo, I. (2007). *Organizaciones sanitarias integradas: Un estudio de casos*. Consorci Hospitalari de Catalunya.
- VERBI Software. (2021). *MAXQDA 2022* [Software de computación]. www.maxqda.com
- Verd, J. M. y Lozares, C. (2016). *Introducción a la investigación cualitativa: Fases, métodos y técnicas. Investigación cualitativa: Vol. 1. Síntesis*.
- Vidart, D. (1959, 1 de febrero). Sobre la viveza criolla. *Suplemento Dominical De El Día*(1359). <https://anaforas.fic.edu.uy/jspui/handle/123456789/53240>
- Villar, H. (Ed.). (2012). *Gestión de servicios de salud*. Zona editorial.
- Villarreal Puga, J. y Cid García, M. (2022). La Aplicación de Entrevistas Semiestructuradas en Distintas Modalidades Durante el Contexto de la Pandemia. *Revista Científica Hallazgos21*, 7(1), 52–60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8474986>
- Wacquant, L. (2007). Esclarecer o Habitus. *Educação & Linguagem*, 10(16), 63–71. <https://doi.org/10.15603/2176-1043/el.v10n16p63-71>
- Weirich, C. F., Munari, D. B., Mishima, S. M. y Bezerra, A. L. Q. (2009). O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. *Texto & contexto enfermagem*, 18(2), 249–257. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200007>
- Wilson, S. E. y Ashcraft, S. (2023). Stroke: Hospital Nursing Management Within the First 24 Hours. *The Nursing Clinics of North America*, 58(3), 309–324. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2023.05.003>

- Wlosko, M. y Ros, C. (2015). El trabajo del cuidado en el sector salud desde la psicodinámica del trabajo y la perspectiva del care: Entrevista a Pascale Molinier. *Salud Colectiva*, 11(3), 445. <https://doi.org/10.18294/sc.2015.728>
- Ximenes Neto, F. R. G. y Sampaio, J. J. C. (2008). Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm*, 61(1), 36–45. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000100006>
- Ynoub, R. (2015). *Cuestión de método: Aportes para una metodología crítica*. Cengage Learning Editores.

APÉNDICES

APÉNDICE A - Estrategia de búsqueda bibliográfica para la construcción del Estado del arte	234
APÉNDICE B - Listado de artículos seleccionados para el corpus documental del Estado del arte	240
APÉNDICE C – Guía de entrevista	244
APÉNDICE D – Consentimiento informado	250

Apéndice A

Estrategia de búsqueda bibliográfica para la construcción del Estado del arte

Siguiendo a Minayo (2009) una vez definido el objeto de estudio en la fase de elaboración del proyecto de esta investigación, se procedió a realizar una búsqueda bibliográfica amplia que permitió recuperar diversos puntos de vista y abordajes del problema que permitieron “establecer definiciones, conexiones y mediaciones, demostrando el estado del arte” (p. 152) con respecto a la gestión realizada por profesionales de enfermería que excediera los ámbitos tradicionales de actuación profesional.

Fue necesario, para dar precisión a la búsqueda bibliográfica, considerar la estrecha vinculación entre la profesión de enfermería y la gestión, hecho primigenio de la enfermería moderna (Rovere y Sachetti, 2011). La singularidad del rol enfermero caracterizado por una gestión híbrida (Ernst, 2019), es decir gestión del cuidado a las personas o grupos de personas y gestión del servicio en el que se realizan los cuidados en las organizaciones sanitarias, lleva a que exista una muy abundante literatura publicada sobre la gestión en el área de la enfermería. En consecuencia, las búsquedas exploratorias iniciales vinculando los términos “*nursing*”, (“*management*” OR “*administration*”) y “*hospital*”, devolvían muchas referencias bibliográficas en las bases de datos PubMed y en la BVS, referidas principalmente a la gestión de los cuidados de enfermería relacionados con entidades clínicas. Es frecuente, en el ámbito de la profesión, la utilización del término «*gestión*», su sinonimia y términos derivados para la presentación de estudios netamente clínicos. A modo de ejemplo, utilizando los términos exploratorios mencionados, las bases de datos nos pueden devolver artículos como este: “*Stroke: Hospital Nursing Management within the first 24 hours*” (Wilson y Ashcraft, 2023), en el cual se presenta el abordaje clínico de una patología determinada.

