



# **UNIVERSIDAD DE BELGRANO**

## **MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA EMPRESARIAL Y ORGANIZACIONAL**

### **TESIS**

**Nivel de presencia del modelo médico hegemónico  
en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública y privada  
según percepciones de licenciados en enfermería  
(AMBA – OCTUBRE 2021)**

**Un aporte al estudio del clima organizacional en el ámbito de la enfermería**

**MAESTRANDO: Lic. Darío Oscar Siani**

**DIRECTOR DE TESIS Dr. Marcos Antonio Requena Arellano**

#### **Palabras clave**

**Modelo médico hegemónico. Clima organizacional. Gestión de Enfermería.  
Sociología de las profesiones. Relación médico y enfermero.**

#### **Keywords**

**Hegemonic medical model. Organizational climate. Nursing management.  
Sociology of the professions. Doctor and nurse relationship**

**Investigación para optar al grado de  
Magister en Psicología Empresarial y Organizacional**

**7 de noviembre del 2021**

## **DATOS DEL TESISISTA**

Nombre y Apellido: Darío Oscar Siani

DNI: 14.033.580

ID del alumno : P000143001

Títulos de grado: Licenciado en Relaciones Industriales por la Universidad Argentina de la Empresa (1996). Licenciado en Relaciones Públicas por la Universidad Argentina J.F. Kennedy (1986).

Títulos de postgrado: Doctor en Psicología Social por la Universidad Argentina J.F.Kennedy (2020)

Linkedin: <https://www.linkedin.com/in/dario-siani-952bbb13/>

Teléfono: celular +54 9 11 48708690

E-mail: [siani.dario@gmail.com](mailto:siani.dario@gmail.com)

## **DATOS DEL DIRECTOR DE TESIS**

Nombre y Apellidos: Marcos Antonio Requena Arellano (profesor externo).

DNI: 95.678.622

ORCID: <https://www.orcid.org/0000-0003-2679-5270>

ResearchGate: [https://www.researchgate.net/profile/Marcos\\_Requena\\_Arellano](https://www.researchgate.net/profile/Marcos_Requena_Arellano)

Títulos de postgrado: Magister en Psicología Cognitiva (2002) y Doctor en Educación. Universidad Católica Andrés Bello (2011).

E-mail: [marcos.requena@ues21.edu.ar](mailto:marcos.requena@ues21.edu.ar)

Teléfono: celular +54 911 23357771

# ÍNDICE

	Página
<b>1 – Indagaciones preliminares</b>	
I. Modelo Médico Hegemónico.	1
II. Clima Organizacional	5
III. Vacancia de conocimiento que se pretende cubrir	11
<b>2 – El problema de investigación</b>	
I. Origen del interés que impulsó al tesista para desarrollar la investigación y recorte del objeto de conocimiento.	14
II. Delimitación del objeto de conocimiento	15
III. Relevancia teórica, metodológica y de transferencia social.	15
IV. Pregunta general que se pretende responder con la investigación.	17
V. Preguntas específicas que se pretender responder con la investigación	17
<b>3 – Objetivos de la investigación</b>	
I. Objetivo General	19
II. Objetivos específicos	19
<b>4 – Marco Teórico</b>	
I. Encuadre de la investigación en una teoría general	21
II. Encuadre de la investigación en una teoría sustantiva.	23
III. Problemática institucional de las organizaciones	24
IV. Postmodernidad y el contexto organizacional.	26
V. La organización como objeto de realidad percibida	27
VI. Los grupos en el contexto organizacional.	28
VII. El fenómeno del poder en el campo organizacional	29

<b>5 – Hipótesis</b>	
I. Hipótesis descriptiva	32
II. Hipótesis correlacionales	32
<b>6 – Marco Metodológico</b>	
I. Perspectiva metodológica, enfoque, diseño y alcance de la investigación	34
II. Población.	35
III. Muestra.	35
IV. Definiciones conceptuales y operacionales de las variables.	42
V. Instrumentos empleados para la recolección de datos	49
VI. Diseño del instrumento de recolección de datos para la variable de estudio	49
VII. Validez de contenido del instrumento de recolección de datos	63
VIII. Fiabilidad del instrumento de recolección de datos	67
IX. Administración del instrumento de recolección de datos.	67
X. Procesamiento y análisis de datos.	68
<b>7 – Resultados</b>	
I. Variable de estudio	69
II. Relación entre variable de estudio y tipo de organización	77
III. Relación entre variable de estudio y cantidad de personal a cargo	78
IV. Relación entre variable de estudio y sexo	80
V. Relación entre variable de estudio y edad	82
VI. Relación entre variable de estudio y trabaja o no en UCI	83
<b>8 – Discusión, conclusiones, líneas de investigación y trabajo a futuro</b>	85
<b>9 – Referencias</b>	96

## LISTA DE TABLAS

	Página
<b>Tabla 1.</b> Distribución de la muestra por sexo	37
<b>Tabla 2.</b> Distribución de la muestra por edades	38
<b>Tabla 3.</b> Distribución de la muestra por cantidad de personal a cargo	39
<b>Tabla 4.</b> Distribución de la muestra según trabaje o no en UCI	40
<b>Tabla 5.</b> Distribución de la muestra por tipo de organización	41
<b>Tabla 6.</b> Definición conceptual y operacional de la variable de estudio	42
<b>Tabla 7.</b> Definición conceptual y operacional de la variable edad	45
<b>Tabla 8.</b> Definición conceptual y operacional de la variable poblacional sexo	46
<b>Tabla 9.</b> Definición conceptual y operacional de la variable poblacional tipo de organización sanitario-asistencial	46

<b>Tabla 10.</b> Definición conceptual y operacional de la variable poblacional cantidad total de personal a cargo	47
<b>Tabla 11.</b> Definición conceptual y operacional de la variable poblacional desempeño en Unidades de Cuidados Intensivos	48
<b>Tabla 12.</b> Cuantificadores de frecuencia utilizados para todos y cada uno de los reactivos que componen la encuesta y sus correspondientes códigos numéricos	54
<b>Tabla 13.</b> Escala utilizada para determinar el nivel de la variable de estudio, en correspondencia con los cuantificadores de frecuencia utilizados para todos y cada uno de los reactivos que componen la encuesta.	54
<b>Tabla 14.</b> Ordenamiento final de los reactivos en el formulario de encuesta, luego de aplicar los criterios de menos a más y de mezcla por desagrupamiento.	60
<b>Tabla 15.</b> Equivalencias entre los códigos numéricos de las categorías de respuesta para prueba de juicio experto y los códigos numéricos para aplicación de la fórmula de V de Aiken.	66
<b>Tabla 16.</b> Consistencia interna mediante Prueba de Alfa de Cronbach	67
<b>Tabla 17.</b> Mínimo, máximo, media y desviación estándar del nivel de presencia del modelo médico hegemónico.	69
<b>Tabla 18.</b> Valores de variable de estudio. Promedio general de puntuaciones para los reactivos. Corte en el 20% que obtuvo mayor puntuación.	70

<b>Tabla 19.</b> Distribución de puntuaciones de la variable nivel de presencia percibida del MMH (normalidad)	71
<b>Tabla 20.</b> Distribución de puntuaciones de la variable edad (normalidad)	72
<b>Tabla 21.</b> Distribución de puntuaciones de la variable cantidad total de personas a cargo (normalidad)	73
<b>Tabla 22.</b> Distribución de puntuaciones de la variable nivel de presencia percibida del MMH según sexo (normalidad)	74
<b>Tabla 23.</b> Distribución de puntuaciones de la variable nivel de presencia percibida del MMH según tipo de institución (normalidad)	75
<b>Tabla 24.</b> De la distribución de puntuaciones de la variable nivel de presencia percibida del MMH según se trabaja o no en la UCI (normalidad)	76
<b>Tabla 25.</b> Correlación tipo de institución - nivel de presencia percibida del MMH	77
<b>Tabla 26.a.</b> Correlación número total de personas a cargo – nivel de presencia percibida del MMH	79
<b>Tabla 26.b.</b> Correlación número total de personas a cargo – nivel de presencia percibida del MMH, con exclusión del valor atípico	80
<b>Tabla 27.</b> Correlación sexo – nivel de presencia percibida del MMH	81

**Tabla 28.** Correlación Edad – nivel de presencia percibida del MMH 82

**Tabla 29.** Correlación trabajar o no en UCI – nivel de presencia percibida del MMH 83



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Distribución de la muestra por sexo	37
<b>Figura 2.</b> Distribución de la muestra por edades	38
<b>Figura 3.</b> Distribución de la muestra por cantidad de personal a cargo	39
<b>Figura 4.</b> Distribución de la muestra según trabaje o no en UCI	40
<b>Figura 5.</b> Distribución de la muestra por tipo de organización	41
<b>Figura 6.</b> Relación entre la distribución de las puntuaciones de la variable nivel de presencia percibida del MMH y la curva normal.	77
<b>Figura 7.</b> Relación entre la distribución de las puntuaciones de la variable edad y la curva normal.	72
<b>Figura 8.</b> Relación entre la distribución de las puntuaciones de la variable cantidad total de personal a cargo y la curva normal.	73
<b>Figura 9.</b> Distribuciones de puntuaciones de la variable de estudio en los grupos de mujeres y hombres o grupos.	74
<b>Figura 10.</b> Distribuciones de puntuaciones de la variable de estudio según se trabaja en instituciones públicas o privadas	75

<b>Figura 11.</b> Distribuciones de puntuaciones de la variable de estudio según se trabaje o no se trabaje en unidades de cuidados intensivos (UCI)	76
<b>Figura 12.</b> Correlación tipo de institución - nivel de presencia percibida del MMH.	78
<b>Figura 13.</b> Correlación número total de personas a cargo – nivel de presencia percibida del MMH	79
<b>Figura 14.</b> Correlación sexo – nivel de presencia percibida del MMH mediante comparación de las medias de los grupos.	81
<b>Figura 15.</b> Correlación edad – nivel de presencia percibida del MMH	83
<b>Figura 16.</b> Correlación trabajar o no en UCI – nivel de presencia percibida del MMH	84