El objetivo primario propuesto fue recuperar antecedentes de gestión de hospitales por parte de enfermeras/os, en países de América Latina, en los últimos 10 años. Estas búsquedas devolvieron muy escasos resultados, en consonancia con nuestra hipótesis inicial de trabajo de que el acceso de profesionales de enfermería a cargos de direcciones generales de hospitales era aún un hecho reciente y sobre todo escaso, al menos en los países de la región, lo cual justificaba de forma contundente el desarrollo de nuestra investigación.

En consecuencia, se tomó la decisión de ampliar la búsqueda a experiencias de gestión de profesionales de enfermería de servicios de salud que incluyera otros servicios además de los hospitales. No obstante, se estimó pertinente mantener aquellos estudios que

abordaran aspectos conceptuales sobre la gestión de profesionales de enfermería, aunque estos partieran de experiencias en servicios propios.

Se consideró necesario realizar un recorte geográfico a artículos que refirieran a países latinoamericanos por su similitud cultural con el Uruguay y un recorte temporal a los últimos 10 años de publicación, que posteriormente fue necesario ampliar a los últimos 20 años. A partir de estas definiciones se propuso la siguiente pregunta orientadora para la búsqueda bibliográfica: ¿cuáles son los principales aspectos estudiados en la literatura con respecto a la gestión de servicios de salud por enfermeras/os, en países de América Latina, a partir de una revisión de artículos indizados en bases de datos seleccionadas, publicados en el período 2000-2019?

Bases de datos seleccionadas

Teniendo en cuenta criterios de accesibilidad a las bases y de cobertura geográfica se decidió realizar las búsquedas en las bases de datos: Biblioteca Virtual de Salud (BVS) y Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Como lo informa su portal (*Sobre El Portal Regional De La BVS*, 2024), la BVS es gestionada por el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualmente reúne en su colección alrededor de 60 bases de datos bibliográficas, siendo LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) su base de datos principal. Dentro de las bases se encuentra el Banco de Datos de Enfermería (BDENF) de especial interés para esta investigación. Asimismo, incluye a MEDLINE que es la principal base de datos bibliográfica de la Biblioteca Nacional de Medicina (NLM) de EE. UU, con más de 31 millones de referencias a artículos de ciencias de la vida con concentración en biomedicina. El portal regional de la BVS es el espacio de integración de los productos y servicios de la BVS y proporciona una interfaz de búsqueda y recuperación de la información en toda su colección de bases de datos, por lo que fue el seleccionado para realizar las búsquedas para este estudio.

SciELO es una biblioteca electrónica constituida por una red de colecciones de revistas científicas, organizadas por país más la colección SciELO Salud Pública. La cobertura geográfica es principalmente de países de América Latina, donde tuvo su origen con la finalidad de aportar visibilidad a la producción regional bajo el principio del acceso abierto, libre y gratuito (Martinovich, 2022). Si bien actualmente es multidisciplinaria, en sus orígenes se vinculó estrechamente a las ciencias de la salud, encontrándose BIREME entre sus impulsores. Para el año 2015, SciELO informa que las Ciencias de la Salud predominan sobre las demás áreas en el número de revistas indexadas (31%) y principalmente en el número de artículos publicados (43%) (SciELO, 2015). Si bien cada colección tiene su interfaz propia de

búsqueda, ofrece una interfaz que integra todas las colecciones (SciELO.org), que fue la elegida para este estudio.

Criterios de inclusión y exclusión

En el Cuadro 1 se muestran los criterios de inclusión y exclusión adoptados para decidir la incorporación de artículos al *corpus* documental.

Cuadro A1. Criterios de inclusión y exclusión de los artículos

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos que refieran a experiencias de gestión general de servicios de salud por parte de profesionales de enfermería	Artículos que traten de la gestión de casos o entidades clínicas vinculadas al cuidado de enfermería
Artículos que aborden aspectos conceptuales de la gestión realizada por profesionales de enfermería, a partir de la gestión de servicios propios o generales	Artículos periodísticos, editoriales, reseñas o conferencias
Artículos publicados entre el año 2000 y 2019	
Artículos que refieran a experiencias de gestión de profesionales de enfermería en países de América Latina	
Artículos que estén disponible a texto completo, en formato de acceso libre o a través de acceso institucional	

Fuente: elaboración propia

Términos y estrategias de búsqueda

Se realizaron búsquedas con la siguiente combinación de términos en los campos título y resumen, en las interfaces de búsqueda avanzada de las bases de datos seleccionadas.

1. *"nursing" AND "management" AND "hospital administration"*
2. *"nursing" AND "management" AND "health services administration"*
3. *"nursing management" AND "hospital administration"*
4. *"nursing management" AND "health services administration"*

Dado que los resultados obtenidos eran muy inespecíficos para responder la pregunta orientadora de la búsqueda se buscó identificar, en aquellos artículos que claramente serían incluidos en el *corpus*, los términos con los que se referían a las experiencias propiamente de

gestión de servicios. Es así como se identificaron los términos “*gerencia*” y “*gerenciamiento*” como de uso habitual para indicar el rol profesional vinculado a las experiencias o a los aspectos conceptuales sobre la gestión de los servicios en las organizaciones sanitarias en los artículos publicados en la región.

Este hallazgo suponía un contraste con el marco conceptual con el cual estábamos abordando este estudio, dado que el término “*gerencia*” y sus derivados, en el caso de Uruguay, se relacionan más con el sector privado de empresas proveedoras de servicios de salud que con la dirección de los hospitales públicos donde es habitual el uso del término “*administración*” y sus derivados.

En consecuencia, se definió una nueva estrategia de búsqueda con los términos en español (que además son equivalentes en portugués), dado que la palabra inglesa “*management*” puede tener un sentido más amplio que el término “*gerencia*”:

5. “*enfermería*” AND “*gerencia*”

Para establecer los límites temporales y geográficos se utilizaron filtros propios de las bases de datos consultadas. En el caso de SciELO se utilizaron además dos filtros temáticos, Políticas y Servicios de Salud y Gerenciamiento.

Aplicando la estrategia anterior se recuperaron un total de 402 artículos (Tabla A1) que se importaron al software de gestión de referencias bibliográficas CITAVI y se procedió a la eliminación de duplicados, quedando un total de 185 artículos. Posteriormente se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión a través de la lectura de títulos y resúmenes de los artículos recuperados, identificándose 76 artículos para lectura a texto completo, de los cuales se seleccionaron finalmente 30 para su incorporación en el *corpus* documental (Figura A1).

En el proceso se identificó una enfermera, Danelia Gómez Torres, autora de una tesis de doctorado en la temática específica de nuestra investigación, publicada en el libro “Gestión de vértice en salud. Una visión estratégica de enfermería” (Gómez Torres, 2018), que se incorporó al estado del arte.