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<b>Anexo 1</b> – Presentación de los expertos que intervinieron para determinar la validez de contenido del instrumento de recolección de datos.	104
<b>Anexo 2</b> – Envío de invitación por correo electrónico a los expertos que participaron de la validación de contenido del instrumento de recolección de datos (se copia un correo electrónico como muestra)	108
<b>Anexo 3</b> – Envío por correo electrónico de las instrucciones y Formulario Registro de Juicio Experto para la validación de contenido del instrumento de recolección de dato (se copia un correo electrónico como muestra)	109
<b>Anexo 4</b> – Formulario Registro de Juicio Experto para la validación de contenido del instrumento de recolección de datos.	111
<b>Anexo 5</b> - Presentación de las observaciones formularas en los Registros de Juicio Experto para determinar la validez de contenido del instrumento de recolección de datos y decisiones tomadas por el investigador con relación a cada observación formulada por cada experto.	120
<b>Anexo 6</b> - Presentación de los resultados de la Prueba de V de Aiken de los reactivos 1 a 6 inclusive.	127
<b>Anexo 7</b> - Presentación de los resultados de la Prueba de V de Aiken de los reactivos 7 a 11 inclusive.	128
<b>Anexo 8</b> - Presentación de los resultados de la Prueba de V de Aiken de los reactivos 12 a 21 inclusive.	129
<b>Anexo 9</b> - Presentación de los resultados de la Prueba de V de Aiken de los reactivos 22 a 34 inclusive.	130
<b>Anexo 10</b> - Presentación de los resultados de la Prueba de V de Aiken de las dimensiones	131

<b>Anexo 11</b> – Presentación del modelo de invitación cursada por correo electrónico a las 467 licenciados en enfermería consultados para participar respondiendo la encuesta.	132
<b>Anexo 12</b> – Presentación del modelo de agradecimiento, confirmación del consentimiento informado, y envío de encuesta cursado por correo electrónico a los 98 participantes voluntarios que aceptaron participar.	134
<b>Anexo 13</b> – Presentación del modelo de la encuesta enviada por correo electrónico para ser completado por los 98 participantes voluntarios que aceptaron participar.	136
<b>Anexo 14</b> – Presentación del modelo de agradecimiento por responder la encuesta, y envío de archivo adjunto como recompensa de orden académica prometida a los 98 participantes voluntarios que respondieron la encuesta.	144
<b>Anexo 15</b> – Listado de participantes voluntarios que respondieron la encuesta, con sus respectivos números de orden en la matriz de datos.	145
<b>Anexo 16</b> – Matriz con los datos cargados de las variables poblacionales.	146
<b>Anexo 17</b> – Matriz con los datos cargados de la variable de estudio	149

## RESÚMEN

El constructo modelo médico hegemónico (MMH), desde que fuera acuñado por Menéndez (1988) hasta la actualidad ha despertado el interés del mundo académico. Sin embargo, muy poco se ha estudiado sobre las manifestaciones específicas de este modelo en las organizaciones sanitario-asistenciales y su implicancia en cuestiones que refieren al clima organizacional. Esta investigación se llevó a cabo con el objetivo de determinar el nivel de presencia del modelo médico hegemónico en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, a partir de datos recolectados durante el mes de octubre de 2021. También interesó conocer la relación que existe entre este nivel de presencia percibida del modelo médico hegemónico como variable de estudio y las siguientes variables poblacionales: tipo de organización según sea de gestión pública o de gestión privada, cantidad total de personal a cargo, sexo, edad, área de trabajo según sea o no unidad de cuidados intensivos.

La investigación es de tipo cuantitativa, no experimental, combina lo descriptivo con lo correlacional toda vez que se planteó una hipótesis descriptiva y 5 hipótesis correlacionales. Se realizó muestreo intencional no probabilístico por lo que el estudio limitó sus hallazgos a la muestra seleccionada, la cual se compuso de 98 voluntarios, todos licenciados en enfermería que participaron como alumnos de un posgrado en gestión de servicios de enfermería dictado por una universidad privada en la Ciudad de Buenos Aires.

Al no contar en la literatura académica con un instrumento que permita medir específicamente manifestaciones percibidas del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales, se diseñó una “escala de presencia percibida del MMH”, compuesta por 39 reactivos, cada uno de los cuales describe una manifestación específica del MMH en el ámbito de las organizaciones sanitario-asistenciales. La validez de contenido del instrumento fue confirmada mediante la participación de 11 expertos, utilizando la Prueba V de Aiken. Para la fiabilidad del instrumento se administró una prueba de Alfa de Cronbach, tomando como valor aceptable 0,75 y puntuación 0,90 como fiabilidad elevada. El resultado que arrojó la prueba para este instrumento fue 0,97.

Los datos recogidos fueron procesados y sometidos a análisis estadístico mediante el software SPSS.

El nivel de la variable de estudio fue calculado en base a la media (complementada con la desviación estándar), siendo su valor resultante el valor promedio obtenido de la puntuación general surgida como promedio de los valores que resultaron de la totalidad de las encuestas procesadas. El valor de variable obtenido como media fue 2,887, lo que implica que el valor promedio de la variable en estudio se ubica en el decil 9 de la categoría “nivel medio” con intervalo [2 ; 3], lo que la acerca considerablemente a la categoría de la escala inmediata superior, es decir “nivel alto”, con intervalo (3 ; 4]. Este valor de la variable de estudio no permitió aceptar hipótesis descriptiva H1, la cual preveía un valor de variable que se correspondiera con las categorías de la escala nivel alto o muy alto. Sin embargo el valor de variable obtenido (2,887) permitió confirmar la vigencia del modelo médico hegemónico en las organizaciones sanitario-asistenciales a partir de la presencia de sus manifestaciones específicas, según la muestra de estudio. El 20% de las manifestaciones del MMH que obtuvieron el promedio general de puntuaciones más alto muestra los contenidos socialmente problemáticos más relevantes percibidos por los integrantes de la muestra en estudio. Hay concordancia entre estos hallazgos y la caracterización que de modo concordante se viene haciendo del MMH en la literatura académica. Los hallazgos antes mencionados dieron cuenta del clima organizacional en cuanto percepciones que implican políticas, prácticas, y procedimientos organizacionales tanto formales como informales. Como resultado de las pruebas de correlación se pudo determinar que, para la muestra en estudio, no existe correlación entre la variable en estudio y las variables poblacionales. Esto permitió una segunda confirmación de la vigencia del modelo médico hegemónico en las organizaciones sanitario-asistenciales a partir de la presencia de sus manifestaciones específicas, según la muestra de estudio, toda vez que el nivel de presencia percibido del MMH no varía si se lo relaciona con edad, el sexo, cantidad total de personal a cargo, tipo de organización sanitario-asistencial (pública o privada), trabajar o no en UCI.

## **ABSTRACT**

This research was carried out with the objective of determining the level of presence of the hegemonic medical model in health-care organizations according to the perception of nursing graduates. It was also interesting to know the relationship between this level and the type of organization, total number of personnel in charge, sex, age, and work area. The research is quantitative, non-experimental, and combines the descriptive with the correlational. One descriptive hypothesis and five correlational hypotheses were proposed. The sample used is non-probabilistic, and is composed of 98 nursing graduates who participated voluntarily. A scale of presence of the hegemonic medical model was designed with 39 items, each of which describes a specific manifestation of this model in health-care organizations. The content validity of the instrument was confirmed through the participation of 11 experts, using Aiken's V Test. For the reliability of the instrument a Cronbach's Alpha test was administered; its result was 0.97; the level of reliability of the instrument is high. The variable value obtained as a mean was located in decile 9 of the scale category "medium level"; that is, it is considerably close to the next higher category "high level". This allows us to confirm the validity of the hegemonic medical model in health-care organizations based on the presence of its specific manifestations, according to the study sample. The 20% of the manifestations of the hegemonic medical model that obtained the highest overall average scores show the most relevant socially problematic contents perceived by the members of the sample under study. There is concordance between these findings and the characterization of the hegemonic medical model presented in the academic literature. There is also concordance between these findings and perceptions of organizational climate that refer to both formal and informal organizational policies, practices, and procedures. It was determined that there is no correlation between the level of presence of the hegemonic medical model and type of organization, total number of staff in charge, gender, age, and area of work. This made possible a second confirmation of the validity of the hegemonic medical model in health-care organizations based on the presence of its specific manifestations, according to the study sample.

# 1. Indagaciones Preliminares

## **Respecto del constructo Modelo Médico Hegemónico**

Menéndez (1988), como maestro en salud pública con formación de grado en Ciencias Antropológicas, desarrolló el concepto de MMH haciendo referencia a un conjunto de prácticas en el ámbito de la salud, consolidadas desde fines del siglo XVIII.

En cuanto a la caracterización del MMH que se pudo recuperar del el estado del arte, cabe señalar que desde sus primeras apariciones en los trabajos de Menéndez datadas por el año 1988, y hasta el presente, las descripciones que los distintos autores han desarrollado del MMH, han girado de manera fuertemente concordante alrededor de los mismos rasgos constitutivos descriptos por primera vez por Menéndez.

Este modelo se caracteriza por estar conformado por un conjunto de saberes y teorías que colocan como subalterna a cualquier forma de abordaje de la problemática salud-enfermedad que no provenga de dicho conjunto, alcanzando el estatus de única forma de atender la enfermedad. El saber médico es el que goza de mayor prestigio en las instituciones biomédicas por sobre otro tipo de saberes, y constituye una única forma de atender la enfermedad legitimada por los criterios de la llamada medicina científica y por el estado (Menéndez, 1988).

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

Dentro de un servicio de salud, la influencia del MMH, se manifiesta instituyendo jerarquías de saberes, lógicas de trabajo formales o informales, normas explícitas o implícitas que se expresan en la organización del trabajo (Nogueiras Alcayaga, 2018).