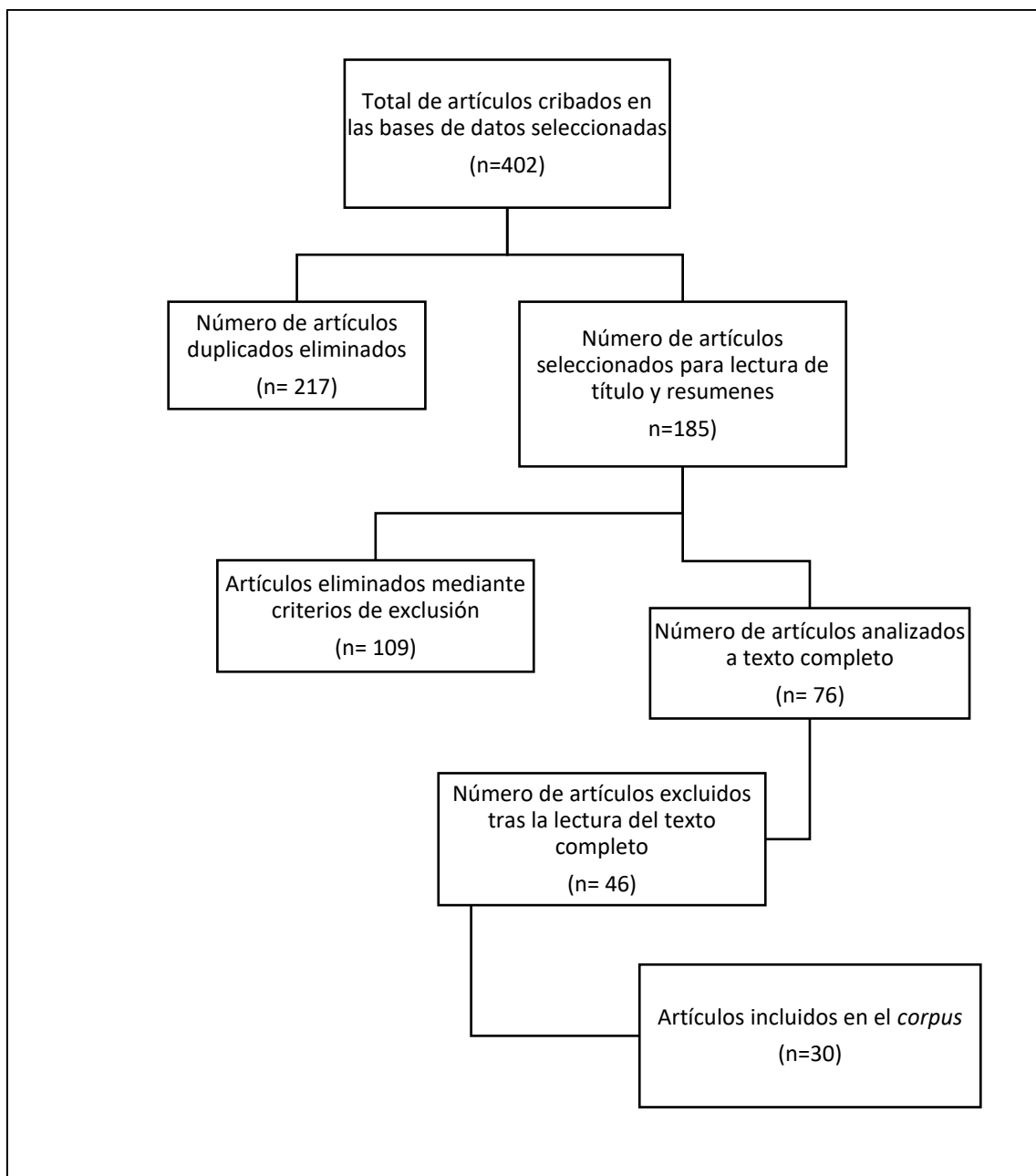
El análisis del contenido temático del *corpus* documental se realizó en CITAVI, dado que este software permite el análisis cualitativo a partir de la generación de categorías y códigos de los textos incorporados. Adicionalmente, el software se integra al procesador de textos permitiendo trabajar a partir de la sistematización realizada en el programa, en la organización de la información y en la estructura del documento de revisión. Asimismo, se realizó la gestión de todas las referencias bibliográficas con CITAVI.

Tabla A1. Resultados de las búsquedas en bases de datos electrónicas seleccionadas en agosto de 2019

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Cantidad de artículos
BVS	1º campo: Título/Resumen/Asunto Término: <i>enfermería</i> Operador lógico: AND 2º campo: Título/Resumen/Asunto Término: <i>gerencia</i> Filtro: América del Sur Filtro: Año de publicación: 2000 a 2019 inclusive	278
SciELO	1º campo: Resumen Descriptor: <i>enfermería</i> Operador lógico: AND 2º campo: Resumen Descriptor: <i>gerencia</i> Filtro temático (WOS): Políticas y Servicios de Salud Filtro temático (WOS): Gerenciamiento Filtro: Año de publicación: 2000 a 2019 inclusive	124
Total		402

Fuente: elaboración propia

Figura A1. Esquema descriptivo de las etapas de la búsqueda bibliográfica exploratoria en las bases de datos electrónicas seleccionadas entre los meses de agosto a diciembre de 2019



Fuente: elaboración propia

Apêndice B.

Listado de artículos seleccionados para el corpus documental del Estado del arte

Cuadro B1. Listado de artículos seleccionados que conforman el corpus documental para el estado del arte.