El estudio llevado a cabo en el personal de salud de la guardia de pediatría del Htal. Prof. Dr. A. Posadas durante el primer trimestre del año 2017 demostró, entre otras cuestiones, que el déficit comunicacional y las imposiciones arbitrarias por parte de los jerárquicos se encontraba empeorada por la presencia del modelo médico hegemónico en la comunicación de ciertas normativas (Nogueiras Alcayaga, 2018).



Los enfermeros profesionales emiten juicios y actúan sobre las amenazas emergentes para la seguridad del paciente a través del proceso de vigilancia de enfermería. La hegemonía del médico sobre el enfermero tiene otro nítido canal de expresión en la constante desestimación del juicio clínico del enfermero sobre el paciente por parte del colectivo médico. Del mismo modo son desatendidos los aportes del enfermero en materia de información útil y necesaria para una adecuada evolución de los pacientes (Peet, Theobald & Douglas, 2019).

La falta de una perspectiva crítica y falta reconocimiento a cerca del debilitamiento de una cultura de vigilancia de enfermería de parte del personal de enfermería, hace que ellos mismos sean factores propiciantes del mantenimiento de las fuerzas de opresión cuando aceptan la premisa de las ideologías dominantes en la organización de su trabajo. Sería de gran valor para el desarrollo de la profesión de enfermería, generar oportunidades para que los enfermeros exploren la cultura de su lugar de trabajo y su relación con el desempeño de sus funciones (Peet et al., 2019).

En su estudio sobre “La profesión enfermería y los dispositivos de poder que subordinan su práctica dentro de las organizaciones sanitarias”, Nowicki (2015) señala que han quedado evidenciadas las tensiones existentes dentro de las organizaciones sanitarias, donde el ejercicio mismo de la enfermería profesional mantiene, indirectamente, una dinámica de producción, reproducción y permanencia del modelo asistencial vigente.

Con referencia a la acción que ejerce el MMH como modelo asistencial sobre la profesión de enfermería, señala Nowicki (2015):

Este actúa encorsetándolo bajo sus dictámenes y alimentando un círculo vicioso de opresión y hegemonía médica que somete a la disciplina por medio de tecnologías de poder sutiles, eficaces y económicas que modelan y corrigen la práctica a lo largo de todo un sistema social, actuando en cada uno de sus puntos a tal fin de que pasa desapercibido como poder y se convierte en una disciplina de trabajo que logra la sumisión del cuerpo por el control de sus ideas y sus prácticas. (Nowicki, 2015. P 68).

En personal médico es el núcleo de las estructuras de las organizaciones sanitario-asistenciales en cuanto a niveles jerárquicos y especialidades. Ocupa los puestos de gerencia y dirección que refuerzan la preeminencia del MMH. Las decisiones tanto

institucionales como prestacionales estén supeditadas a los designios del personal médico, relegando a los demás profesionales de salud a un plano secundario (Nowicki, 2015).

En Justo (2014) se presenta al MMH como el factor que posibilita que la corporación médica tenga el monopolio del capital, tanto simbólico como material. En las organizaciones sanitario-asistenciales la organización del trabajo es de base jerárquica y está bajo la autoridad médica. El médico es quien goza de mayor autonomía y poder, posicionándose en un lugar de privilegio respecto de las demás profesiones, entre ellas la enfermería.

Con relación al “saber médico”, Espinosa Cortés y Ysunza Ogazón (2009) destacan que las relaciones de hegemonía y subalternidad impiden el diálogo: fundamentalmente, el médico habla, instruye, ordena; el enfermero y el paciente escuchan, siguen, cumplen.

Cuando el poder se entromete en el saber los efectos son: reducción de las posibilidades de ejercer la libertad de pensamiento, descalificación y negación del “otro”, y la instalación de un saber como “máscara del poder” y no como una fuente de posibilidades para mejorar los servicios a los seres humanos (Espinosa Cortés et al, 2009).

La hegemonía médica en Brookfield (2017) aparece caracterizada como “el proceso mediante el cual una orden existente asegura el consentimiento de las personas a la legitimidad de esa orden, incluso cuando los pone en gran desventaja” (p. 39). Este autor, avanzando en el proceso de caracterización del MMH , describió los supuestos hegemónicos que operan en el entorno clínico y evitan que el personal de enfermería desafíe el statu quo hegemónico. Afirma que estos supuestos hegemónicos cumplen condiciones tales como:

Son aceptados como representativos de la verdad del sentido común y son ampliamente considerados como precisas representaciones de la enfermería y la sanidad; las enfermeras ven a los supuestos hegemónicos como operando para apoyar sus intereses, cuando en realidad los supuestos hegemónicos, por el contrario dañan a las enfermeras y sirven para mantener intacto un sistema irracional y perjudicial (Brookfield, 2017, p. 40).

Dada la alta proporción de enfermeras mujeres en relación con enfermeros varones en el campo de las organizaciones sanitarias, luce necesario hacer algunas consideraciones respecto de la relación entre médicos varones y enfermeras mujeres.

Colliere en Justo, (2014) dice que el freno en los saberes de la enfermería está vinculado a la invisibilización de la mujer por parte del patriarcado, primero a través de la Iglesia y luego por la relación de auxiliares establecida con los médicos. A este fenómeno se lo caracterizó como una doble filiación conventual y médica a la cual estuvo sujeta la enfermera mujer.

Vítolo (2012), en su artículo titulado Relación Médico – Enfermera destaca lo siguiente:

Los estudios sociológicos tradicionales sobre la relación entre médicos y enfermeras describen esta naturaleza patriarcal desde sus orígenes entendida en términos de estereotipos sexuales con asignaciones de género: la protección, el cuidado y la pasividad al rol femenino (enfermera) y la decisión y competencia al rol masculino (médico) (Vítolo, 2012 p. 2).

De modo similar a los roles en el seno de una familia tipo, los médicos varones asumirían la posición de jefes de familia decidiendo cuándo, cómo y dónde se realizaría el trabajo importante, y las enfermeras ocuparían el lugar de esposas, velando por las necesidades físicas y emocionales de aquellos que dependerían de ellas. Esta misma relación se mantiene sin importar las edades de los médicos y enfermeras, es decir que este fenómeno de patriarcado también se verifica entre enfermeras noveles y médicos inexpertos. (Vítolo, 2012).

No obstante lo firmado sobre la existencia del patriarcado como un fenómeno operante en las organizaciones sanitario-asistenciales, Vítolo (2012) informa en el artículo precitado que la relación entre médico (varón) y enfermera, la cual debería basarse en el mutuo respeto y la interdependencia, ha venido experimentando cambios importantes en las últimas décadas, pasando del modelo tradicional marcado por las diferencias jerárquicas, a un modelo donde ambas profesiones comenzarían a reconocerse como partes equivalentes de un equipo de salud.

Respecto de la vigencia del MMH, Menéndez (2020) en uno de sus recientes artículos analiza la posibilidad de que el modelo médico hegemónico siga perpetuándose. Incorpora a este análisis perspectivas de la ciencia médica moderna y postmoderna caracterizada por su alto nivel de desarrollo tecnológico. En estos artículos, este autor

da tratamiento a cuestiones tales como inteligencia artificial, genética y robótica. Refiere estas temáticas al proceso de atención y prevención de la salud y la enfermedad, al fuerte incremento en la esperanza de vida y con ello a la necesidad de desarrollar abordajes relacionados con el curar en la vejez, y también a las modificaciones en la relación médico-paciente por la influencia del contexto social actual. Luego de su exhaustivo análisis llega a la conclusión de que no obstante que se observan cambios sustantivos en cuanto al ejercicio de la medicina científica las características y funciones del modelo médico hegemónico se mantienen.

Estas afirmaciones de Menéndez (2020) sobre la vigencia del modelo médico hegemónico (MMH) se corresponden con el interés que este constructo sigue despertando en la comunidad académica. Esto quedó confirmado mediante las búsquedas avanzadas en Google Académico realizadas al momento de la elaboración de esta tesis. En fecha 24/07/2021 se procedió a lanzar una búsqueda en todos los idiomas, pidiendo que localice artículos donde se mencione el término “modelo médico hegemónico”, fechados entre 2019 y 2021, lo que arrojó como resultado 745 fuentes. En misma fecha se realizó idéntico procedimiento de búsqueda para el mismo período bajo los términos ”modelo médico hegemónico” y “enfermería”, arrojando como resultado 239 fuentes. Estos resultados muestran que el constructo MMH mantiene su vigencia en la literatura académica en general, como así también en el ámbito particular de la enfermería. Ello permite colegir que las manifestaciones de este modelo siguen estando presentes en el campo de la salud en general, y en el ámbito de la enfermería en particular.

### **Respecto del constructo Clima Organizacional**

#### **a) Introducción**

Con relación al constructo clima organizacional (CO) se llevó a cabo una búsqueda avanzada en Google Académico en el mes de febrero de 2021 en todos los idiomas, pidiendo que localice artículos fechados en 2020 y 2021 donde se mencione el término “clima organizacional” con la frase exacta más la condición de que dicho término aparezca en el título del artículo. Esta búsqueda arrojó como resultado 1.200 registros. Un análisis cualitativo de estos 1.200 títulos fue llevado a cabo a modo de primera aproximación al CO, verificándose que los investigadores han relacionado este

constructo de diversos modos con una gran variedad de temáticas que refieren al impacto de la organización en la subjetividad del trabajador y la consecuente respuesta de éste a través de sus comportamientos. Estas diversas temáticas que se presentan relacionadas con el CO, luego de un análisis cualitativo de las mismas, pudieron agruparse por afinidad en categorías tales como: liderazgo, ausentismo laboral, engagement, calidad de atención y servicio, retención del capital humano, carga subjetiva de trabajo, empowerment, motivación, autonomía, participación, comunicación interna, hostilidad laboral, clima ético, calidad de vida laboral, trabajo colaborativo, valores de la organización, justicia organizacional, productividad, eficiencia, estructura organizacional, cultura organizacional, condiciones materiales en las que se desarrolla el trabajo, entre otras. Entre estas temáticas relacionadas con el CO se destaca, por la cantidad y variedad de autores que le han dado tratamiento, la temática de la satisfacción laboral del trabajador.