Año	Autores	Título	Subtítulo	Tipo	Revista
2019	Danelia Gómez-Torres, Karla Sofia Gómez-Alcántara	The Authority Exercised by Nurses in Healthcare Institutions		Artículo de revista	American Journal of Nursing Science
2019	Ferreira, V.H.S.; Teixeira, V. M.; Giacomini, M. A.; Alves, L. R.; Gleriano, J. S.; Chaves, L.D.P.	Contributions and challenges of hospital nursing management	Scientific evidence	Artículo de revista	Revista gaucha de enfermagem
2016	Soares, Mirelle Inácio; Camelo, Silvia Helena Henriques; Resck, Zélia Marilda Rodrigues; Terra, Fábio de Souza	Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar		Artículo de revista	Revista brasileira de enfermagem
2016	Torres, Danelia Gómez; Benhumea, Livia Quiroz; Villada, Maria Sandra Davila; Bernardino, Elizabeth	Caracterização da autoridade que enfermeiras gerentes exercem em instituições de saúde no México e em Portugal		Artículo de revista	Cogitare Enferm. (Cogitare Enfermagem)
2014	Amestoy, Simone Coelho; Backes, Vânia Marli Schubert; Thofehrn, Maira Buss; Martini, Jussara Gue; Meirelles, Betina Hörner Schlindwein; Trindade, Letícia de Lima	Gerenciamento de conflitos	Desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar	Artículo de revista	Revista Gaúcha de Enfermagem
2014	Soto Fuentes, Paz Eugenia; Reynaldos-Grandón, Katuska; Martínez-Santana, Dayann; Jerez-Yáñez, Oscar	Skills for Nurses in the Field of Management and Administration	Contemporary Challenges to the Profession	Artículo de revista	Aquichan
2011	dos Santos, José Luís Guedes; Prochnow, Adelina Giacomelli; Lima, Suzinara Beatriz Soares de; Leite,	Concepções de comunicação na gerência de Enfermagem Hospitalar entre enfermeiros gerentes de um hospital universitário		Artículo de revista	Revista da Escola de Enfermagem da U S P

	Joséte Luzia; Erdmann, Alacoque Lorenzini				
2011	Erdmann, Alacoque Lorenzini; Andrade, Selma Regina de; Santos, José Luís Guedes dos; Oliveira, Roberta Juliane Tono de	Perfil dos egressos de gerenciamento de enfermagem dos programas da área de enfermagem da região sul		Artículo de revista	Rev. Esc. Enferm. USP
2011	Furukawa, Patrícia de Oliveira; Cunha, Isabel Cristina Kowal Olm	Profile and competencies of nurse managers at accredited hospitals		Artículo de revista	Revista latino- americana de enfermagem
2011	Gómez Torres, Danelia; ângeles- Ávila Gloria; Martínez- Garduño, María Dolores	Modelo de dirección de hospitales por enfermeras		Artículo de revista	Aquichan
2011	Guerra, Soeli Teresinha; Prochnow, Adelina Giacomelli; Trevizan, Maria Auxiliadora; Guido, Laura de Azevedo	Conflict in nursing management in the hospital context		Artículo de revista	Revista latino- americana de enfermagem
2010	Gómez Torres, Danelia; Rubio Tyrell, María Antonietta	La enfermera. Conocimientos y competencias para dirigir hospitales		Artículo de revista	Esc Anna Nery Rev Enferm
2010	Hernández Ortiz, Joana; Gomez Torres, Danelia	Una aproximación al concepto de gerencia y administración aplicado a la disciplina de enfermería		Artículo de revista	Esc. Anna Nery (Escola Anna Nery)
2010	Teresinha Guerra, Soeli; Giacomelli Prochnow, Adelina; Horto Fontoura Cartana, Maria do; Guedes dos Santos, José Luís	El conflicto en la gerencia de enfermería	Un análisis de la producción científica brasileña	Artículo de revista	Index enferm
2009	Montezeli, Juliana Helena; Peres, Aida Maris	Competência gerencial do enfermeiro	Conhecimento publicado em periódicos brasileiros	Artículo de revista	Cogitare enferm
2009	Souza, Mariluce Karla Bomfim de; Melo, Cristina Maria Meira de	Atuação de enfermeiras nas macrofunções gestoras em saúde		Artículo de revista	Rev. enferm. UERJ
2009	Weirich, Claci Fátima; Munari, Denize Bouttelet; Mishima, Silvana Martins; Bezerra, Ana Lúcia Queiroz	O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde		Artículo de revista	Texto & contexto enferm

2008	Gómez Torres, Danelia; Leite, Josete Luzia; Vasconcelos Moura, Maria Aparecida	Conflicto generado por la designación de enfermeras para la dirección hospitalaria - Una visión periodística		Artículo de revista	Esc Anna Nery Rev Enferm
2008	Munari, Denize Bouttelet; Nunes, Fernanda Costa; Motta, Kátia Alexandrina Matos Barreto; Esperidião, Elizabeth; Silva, Josiane Inácio da; Coelho, Maria Alice	Educação de laboratório como ferramenta no processo educação continuada de enfermeiros gerentes		Artículo de revista	Rev. enferm. UERJ
2008	Villas Bôas, Lygia Maria de Figueiredo Melo; Araújo, Marize Barros de Souza; Timóteo, Rosalba Pessoa de Souza	A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa	Uma breve reflexão	Artículo de revista	Ciência & Saúde Coletiva
2008	Ximenes Neto, Francisco Rosemiro Guimarães; Sampaio, José Jackson Coelho	Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família		Artículo de revista	Rev. bras. enferm
2007	Benito, Gladys Amélia Vélez; Becker, Luciana Corrêa	Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família	Visão da Equipe Saúde da Família	Artículo de revista	Rev. bras. enferm
2007	Jorge, Maria Salete Bessa; Freitas, Consuelo Helena Aires de; Nóbrega, Maria Fátima Bastos; Queiroz, Maria Veraci Oliveira	Gerenciamento em Enfermagem	Um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004): [revisão]	Artículo de revista	Rev. bras. enferm
2006	Ruthes, Rosa Maria; Cunha, Isabel Cristina Kowal Olm	Gerenciamento de Enfermagem e administração das organizações do Terceiro Setor		Artículo de revista	Rev. bras. enferm
2006	Souza, Fábila Maria de; Soares, Enedina	A visão administrativa do enfermeiro no macrossistema hospitalar	Um estudo reflexivo	Artículo de revista	Rev. bras. enferm
2005	Christovam, Barbara; Santos, Iraci	A instituição da liderança dos enfermeiros em questões de saúde		Artículo de revista	Revista brasileira de enfermagem
2005	Lourenço, Maria Regina; Shinyashiki, Gilberto Tadeu; Trevizan, Maria Auxiliadora	Management and leadership	Analysis of nurse manager's knowledge	Artículo de revista	Revista latino-americana de enfermagem
2005	Spagnol, Carla Aparecida	(Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva		Artículo de revista	Ciência & Saúde Coletiva
2003	Melo, Marisa Leal Correia; Nascimento,	Treinamento introdutório para enfermeiras dirigentes	Possibilidades para gestão do SUS	Artículo de revista	Rev. bras. enferm

2002	Maria Ângela Alves do Spagnol, Carla Aparecida	Da gerência clássica à gerência contemporânea	Compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem	Artículo de revista	Rev Gaucha Enferm
------	---	--	--	------------------------	----------------------

Fuente: elaboración propia

Apéndice C

Guía de entrevista ³⁴

Datos generales de los entrevistados:

- Nombre
- Edad
- Año de egreso como enfermero
- Inicio/fin de la gestión (dirección de hospital)

Datos generales de la institución:

- Nombre y ubicación
- Estructura (número de camas, servicios, cantidad de personal, etc.)

Trayectoria personal

Formación:

1. ¿Considera que su formación de grado como enfermero le aportó elementos para su rol de gestor? ¿Cuáles?
2. ¿Tiene formación específica en gestión o administración? ¿Qué le aportaron a su trayectoria como gestor/a?
3. ¿Cuáles cree que son las debilidades en su formación de grado y de posgrado para su rol como gestor?

Experiencia:

4. ¿Tuvo con anterioridad al cargo de dirección hospitalaria, cargos de conducción de servicios de enfermería u otros?
5. ¿Fueron en instituciones públicas o privadas? Si tuvo experiencia de gestión privada, ¿qué diferencia ve con la pública?

³⁴ La guía de preguntas para las entrevistas es una adaptación de la utilizada en la investigación: Spinelli H., Arakaki J., Federico L. *Gobernantes y Gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones*. Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2019.

6. ¿En qué medida considera que esas experiencias le facilitaron su rol como director/a de hospital? ¿qué balance hace de estas?
7. En general, ¿considera que fue reconocido como director/a del hospital más allá de la autoridad formal? ¿Por parte de qué grupos de trabajadores? ¿Por qué?
8. ¿Cómo fue dirigir a profesionales de otras disciplinas? ¿Hubo alguna singularidad destacable en relación al vínculo con los médicos en general y/o de alguna especialidad en particular?
9. ¿Identifica dificultades en el reconocimiento de su rol como gestor/a derivadas de su condición de profesional de enfermería?