Según Locke (1976) en Chiang Vega, Salazar Botello, Martín Rodrigo & Nuñez Partido (2011), la satisfacción laboral es un estado emocional originado en las experiencias laborales del sujeto. No refiere a una actitud específica, sino a una actitud general que es el producto de varias actitudes que un trabajador tiene con relación a su trabajo y factores relacionados con éste.

Según Locke (1976) en Salgado, Remeseiro e Iglesias (1996), la satisfacción laboral es una respuesta emocional que resulta de la evaluación que el individuo hace de su puesto de trabajo, según el grado de cumplimiento que posibilite en relación a las expectativas del trabajador en términos de lo que el mismo considera valioso.

Según Schneider (1985) en Chiang Vega, et al (2011), la satisfacción laboral reviste algunas características que explicarían la atención que los investigadores le han prestado a su estudio. A este respecto señala que la satisfacción laboral ha aparecido en diferentes investigaciones como un predictor significativo de fenómenos vinculados al comportamiento de los trabajadores.

Según Moran y Volkwein (1992) en Salgado, et al (1996), no obstante que se ha desarrollado abundante literatura científica sobre clima organizacional y satisfacción laboral, no se verifica un acuerdo completo entre los autores respecto del contenido de ambos constructos.

A la diversidad de temáticas precedentemente apuntada asociadas al CO corresponde agregar la diversidad de definiciones de este constructo que se encuentran en la literatura científica. Ello se puede verificar en el estudio bibliométrico de Vega, Arévalo, Sandoval, Constanza Aguilar, Giraldo (2006). En este estudio se verifica la disparidad entre autores de diversos países respecto de la definición de CO y sus variables relacionadas.

No obstante la presencia de esta disparidad, según Vega et al (2006), Litwin y Stringer, junto con otros autores, han logrado una significativa concordancia en sus definiciones respecto del CO. En esta concordancia se pueden identificar algunos elementos en común caracterizadores del CO a saber: a) características particulares del medio ambiente de trabajo, b) que permanecen relativamente permanentes y diferencian a una organización de otra, c) que son percibidas directa o indirectamente por los trabajadores que laboran en ese medio ambiente, d) que tienen efectos en el comportamiento laboral. Como resultado de esta caracterización, el CO se comporta como una variable mediadora entre los factores del sistema organizacional y el comportamiento individual. En Vega et al (2006) se destaca la contribución de Katz y Kahn, quienes en 1999 produjeron una verdadera revolución conceptual en la organización, cambiando el centro de interés tradicional y específico de la psicología industrial, ocupado por los temas de satisfacción laboral, moral laboral y desempeño laboral, por otro más abarcativo y dinámico. Este otro centro de interés considera a la organización como un contexto ambiental donde se producen los comportamientos individuales y grupales. Con esta concepción de la organización se consagra la incidencia que tiene la misma en aspectos de carácter psicológico de los individuos que la componen, así como también en sus interacciones.

La importancia que se le ha dado al CO radica en que este fenómeno presenta una estrecha relación con una variedad de cuestiones relevantes para el desarrollo de las organizaciones, tales como la productividad, la eficiencia, la eficacia, la calidad, cultura organizacional y motivación (Toro, 1996; Bernal y Soto, 2001; Abril y Fajardo, 2000 en Vega, et al 2006).

Específicamente respecto del CO de las instituciones sanitario-asistenciales, se destaca que mediante su estudio se pueden comprender los factores clave que permiten incrementar la calidad de vida laboral de los distintos profesionales de la salud, y con

ello la calidad de los servicios sanitarios que se ofrecen a la población (Fajardo, Almache & Olaya, 2020).

Para la descripción y valoración del CO en organizaciones sanitario-asistenciales, existe una metodología surgida en el año 1998 en el Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá (PASCAP), del Proyecto Subregional de Desarrollo de la Capacidad Gerencial de los Servicios de Salud, desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se trata del Inventario de CO (OPS, 1988). Este modelo de análisis y su instrumento de medición del CO fueron desarrollados con el debido sustento teórico y técnico, después de la revisión de múltiples modelos, hasta lograr una adecuada adaptación compatible con las características de las organizaciones sanitario-asistenciales. En esta obra el CO se conceptualiza y se explica en el marco de las teorías y técnicas del Desarrollo Organizacional (OPS, 1998).

Este instrumento de medición del CO aportado por la Organización Panamericana de la Salud, se sigue empleando actualmente en las investigaciones que estudian el CO de las organizaciones sanitario asistenciales y sus relaciones con distintas variables, tal como puede verificarse en el estado del arte.

El Inventario de Clima Organizacional de la OPS (1998) constituye una herramienta descriptiva y evaluativa que consta de cuatro áreas críticas en términos de dimensiones fundamentales: liderazgo, motivación, reciprocidad y participación. A su vez estas dimensiones se subdividen en cuatro categorías cada una.

A la dimensión liderazgo le correspondieron las variables: dirección, estímulo a la excelencia, estímulo al trabajo en equipo, solución de conflictos; a la dimensión motivación le correspondieron las variables realización personal, reconocimiento de la aportación, responsabilidad, adecuación de las condiciones de trabajo; a la dimensión reciprocidad le corresponden las variables aplicación al trabajo, cuidado del patrimonio institucional, retribución, equidad; finalmente a la dimensión participación le corresponden las variables compromiso con la productividad, compatibilidad de intereses, intercambio de información, involucración al cambio (OMS, 1998).

En cuanto a la importancia del CO en el ámbito de la enfermería, ya por el año 2007 el Consejo Internacional de Enfermeras eligió el slogan “Entornos de práctica positivos = entornos de práctica de alta calidad = atención de calidad al paciente” como el tema

principal del Día Internacional de la Enfermera (Baumann, en Kol, İlaslan & Turkay , 2017).

Crear entornos de trabajo positivos sigue siendo un tema importante para los gerentes de enfermería, quienes tienen como objetivo crear climas organizacionales que contribuyan a aumentar la satisfacción de los enfermeros y proporcionar una atención de calidad al paciente (Schwartz y Bolton, en Kol; İlaslan & Turkay , 2017).

Los entornos de trabajo positivos son entornos de curación y empoderamiento que se han correlacionado con el compromiso de los empleados. Los ambientes laborales positivos son importantes para la salud general de las enfermeras, el reclutamiento y la retención exitosa de enfermeras y la calidad y seguridad de la atención al paciente. (Kupperschmidt, Kientz, Ward y Reinholz, en Kol; İlaslan & Turkay , 2017).

Los autores Moran y Volkwein (1992) proponen cuatro enfoques para la delimitación de la definición de clima organizacional, a saber: 1. Estructural: se concibe al clima organizacional como una manifestación de la estructura de la organización donde la percepción de los trabajadores no interviene; 2. Perceptual: bajo este enfoque la base para la formación del clima es el individuo y sus percepciones sobre la realidad organizacional; 3. Interactiva: este enfoque conceptual se concentra en las interacciones y en las respuestas que ellas generan en los individuos en situaciones objetivas y compartidas que suceden en la organización; 4. Cultural: bajo este enfoque la generación del clima organizacional se explica mediante un conjunto de interacciones entre individuos, las cuales suceden bajo un marco o contexto organizacional común de referencia.

#### b) El clima organizacional como fenómeno de percepción

Para Chiang Vega, Salazar Botello, & Núñez Partido, (2007), de las variadas conceptualizaciones que se pueden recoger de clima organizacional, hay dos cualidades definidas que se mantienen de forma constante: a) el clima organizacional se mide a partir de percepciones, y b) dichas percepciones son de tipo descriptivas.

En Chiang et al (2007) se destaca la contribución de Schneider quien en 1975 sostuviera en una de sus obras que el clima organizacional refiere a características de la organización develadas a partir de las percepciones globales y esquemas cognitivos que los trabajadores se van formando de la organización donde se desempeñan por acumulación de sus experiencias en dicho ambiente organizacional.



Estas percepciones operan en el individuo como un verdadero mapa cognitivo que lo orienta respecto de cómo funciona la organización, y lo ayuda a elegir los comportamientos más adecuados frente a situaciones determinadas, de modo tal que constituyen un recurso para que el individuo adapte su comportamiento a las demandas de la organización (Schneider y Reichers en Chiang et al, 2007)

Integrando los aportes de los investigadores Rousseau (1988) y Schneider y Reichers (1983), Chiang et al (2007), presenta a modo de una definición completa de clima organizacional la siguiente expresión: “son las descripciones individuales del marco social o contextual del cual forma parte la persona, son percepciones compartidas de políticas, prácticas y procedimientos organizacionales, tanto formales como informales” (P.63).

Según Naranjo Herrera, Cristhian, & Paz Delgado, Alba Lucía, & Marín Betancur, Sandra Milena (2015), “autores como Litwing y Stringer (1968), Schneider y Hall (1975) y Schneider y Snyder (1975), por ejemplo, han indicado que la percepción es el ingrediente crítico del clima organizacional” (P.107). Estos autores, según Naranjo et al (2015), han destacado la importancia del individuo en la conformación del clima organizacional, dado que finalmente es el individuo quien genera las percepciones que luego determinarán sus interacciones en el campo organizacional.

En la definición ampliamente difundida y utilizada en la actualidad provista por la Organización Mundial de la Salud (1998), aparece nuevamente la identificación del clima organizacional como un conjunto de percepciones que el individuo tiene de las características relativamente estables del ambiente interno de la organización del cual participa. En esta conceptualización están contenidas percepciones que refieren a la estructura de la organización, sus reglas, sus procesos, las relaciones interpersonales y los modos de alcanzar las metas (Naranjo et al, 2015).