La arena política

10. ¿A qué atribuye el hecho de que a partir del año 2005 se haya habilitado el acceso de enfermeros a la dirección de hospitales del sector público en Uruguay?
11. Describa el escenario político, qué problemas surgían, qué actores jugaban en su espacio; ¿A quiénes tenía a favor o en contra y por qué? ¿Cambiaron durante la gestión las posiciones de estos actores?
12. ¿Qué intereses tenían los que lo apoyaban? ¿Y los que se oponían? ¿Cómo se condujo en relación a ambos tipos de intereses?

La organización

13. ¿Quiénes tenían poder en su organización? ¿En qué se basaba ese poder?
14. ¿Había autonomía en los trabajadores de la organización? ¿De qué tipo? ¿En qué partes de la organización?
15. ¿Cómo se imaginaba la organización antes de comenzar la gestión?, ¿Cómo la describe ahora?

Capacidades Institucionales

Lo administrativo

16. ¿Al inicio de su gestión evaluó los recursos administrativos necesarios para afrontar la gestión?
17. ¿Intentó modificar los procesos administrativos? ¿Cambió algo durante su gestión? ¿Por qué? ¿Cómo?
18. ¿Los cuerpos administrativos eran idóneos?
19. ¿Había procesos administrativos fijos, normalizados?

Economía, finanzas y presupuesto

20. ¿Cuál era la principal fuente de financiamiento? ¿Tenía alguna fuente de financiamiento externo?
21. ¿La situación financiera era justa/holgada/escasa?
22. ¿Se hacían presupuestos? ¿Cómo se hacían? ¿Quiénes hacían el presupuesto?
23. ¿Había presupuesto por programas o histórico?
24. ¿Intentó aumentar su presupuesto? ¿Cómo?

Los bienes de capital y la dotación de personal

25. ¿Cómo era el estado edilicio de la organización? ¿El espacio físico era funcional? ¿realizó cambios en su gestión?
26. ¿Cómo era la situación de los otros bienes de capital (tecnología)? ¿pudo realizar cambios o incorporaciones de tecnología?
27. ¿Cómo era la dotación del personal? ¿cambió durante su gestión?

Capacidades personales

La oficina del dirigente

28. ¿Cómo describe su oficina en tanto dirigente?
29. ¿Quiénes accedían y por qué?
30. ¿Qué recursos de tecnología de gestión poseía?
31. ¿Tenía acceso a información de la organización desde su oficina? ¿Cuál? ¿En qué soporte?

La agenda del dirigente

- 32. ¿Cómo era su agenda diaria de trabajo? ¿Quién decidía el acceso de los temas a la agenda?
- 33. ¿Agendaba temas que no le correspondían? ¿Se lo imponían?
- 34. ¿Realizaba un monitoreo de la agenda para analizar cómo había sido su uso?
- 35. ¿Perdía mucho tiempo en reuniones y actividades protocolares?

La gerencia por operaciones

- 36. ¿Cedía responsabilidad y capacidad de decisión frente a los problemas?

La comunicación

- 37. ¿Cómo se comunicaban los diversos sectores de su equipo?
- 38. ¿Qué y cómo comunicaba sus decisiones a su personal a cargo?
- 39. ¿Había espacios de consenso? ¿Para qué tipo de decisiones?
- 40. Cuando quería hablar con alguien del personal, ¿dónde lo hacía?
- 41. ¿Se hacían reuniones periódicas del personal y/o se las fomentaba?

Las reuniones de gabinete

- 42. ¿Tenía reuniones de gabinete periódicas? ¿Con quién/es?
- 43. Realice una descripción de esas reuniones.
- 44. ¿Había una agenda de temas? ¿Se respetaba? ¿Se moderaban los tiempos de las intervenciones? ¿Cómo se coordinaban las reuniones?
- 45. ¿Los temas de la agenda de la reunión abarcaban a todos los presentes o solo a algunos de ellos?
- 46. ¿Eran útiles las reuniones?