En el modelo de conceptualización y comprensión del CO que propone la OMS (1998) la organización percibida puede no corresponderse con la organización objetiva. Ello implica que bajo esta concepción el CO refiere a una realidad subjetivada que habita en el trabajador producida por un conjunto de percepciones sobre la realidad organizacional objetiva que lo rodea y de la cual participa como parte integrante de ella.

### **Respecto de la vacancia de conocimiento que se pretende cubrir**

#### **a) Aporte al estudio del clima organizacional en al ámbito de la enfermería**

El enfoque de conceptualización del fenómeno CO que se sigue en la presente investigación se corresponde con el señalado anteriormente como “línea perceptual”. Bajo este enfoque interesa el CO como fenómeno perceptivo respecto de la realidad organizacional (Moran y Volkwein, 1992). Es decir que en esta línea de conceptualización, el interés en estudiar el CO no está puesto en conocer cómo funciona objetivamente la organización, sino en cómo es percibida en diversos aspectos de su funcionamiento; interesa la organización percibida más que la organización objetiva (OMS, 1998).

El objeto de conocimiento de esta investigación es el nivel de presencia percibida del MMH según sus manifestaciones en distintos aspectos que hacen al funcionamiento de las organizaciones sanitario-asistenciales públicas y privadas, a partir de las experiencias de licenciados en enfermería que allí se desempeñan. Es decir, en modo concordante con el enfoque perceptual del CO antes presentado (Moran y Volkwein, 1992), el interés investigativo está puesto en la organización percibida y no el la organización objetiva. Además, las percepciones de la realidad organizacional que interesan son específicamente las que refieren a las manifestación del MMH en el funcionamiento de la organización. En tal sentido interesan aspectos del funcionamiento de la organización que hacen a percepciones del CO que refieren a cuestiones tales como: políticas, prácticas y procedimientos tanto formales como informales (Rousseau, 1988 y Schneider y Reichers, 1983, en Chiang et al, 2007); en igual sentido también interesan cuestiones tales como estructura de la organización, sus reglas, sus procesos, las relaciones interpersonales y los modos de alcanzar las metas (OMS, 1998, en Naranjo et al, 2015).

Esta lógica adoptada en la investigación respecto del recorte del objeto de conocimiento es lo que permite afirmar que esta tesis constituye un claro aporte al estudio del clima organizacional en al ámbito de la enfermería, sin ser un estudio específico que mida clima organizacional.

#### **b) Vacancia de conocimiento que se pretende cubrir**

Se puede verificar en la literatura científica desarrollada sobre el modelo médico hegemónico (MMH) por un lado y sobre clima organizacional (CO) por el otro, que no

se han establecido puntos de contacto específicos entre ambos constructos, ni en el campo teórico ni en el instrumental. Esta ausencia de vinculación específica constituye una vacancia de conocimiento, que se busca cubrir con la presente investigación.

Una búsqueda en Scopus, realizada el 19-7-2021, con la ecuación de búsqueda “hegemonic medical model” AND “organizational climate” en resúmenes sin acotación temporal (que da mayor oportunidad de encontrar documentos), dio cero (0) resultados. Buscando en Google Académico en la misma fecha, con la misma ecuación de búsqueda y condiciones, dio cero (0) resultados.

Repitiendo la búsqueda en Google Académico en la misma fecha con la ecuación de búsqueda “modelo médico hegemónico” AND “clima organizacional” e iguales condiciones que las búsquedas anteriores, dio como resultado 37 documentos. No obstante, luego de un análisis de los mismos, se pudo verificar que en estos documentos sólo fue posible encontrar algunas consideraciones generales que relacionan los dos constructos en cuestión. Ninguno de los 37 documentos presentó como propuesta determinar el nivel de presencia percibido del MMH como un aporte al estudio del CO en el ámbito de las organizaciones sanitario-asistenciales, propósito que se perseguirá en esta investigación.

Los hallazgos encontrados en Siani (2020), investigación cualitativa que precede y contribuye en gran medida al sustento científico de esta tesis, permitieron conocer los modos mediante los cuales el MMH se manifiesta en distintas organizaciones sanitario asistenciales de gestión pública y privada, a partir de percepciones de licenciados en enfermería que allí se desempeñan. Esta investigación integró una tesis doctoral producida en marco de la Facultad de Ciencias Psicológicas, Doctorado en Psicología Social de la Universidad Kennedy, aprobada el 3 de noviembre de 2020 y corresponde al mismo autor de la presente tesis de maestría. Participaron de la investigación 93 licenciados en enfermería, los cuales laboraban en organizaciones sanitarias públicas y privadas de AMBA y fueron cursantes de la Maestría en Gerenciamiento Integral de Servicios de Enfermería, dictada por Universidad Maimónides de Argentina, durante los ciclos lectivos 2017 y 2018. En ella, se recogieron las percepciones de los participantes, verbalizadas en trabajos académicos individuales elaborados a modo de Análisis de Experiencias Personales. Se utilizó la técnica de análisis cualitativo de contenido (Cáceres, 2003), consistente con el método de la teoría fundamentada de Strauss y

Corbin (2002). Se procesaron 93 documentos mediante el programa Atlas Ti, versión 5.2.

Esta investigación cualitativa precedente da cuenta de un amplio espectro de modos mediante los cuales el MMH se manifiesta según percepciones de licenciados en enfermería, pero nada informa cuantitativamente sobre el nivel de presencia percibido del MMH en las organizaciones sanitario-asistenciales.

Con fundamento en lo anteriormente expresado, la presente investigación responde nuevos interrogantes permitiendo avanzar hacia nuevos conocimientos respecto de las manifestaciones del MMH. Esto es así porque: a) por un lado se produjo nuevo conocimiento sobre la presencia del modelo médico hegemónico en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública y privada según percepciones de licenciados en enfermería que allí se desempeñan; b) por otro lado, se agrega nuevo conocimiento respecto de la existencia o no de relaciones estadísticamente significativas entre estos niveles de presencia del MMH y variables poblacionales relevantes para los objetivos de esta investigación tales como: edad, tipo de organización en cuanto a si son de gestión pública o privada, cantidad de personal a cargo, sexo, y el servicio en el cual el licenciado en enfermería se desempeña, según sea o no de Cuidados Intensivos (UCI).

## **2. El problema de investigación**

### **Origen del interés que impulsó al tesista para desarrollar la investigación**

La situación problemática que operó como estímulo en el tesista para llevar a cabo el proceso de investigación, surgió a partir de sus interacciones con los alumnos de la Maestría en Gerenciamiento Integral de Servicios de Enfermería que dicta la Universidad Maimónides de Argentina, ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el barrio de Caballito. El tesista mantuvo contacto directo con la población bajo estudio en su calidad de docente titular desde el año 2002 y hasta marzo del año 2021 en forma ininterrumpida dictando para distintas cohortes de licenciados en enfermería las materias Administración de Recursos Humanos, por un lado y Negociación por el otro. En los coloquios llevados a cabo en el marco las asignaturas antes indicadas el tesista verificó en el discurso de sus alumnos expresiones que referían recurrentemente y de variadas formas a la presencia del modelo médico hegemónico como causante de conflictos y obstáculos que se le presentan al momento de ejercer su rol como gestores de servicios de enfermería. A partir de este emergente verificado en la interacción con los licenciados en enfermería mediante contacto presencial en aula desde el año 2002 y hasta marzo del año 2021 en forma ininterrumpida, se fue consolidando una regularidad empírica. Esta regularidad empírica precedentemente señalada tuvo su contrastación teórica al momento en que el tesista examinó el estado del arte con relación al constructo MMH. La comunidad científica ha sostenido en el tiempo de manera fuertemente concordante que la dominación y subalternización ejercidas por el saber del médico sobre el resto de los saberes y actores intervinientes en el proceso de atención de la salud/enfermedad es un rasgo constitutivo central del modelo médico hegemónico. En modo también fuertemente concordante se desprenden de este rasgo constitutivo central otras características constitutivas del MMH. De esta forma las dos regularidades antes señaladas (empírica y teórica) se correspondieron en modo pleno, unívoco e inequívoco.

Esta situación impulsó en el tesista su interés en llevar a cabo una primera investigación de tipo cualitativa a la cual se hiciera referencia precedentemente, cuyos hallazgos permitieron conocer los modos mediante los cuales el MMH se manifiesta en distintas organizaciones sanitario asistenciales de gestión pública y privada, a partir de

percepciones de licenciados en enfermería que allí se desempeñan. En el capítulo IX de esta investigación precedente titulado “Implicancias de los hallazgos y líneas de investigación futuras”, quedó planteada la oportunidad de diseñar un instrumento que permita medir la “intensidad con la que es percibida la presencia del modelo médico hegemónico en la organización sanitaria” (Siani, 2020, p.197).

Lo relatado en el presente punto da cuenta del origen y evolución del interés que impulsó al tesista para desarrollar la presente investigación.

### **Delimitación del objeto de conocimiento.**

Con la finalidad de circunscribir con precisión los alcances de esta investigación y contribuir de este modo a la presentación de la delimitación del objeto de conocimiento, a continuación se detallan cuestiones de las que no se ocupó la presente tesis: a) se levantaron percepciones que refieran exclusivamente a manifestaciones del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales. Es decir sólo se incluyeron organizaciones del tipo hospitales públicos y clínicas privadas, dejando de lado otro tipo de organizaciones de salud tales como: servicios internos de medicina laboral de empresas, servicios de enfermería a domicilio, empresas de emergencias médicas, servicios de enfermería de las fuerzas de seguridad, servicios de atención de pacientes por accidentes laborales y enfermedades profesionales en el ámbito de la Ley de Riesgos del Trabajo (1995); b) la pesquisa sólo incluyó percepciones que correspondan a personal de enfermería por lo que se excluye todo otro personal que sea considerado parte del llamado equipo de salud; c) no se incluyen los otros dos niveles de titulación en enfermería tales como auxiliares y técnicos, sólo se incluyó el nivel de licenciados en enfermería; d) no se midió el clima organizacional de una organización porque interesó medir específicamente percepciones que los integrantes de un mismo colectivo profesional (enfermeros) tienen respecto de la presencia del MMH en las distintas organizaciones sanitario asistenciales en las que se desempeñan.

### **Relevancia de la investigación**

a) Relevancia en cuanto a su aportación teórica

En la literatura científica no se verifican estudios sistemáticos sobre las relaciones entre CO y MMH; no se han hecho investigaciones que correlacionen ambos constructos, estudien posibles efectos de uno en otro o presenten un modelo que integre uno de ellos

en el otro. Esta vacancia implica que la presente investigación significa en un enriquecimiento del corpus teórico desarrollado alrededor de los constructos CO y MMH, al generar un inventario de percepciones medibles referidas específicamente a la presencia del MMH en el ámbito de la enfermería consistentemente ancladas en las descripciones que, de modo altamente concordante, hace la literatura científica de este modelo.

Otra aportación teórica de esta investigación consiste en producir antecedentes académicos necesarios para el desarrollo a futuro de una nueva dimensión a considerar en el clima organizacional de las organizaciones sanitario asistenciales: la dimensión MMH.

#### b) Relevancia en cuanto a su aportación metodológica

La presente investigación deja sentada las bases para el desarrollo posterior de instrumentos de medición más afinados del CO de las organizaciones sanitario-asistenciales en cuanto a las manifestaciones específicas del MMH.

Otra aportación significativa en el orden metodológico, está dado por el hecho de que los hallazgos de esta investigación no se refieren a una sola organización, toda vez que no se planteó el objetivo de medir el clima organizacional de una organización determinada. De este modo se crean las bases para el desarrollo a futuro de instrumentos más afinados que permitan medir la intensidad con la que es percibido el MMH a nivel del Colectivo Enfermería, los cuales podrían ser fundamento de planes de acción con origen en las instituciones de agremiación.

Otra aportación significativa que surge en el orden metodológico a partir de los hallazgos de la presente investigación es la posibilidad de diseñar intervenciones de consultoría en el campo del Análisis Organizacional que permitan el abordaje del MMH como contenido socialmente problemático, desde la perspectiva psicosocial de la dominación, la obediencia, y lo reprimido, en concordancia con la literatura científica que se conoce respecto de los efectos de este modelo en las organizaciones sanitario-asistenciales.

#### c) Relevancia en cuanto a su transferencia social

La medición del nivel de presencia del modelo médico hegemónico en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública y privada según percepciones de licenciados en enfermería posibilitaría la implementación de intervenciones orientadas a la mejora

continua del clima organizacional con su consecuente impacto positivo en la calidad de atención y seguridad del paciente y sus familiares, como así también en la productividad.

La investigación constituye un aporte significativo al entendimiento humano, al trabajo en equipo y al bienestar laboral del personal de salud, toda vez que posibilitaría la apertura de un campo de discusión y análisis para conocer cómo los grupos de profesionales que integran los equipos de salud de las organizaciones sanitario-asistenciales se perciben unos a otros, con el consecuente impacto positivo en la calidad de sus comunicaciones y relaciones interpersonales.

### **Pregunta general que se pretende responder con la tesis**

¿Cómo perciben licenciados en enfermería la presencia del MMH en las organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA donde ellos se desempeñan, según datos recolectados durante el mes de octubre de 2021?

### **Preguntas específicas que se pretenden responder con la tesis**

1. ¿Cuál es el nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, a partir de datos recolectados durante el mes de octubre de 2021?
2. ¿Qué relación existe entre el nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, y el tipo de organización donde ellos trabajan según sea de gestión pública o de gestión privada, a partir de datos recolectadas durante el mes de octubre de 2021?
3. ¿Qué relación existe entre el nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, y la cantidad total de personal a su cargo, a partir de datos recolectadas durante el mes de octubre de 2021?
4. ¿Qué relación existe entre el nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se



desempeñan, y su sexo, a partir de datos recolectadas durante el mes de octubre de 2021?

5. ¿Qué relación existe entre el nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, y su edad, a partir de datos recolectadas durante el mes de octubre de 2021?
6. ¿Qué relación existe entre el nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, y el área donde prestan servicio según sea o no en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), a partir de datos recolectadas durante el mes de octubre de 2021?

### **3. Objetivos de investigación**

#### **Objetivo General**

Determinar cómo perciben licenciados en enfermería la presencia del MMH en las organizaciones sanitario-asistenciales del AMBA donde ellos se desempeñan, según datos recolectados durante el mes de octubre de 2021.

#### **Objetivos específicos**

1. Determinar el nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, a partir de datos recolectados durante el mes de octubre de 2021.
2. Determinar la relación entre el nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, y el tipo de organización donde ellos trabajan según sea de gestión pública o de gestión privada, a partir de datos recolectadas durante el mes de octubre de 2021.
3. Determinar la relación entre el nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, y la cantidad total de personal a su cargo, a partir de datos recolectadas durante el mes de octubre de 2021.
4. Determinar la relación entre el nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, y su sexo, a partir de datos recolectadas durante el mes de octubre de 2021.
5. Determinar la relación entre el nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, y su edad, a partir de datos recolectadas durante el mes de octubre de 2021.
6. Determinar la relación entre el nivel de presencia del MMH en organizaciones

sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, y el área donde prestan servicio según sea o no en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), a partir de datos recolectadas durante el mes de octubre de 2021.

## **4. Marco Teórico**

### **Encuadre de la tesis en una teoría general**

Para encuadrar esta tesis en una teoría general, se considera necesario hacer una remisión al campo disciplinar de la maestría en la cual esta tesis es desarrollada. Se trata de la “Maestría en Psicología Empresarial y Organizacional”, en la cual nítidamente el objeto de conocimiento que late y emerge en toda la currícula está vinculado a los fenómenos psicosociales que suceden el campo de las organizaciones. Por tal motivo, para encuadrar la tesis en una teoría general, luce apropiado hacer una recuperación de lo señalado por Vander Zanden (1995) en su Manual de Psicología Social, respecto de las distintas tradiciones teóricas de la Psicología Social.

Dentro de las distintas tradiciones teóricas de la Psicología Social se destacan las siguientes: Conductista, Cognitivista y Gestáltica, del Campo, del Intercambio Social, del Interaccionismo Simbólico, y la Etnometodología. Las distintas teorías hacen foco en distintos aspectos del mismo fenómeno (Vander Zanden, 1995).

Cada perspectiva teórica ofrece la posibilidad de estudiar y comprender algún aspecto distinto del objeto de conocimiento, por lo que la adopción de una de ellas en el marco de una investigación dependerá de la perspectiva desde la cual el investigador aborde dicho objeto de conocimiento. Con ello aparece la posibilidad de ser más eficaz o más ajustado para pesquisar, entender y organizar cierta clase de datos (Vander Zanden, 1995).

En la teoría conductista el interés investigativo al abordar el objeto de conocimiento está puesto en las experiencias de aprendizaje social que refuerzan comportamientos, como así también en respuestas condicionadas y recompensas reforzadoras, entre otros mecanismos de condicionamiento conductual (Vander Zanden, 1995).

En la teoría cognitivista y gestáltica, el interés investigativo al abordar el objeto de conocimiento está puesto en el sistema de creencias y pensamientos que tienen origen en las percepciones del individuo y se expresan en comportamientos (Vander Zanden, 1995).

En la teoría del campo, el interés investigativo al abordar el objeto de conocimiento está puesto en los ambientes específicos que se comportan como espacios vitales donde interactúa una constelación de fuerzas interdependientes, provenientes del pasado, del

presente y del futuro de los sujetos que en dicho campo desarrollan sus relaciones sociales (Vander Zanden, 1995).

En la teoría del intercambio social, el interés investigativo al abordar el objeto de conocimiento está puesto en las relaciones de intercambio social entre las personas. En estos intercambios sociales los individuos obtienen de sus interacciones con los demás determinadas recompensas y pagan determinados costos (Vander Zanden, 1995).

En la teoría etnometodológica, el interés investigativo al abordar el objeto de conocimiento está puesto en los modos de actuar, procesos y métodos determinados que emplean las personas cuando interactúan (Vander Zanden, 1995).

Presentadas estas tradiciones teóricas de la Psicología Social, y antes de indicar cuál es la teoría general en la cual será encuadrada la presente investigación, corresponde retomar brevemente el enfoque adoptado respecto de la conceptualización del CO. Ello fue descrito en el estado del arte de la presente tesis en el apartado que trata el CO como fenómeno de percepción.

Oportunamente se ha señalado que en esta tesis el interés investigativo está puesto en la organización percibida y no en la organización objetiva. Ello es concordante con el enfoque perceptual del CO antes presentado. Bajo este enfoque la base para la formación del CO es el individuo y sus percepciones sobre la realidad organizacional (Moran y Volkwein, 1992). Este es el enfoque adoptado en la presente tesis, por lo cual se considera al CO como un fenómeno donde el proceso de la percepción es su insumo crítico ( Litwing y Stringer, 1968; Schneider y Hall, 1975; Schneider y Snyder, 1975, en Naranjo Herrera, et al, 2015).

Se ha señalado oportunamente que Schneider (1975) en Chiang et al (2007) sostiene que el CO refiere a características de la organización develadas a partir de las percepciones globales y esquemas cognitivos que los trabajadores se van formando de la organización donde se desempeñan por acumulación de sus experiencias en dicho ambiente organizacional.

Con respecto al CO también se ha apuntado que las percepciones operan en el individuo como un verdadero mapa cognitivo que lo orienta respecto de cómo funciona la organización, y lo ayuda a elegir los comportamientos más adecuados que posibilitan su adaptación a las demandas de la organización (Schneider y Reichers en Chiang et al, 2007).

Agregando a lo anterior, también se ha hecho referencia al CO integrando los aportes de los investigadores Rousseau (1988) y Schneider y Reichers (1983), Chiang et al (2007), a partir de lo cual se presenta al CO como percepciones compartidas de políticas, prácticas y procedimientos organizacionales, tanto formales como informales.

Todo lo hasta aquí presentado respecto del constructo clima organizacional (CO) como fenómeno que se comprende con base en la percepción del sujeto de la realidad organizacional que lo rodea y de la cual forma parte, decanta en modo rigurosamente lógico en la tradición cognitivista y gestáltica de la Psicología Social (Vander Zanden, 1995).

El sujeto, bajo esta tradición teórica participa como un agente activo en los procesos de percepción, almacenamiento, utilización, manipulación y transformación de la información, de acuerdo con los cuales configura significados y produce su comportamiento en consecuencia. En concordancia con esto los pensamientos son factores causales de las conductas (Vander Zanden, 1995).

En lo que respecta al término gestalt (palabra que deriva de la voz alemana "Gestalt") el mismo ha sido incluido en esta tradición teórica con la significación de configuración u organización. El cognitivismo otorga un lugar significativo a la percepción del sujeto entendida en términos de la relación parte-todo. El proceso de la percepción es empleado por el sujeto para procesar la información procedente de su ambiente a los fines de tomar las decisiones que considera necesarias. En el proceso perceptivo, necesariamente, las partes o elementos están organizados en totalidades que le confieren sentido y utilidad para la toma de decisiones (Vander Zanden, 1995).

Por todo lo expuesto en este apartado, la presente investigación es encuadrada en la teoría general que corresponde a la tradición cognitivista y gestáltica de la Psicología Social (Vander Zanden, 1995).

### **Encuadre de la tesis en una teoría sustantiva**

Sautu, Boniolo, Dalle, y Elbert (2005) plantean la necesaria articulación que el marco teórico debe presentar entre los dos niveles de abstracción: uno que corresponde a la teoría general, explicitado en el punto precedente, y el otro que corresponde a la teoría sustantiva.

Mediante la teoría sustantiva, la investigación se nutre de proposiciones teóricas específicas sobre la parte de la realidad social que se pretende estudiar, posibilitando capturar el objeto de conocimiento de un modo más ajustado (Sautu et al 2005)

En la presente investigación se ha adoptado como teoría sustantiva a una sociología especial: la Sociología de las Profesiones.

En referencia a la Sociología de las Profesiones Panaia (2008) presenta algunos planteos teóricos fundamentales que tienen plena receptividad respecto del objeto de conocimiento. Estos planteos teóricos hacen referencia a las siguientes problemáticas picosocioprofesionales: a) las relaciones de competitividad entre los actores profesionalmente comprometidos; b) las pujas por establecer el valor económico y el precio social de sus competencias; c) las situaciones de monopolización de tareas y de servicios; d) las dinámicas de conflicto para reivindicar derechos sobre el ejercicio de una actividad; e) las dinámicas de conflicto y las fuerzas de normatización para alcanzar las diferenciaciones e identidades profesionales con su correspondiente correlato jurídico y administrativo.

La teoría sustantiva de esta investigación se completa con el aporte de la psicología institucional, a través de las proposiciones teóricas provenientes del Análisis de las Prácticas Profesionales (Corvalán de Mezzano, 1989). Desde este enfoque de estudio sobre el campo laboral, se intenta diseñar a partir de varias fuentes de conceptualización y ejes de intervención, distintas estrategias para dar respuesta a los malestares a nivel individual, grupal y organizacional, en los cuales estarían implicadas las prácticas profesionales ya sean de predominancia intelectual o de predominancia manual (Corvalán de Mezzano, 1989).

### **Consideraciones teóricas sobre Problemática institucional.**

Schvarstein (2000), con fines de describir y explicar las relaciones de fuerza que se dan en una organización, presenta la cuestión de lo instituido y lo instituyente como dos fuerzas en constante relación dialéctica, en el campo concreto de una organización: lo instituido como fuerza de conservación y lo instituyente como fuerza de cambio y transformación.

El estudio de la problemática institucional posibilita abordar el conocimiento de la relación entre el sujeto y la sociedad, entre lo psíquico y lo social, toda vez que indaga en los siguientes procesos de orden psicosocial: 1.- lo instituido, 2.- lo instituyente, 3.-

el proceso de institucionalización, 4.- en el conflicto social. 5.- el cambio social. Alrededor de estos cinco constructos fundamentales se desarrolla el estudio de la problemática institucional donde sujeto y contexto social constituyen una relación indisoluble, siendo la organización el contexto más próximo al sujeto.

En Capanegra (2017), se presenta el Análisis Institucional (AI) como una caja de herramientas teóricas y una filosofía práctica para el análisis y la intervención en las problemáticas institucionales de las organizaciones. El AI trabaja sobre las relaciones de poder, el conflicto social y el cambio social. Se vale de hechos o personas que tienen la capacidad de revelar o hacer evidente la relación de dominación que tiene el instituido sobre el instituyente. Estos hechos o personas son llamados “analizadores”, aquello que desnuda el conflicto, hace que se hable de lo no dicho, poniéndolo en escena. Mediante el analizador, lo no dicho es visibilizado. El analizador genera disrupción, hace que algo que no se explicitaba, emerja. El analizador es la herramienta interpretativa del fenómeno organizacional, en términos de instituido versus instituyente (Capanegra, 2017).

Lapassade (en Petit, 1984) clasifica los analizadores en dos grupos: a) naturales: por ejemplo una crisis en una organización por la irrupción de individuos o grupos que con su discurso y sus acciones discuten lo instituido en la organización; b) contruidos: son los especialmente diseñados como dispositivos de intervención propios del AI, los cuales se ponen en juego en la situación de intervención para revelar lo que no dice la institución. Los analizadores contruidos como herramientas de intervención del Análisis Institucional buscan “provocar” a la organización, buscan “forzarla a hablar” (Lourau, en Petit, 1984).

En Lapassade (1980), cobra relevancia para la comprensión de la problemática institucional, lo no-dicho, lo oculto, o la ignorancia institucional implicada en la concepción burocrática racional de las organizaciones. Esta ignorancia institucional e instituida como un olvido colectivo, como un silencio, es lo que daría lugar a lo que Chomsky (2017) llamaría la “no historia” y la “no persona”, como el lugar de lo oprimido, el lugar de lo ocurrido desaparecido. Lo inconciente de lo institucional es una categoría de la realidad organizacional que está en el plano de lo no pensado, en el plano del olvido colectivo, como un silencio, como el lugar de lo oprimido, el lugar de lo ocurrido desaparecido, (Chomsky, 2017).



### **Consideraciones teóricas sobre Postmodernidad y el contexto organizacional.**

A pesar de la variedad de perspectivas que se encuentran en la literatura científica respecto de la posmodernidad, puede verificarse que existe en sus caracterizaciones un componente común a muchos autores: la desarticulación de una concepción categórica de la verdad científica que la modernidad presentaba como la expresión más acabada de la razón humana. Esta desarticulación aparece tanto en Morín como en Derrida bajo la conceptualización expresada mediante el término desfundamentación del saber. (Chirinos, 2007).

Ojeda (2017) referenciándose a Edgar Morín, presenta la caracterización que este autor hace de la realidad compleja, propia de los tiempos postmodernos: a) el saber es más bien holográfico que parcelado; b) el contexto también es parte de la realidad; c) los límites geográficos, institucionales y temporales se desdibujan; d) hay multiplicidad de las dimensiones intervinientes; e) la contradicción interior se presenta como una condición del sistema; f) la incertidumbre y la ambigüedad están naturalizadas.

Esta caracterización de los sistemas complejos se completa con los siguientes atributos: no linealidad, auto-organización, emergencia, caos, aleatoriedad, adaptación, evolución, flexibilidad y robustez (Maldonado en Ojeda, 2017).

Ojeda (2017), agrega una perspectiva de análisis y diagnóstico de las organizaciones con base en el enfoque de la complejidad, al plantear la importancia de preguntarse cuál es la relación que una organización tiene con la complejidad; ¿qué hace con ella?: ¿la estudia?, ¿la niega?, ¿la degrada o sea la simplifica?, ¿la mata, o sea la elimina?, ¿la entienden?, ¿la maquillan?

Con base en estas recuperaciones teóricas sobre la complejidad cabría hipotetizar sobre el efecto que tiene la presencia del MMH en las capacidades para la gestión compleja de las organizaciones sanitario asistenciales.

Para Beck (1998), la postmodernidad es lo que llama modernidad reflexiva, haciendo referencia a una particular etapa de la sociedad moderna, definida no necesariamente por la falta de seguridad, ni por la falta de certeza, sino por la presencia constante de la contingencia y el riesgo. Con este planteo, Beck (1998) explica el tránsito de la época industrial a la época de riesgo.

Con respecto al campo de la salud, Beck (2006) señala que la ciencia crea también nuevos tipos de riesgos. Por ejemplo, mediante los avances en la genética humana, la

frontera entre las personas enfermas y las saludables comienza a hacerse difusa, dado que hoy en día se pueden diagnosticar enfermedades congénitas en personas que se consideran sanas desde su propia experiencia (Beck, 2006).

Un desafío significativo en el estudio de las organizaciones es comprenderlas desde las claves hermenéuticas provenientes del contexto en el cual están insertas. Las organizaciones son escenarios de interacción social impregnados de las lógicas de otro escenario de interacción social más amplio que llamamos contexto social, dentro del cual se pueden identificar fenómenos de época (Siani, 2012).

Las organizaciones de servicio de salud deben necesariamente responder a nuevas demandas de su contexto generadas por un nuevo perfil de paciente (Foro Español de Pacientes, 2017).

### **Consideraciones teóricas sobre la percepción de la realidad organizacional**

La percepción es un proceso que le posibilita al individuo reunir e interpretar información que le llega del contexto; opera como un verdadero mediador entre el ambiente y los individuos, y hace posible que estos le asignen significados a los estímulos variados que llegan de su contexto (Vander Zanden 1995).

La OPS (1998) en su modelo de áreas críticas para el análisis del CO plantea la necesidad de reconocer la existencia de dos realidades que se presentan en las organizaciones. Por un lado la existencia de una realidad objetiva, que distingue a unas organizaciones de otras, compuesta por elementos tales como: objetivos, estructura, funcionamiento, entre otras características distintivas. Por otro lado la existencia de una realidad subjetiva conformada por las percepciones que tienen los empleados respecto de la organización en la que se desempeñan. Estas realidades objetivas y subjetivas interactúan y dan como resultado el CO (OPS, 1998).

En principio se entiende que las dos realidades deberían corresponderse o ser coincidentes, pero no es así, dado que esta congruencia nunca se presenta de modo completo a causa de lo siguiente: en primer lugar los observadores de la realidad organizacional miran a ésta desde distintas posiciones y observan facetas distintas; en segundo lugar porque los observadores no poseen las mismas actitudes, deseos y expectativas, entre otras cuestiones que los diferencian como observadores que son de la realidad organizacional (OPS, 1998).

Este modelo de áreas críticas para el análisis del CO (OPS, 1998) se sigue reconociendo como válido por la literatura científica hasta la actualidad, tal como se puede verificar por búsqueda bibliográfica en internet, lo que da cuenta de las abundantes citas que de este trabajo hacen distintos autores, en algunos casos introduciendo algunas adaptaciones conservando lo fundamental del modelo.

### **Consideraciones teóricas sobre los grupos en el contexto organizacional.**

Respecto de los grupos y el trabajo en equipo en las organizaciones, se plantea en Funes Molineri (2016) la necesidad de distinguir, en primer lugar, cuándo es necesario el trabajo en equipo y cuándo no lo es.

En materia de efectividad del factor humano, se hace relevante discernir cuándo es necesario estimular a los integrantes de la organización orientándolos hacia los criterios del trabajo en equipo y cuándo se hace necesario desarrollar las actividades bajo un diseño orientado al trabajo individual autónomo. Cuanto mayor sea la necesidad de resolver complejidad y operar en contexto de diversidad humana, mayor será la necesidad de trabajo en equipo (Funes Molineri, 2016).

El trabajo en equipo va asociado a las nociones de complejidad, diversidad humana, variabilidad, incerteza, por lo que todo escenario grupal donde estos requerimientos no sean necesarios, hará que tampoco sea necesario estimular el trabajo en equipo (Funes Molineri, 2016).

Formulada esta salvedad inicial, se sostiene desde varios autores la importancia del trabajo en equipo en las organizaciones sanitario-asistenciales en general, y en particular entre médicos y enfermeros. En esta línea, Vitolo (2012) sostiene la importancia de estudiar la relación entre médicos y enfermeros, toda vez que de esta relación depende en gran medida la calidad de la atención y seguridad de los pacientes, como así también el nivel de conflictividad médico-legal.

También se destaca en Whitehead & Peter (2001) la necesidad de desarrollar en el sistema de salud un clima de colaboración, cooperación, formación de equipos y trabajo multiprofesional, bajo relaciones de trabajo democráticas que permitan un mayor nivel de asociatividad, todo lo cual parecería no ser frecuente en las organizaciones de salud, especialmente entre los grupos profesionales de medicina y enfermería (Whitehead et al, 2001).

Atendiendo al objeto de conocimiento de la presente tesis, luce necesario presentar brevemente los constructos grupo objeto y grupo sujeto, según Schvarstein (2000). El grupo objeto es básicamente, un reproductor del orden establecido y una concreción y materialización de lo instituido. Sus características propias son el apego a lo normativo, una disociación de lo afectivo y actitudes personales de retracción. En cuanto al grupo sujeto, sus integrantes presentan un compromiso personal mayor con la tarea, y con los demás miembros, una preocupación reflexiva en cuanto a sus procesos internos y a su relación con el resto de la organización (Schvarstein, 2000).

Según Schvarstein (2000), una característica relevante del grupo sujeto es su capacidad instituyente.

Desde la perspectiva del Análisis Institucional se puede entender al Grupo Sujeto como un grupo “con proyecto”, y de allí su capacidad de institucionalización (Capanegra, 2017).

En el contexto de los planteos teóricos presentados en este apartado, luce apropiado hipotetizar sobre las capacidades instituyentes del grupo médico frente al grupo enfermero, como así también la fortaleza de proyecto del grupo médico frente a la debilidad de proyecto del grupo enfermero como grupo subalterno. Luce pertinente también extender las conjeturas al plano de las posiciones estructurales que un grupo ocupa respecto del otro en tanto grupo objeto y grupo sujeto, estando esta última posición estructural más cerca de los médicos que de los enfermeros.

### **Consideraciones teóricas sobre el fenómeno del poder en el campo organizacional.**

En Foucault (1988), el interés por el fenómeno del poder no está focalizado en los medios por los cuales se ejerce como aparato institucionalizado de dominación desde el ápice a la base de la organización. En Foucault no interesan aspectos superestructurales o de consolidación institucional del poder, sino que el foco de atención está puesto en la red de interacciones concretas, mínimas, próximas, inmediatas, que suceden todo el tiempo sin solución de continuidad, donde el poder circula en un flujo constante y no se detiene (Foucault, 1988).

Según Lopez (2000), Foucault entiende a los discursos sociales como prácticas inscriptas en juegos de poder y luchas por la imposición de sentido en la percepción del mundo, [...] “siendo al mismo tiempo luchas teóricas y prácticas” (López, 2000, p. 7).

Tanto Bourdieu como Foucault, consideran al lenguaje –en el sentido de discurso– como mucho más que un instrumento de comunicación, toda vez que para ellos el discurso es un instrumento de poder mediante el cual se puede imponer una determinada percepción del mundo y significaciones acerca del mismo (López, 2000).

Lopez (2003) desarrolla la idea del "invisible social". Ello se corresponde con la naturalización de cierto nivel de violencia no necesariamente manifestada de manera ostensible, surgida de las asimetrías de poder. Esta noción es presentada por López (2003), como una forma de constante violencia naturalizada y por lo tanto oculta, la cual se pone en juego de manera constante y cotidiana por la desigualdad en la distribución de las oportunidades, y de las opciones de realización personal. Este invisible social va generando situaciones que provocan daño emocional a todos los involucrados, sin que se tenga registro consciente de ello, precisamente porque tiene lugar y se desarrolla de modo naturalizado e invisibilizado en medio de las tramas de las relaciones sociales que se van tejiendo en la organización (Lopez, 2003).

Sostiene Foucault, de modo categórico en su *Microfísica del Poder* (1992), que donde hay poder, también hay resistencia, por lo que no existen relaciones de poder sin resistencias, y estas son más eficientes cuando se forman allí mismo donde la relación de poder se está ejerciendo.

Desde esta perspectiva de la *Microfísica del Poder* desarrollada por Foucault (1992), luce apropiado hipotetizar respecto de las acciones mediante las cuales médicos y enfermeros inciden unos en las posibilidades de acciones de otros, y sus respuestas resistenciales. Según el estudio cualitativo desarrollado por el autor de esta tesis como investigación precedente, estas hipótesis de gestión del poder entre médicos y enfermeros podrían girar alrededor de temáticas tales como: acceso a la información y elementos de trabajo, toma de decisiones, provisión de insumos, desarrollo profesional, liderazgo gerencial, asignación de espacios físicos, coordinación de tareas, planificación de las actividades de los servicios, comunicación con el paciente y con sus familiares, nivel de autonomía en el desarrollo de las tareas (Siani, 2020).

Para completar la perspectiva foucaultiana del poder en las organizaciones luce necesario hacer una consideración sobre lo que se podría entender como formas adaptativas de reacción que presentaría el colectivo enfermero ante la presión que ejerce la autoridad del médico. En concordancia teórica con ello se destaca la idea que

presenta Foucault en su Curso en el Collège de France por los años 1970-1971, en sus “Lecciones sobre la voluntad de saber”, al afirmar que siempre que encontremos poder, también allí hallaremos resistencia (Foucault, 2014).

Para Foucault (2014) las relaciones de poder se entraman con resistencias que capilarizan la trama social de una organización en una dinámica difícil de sistematizar.

En concordancia teórica con esta idea relativa a formas de reacción en respuesta a las acciones de poder, y específicamente a lo que sería el comportamiento resistencial del personal de enfermería frente al ejercicio del poder del grupo médico, se destaca la investigación llevada a cabo en octubre de 2008, por el Dr. Scott T. Paynton, en uno de sus trabajos, titulado “El poder informal de las enfermeras para promover el cuidado del paciente” (Paynton, 2008). En esta investigación, Paynton da cuenta de la siguiente observación: aunque gran parte del poder formal en las organizaciones sanitarias reside en los médicos, los enfermeros ejercen estrategias de poder informales en el desempeño de su rol.

## 5. Hipótesis

En la presente tesis se plantea una (1) hipótesis descriptiva (H1) pronosticadora de un determinado valor de variable (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista, 2014.), y cinco (5) hipótesis correlacionales (H2, H3, H4, H5, H6), en las cuales se afirma que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable en estudio y cada una de las variables poblacionales consideradas significativas en el marco de la presente tesis; a saber: edad, tipo de organización (de gestión pública o de gestión privada), cantidad total de personal a cargo, sexo y trabajar o no en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

1. H1 - El nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, a partir de datos recolectados durante el mes de octubre de 2021, es alto o muy alto.
2. H2 - El nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, se relaciona de forma estadísticamente significativa con el tipo de organización donde ellos trabajan según sea de gestión pública o de gestión privada, a partir de datos recolectadas durante el mes de octubre de 2021.
3. H3 - El nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, se relaciona de forma estadísticamente significativa con la cantidad total de personal a su cargo, a partir de datos recolectadas durante el mes de octubre de 2021.
4. H4 - El nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, se relaciona de forma estadísticamente significativa con su sexo