La construcción de equipos

- 47. ¿El personal que dependía de la dependencia (dirección) estaba motivado/capacitado?
- 48. ¿Lo eligió, heredó, se lo impusieron?
- 49. ¿Qué personal consiguió usted y por qué? ¿Qué tipo de personal no pudo conseguir y por qué?
- 50. ¿Qué grado y tipo de formación tenía su equipo?

La resolución de conflictos

51. ¿Tenía capacitación previa, o tuvo durante su gestión, en técnicas de resolución de conflictos?
52. ¿Se generaron conflictos dentro de su equipo? ¿De qué tipo? ¿Por qué? ¿Cómo los trabajó?
53. ¿Cómo trabajó los conflictos con otros actores que influían en su gestión?
54. A medida que avanzó su gestión, ¿Qué conflictos surgieron entre las necesidades políticas de su coyuntura y sus metas?

Los sistemas de información

55. ¿Tenía sistema de información? ¿Logró mejorarlo?
56. ¿Tenía un tablero de control/comando?
57. ¿Qué tipo de información buscó generar usted y por qué? ¿Cómo le fue?
58. ¿Qué dificultades de nivel técnico, de conocimiento, de personal o de otro tipo encontró al intentar conformar un sistema de información?
59. ¿Cómo era el procesamiento de la información?, ¿Qué herramientas de análisis utilizaban?
60. ¿Utilizó la información para la toma de decisiones o se guiaba por la coyuntura de la gestión?
61. ¿Tenía información en soporte papel? ¿Qué porcentaje representaba?

Planificación, evaluación y monitoreo

62. ¿Cómo fue la experiencia con la planificación?
63. ¿Se realizaron evaluaciones externas?
64. ¿Se realizó evaluación y monitoreo?
65. ¿La organización le ofrecía los recursos para cumplir con las metas encomendadas?

Reflexiones finales

66. ¿Volvería a hacer la experiencia?
67. ¿Qué no volvería a hacer?

68. ¿Cómo evalúa los resultados de su gestión? ¿Considera que introdujo cambios de fondo?
69. ¿Cuál fue el impacto de la gestión en su subjetividad y en el grupo familiar?

Apéndice D

Consentimiento informado

Yo, _____, titular de la Cedula de
Identidad N.º _____, domiciliado(a) en:

_____.

Siendo mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales y sin que medie coacción ni violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, relacionados con el estudio que más adelante indico, declaro mediante la presente:

Haber sido informado(a) de manera objetiva, clara y sencilla por parte del Lic. Juan Pablo Apollonia, sobre el trabajo de investigación “Enfermeros/as gestores de servicios de salud del sector público en el proceso de reforma sanitaria del Uruguay, 2005-2019”

Tener conocimiento claro de que el objetivo fundamental del trabajo antes señalado es: “describir y analizar las experiencias de dirección de hospitales públicos desarrolladas por enfermeros/as en Uruguay, en el marco de la reforma sanitaria, a partir del año 2005 al 2019, desde la perspectiva de los propios gestores”.

Haber sido informado(a) de que mi participación en la investigación consiste en responder a una entrevista relacionada con el tema que será llevada a cabo por el propio investigador y que acepto que la misma sea grabada por medios electrónicos al sólo efecto de facilitar el estudio posterior de su contenido.

Que la información que suministre al investigador será utilizada única y exclusivamente para la investigación mencionada a los efectos de la elaboración de la Tesis de Doctorado del Lic. Juan Pablo Apollonia en el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad de Lanús, Argentina.

Que el investigador me ha garantizado confidencialidad relacionada tanto a mi identidad como de cualquier información relacionada con mi persona a la que tenga acceso por concepto de mi participación en el estudio mencionado.

Que estoy de acuerdo en el uso, para fines académicos de los resultados obtenidos en el presente estudio.

Que cualquier pregunta que tenga relación con este estudio me será respondida oportunamente por parte del Lic. Juan Pablo Apollonia, con quien me puedo comunicar por los teléfonos: 45673133 y 099567331.

Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendo recibir algún beneficio de tipo económico producto de los hallazgos de la referida investigación.

Que los resultados del estudio me serán mostrados oportunamente si así lo solicito.

Que en este mismo acto se firmaron dos ejemplares del presente consentimiento y se me entregó una copia firmada por el investigador de este documento.

Fecha:

Firmas: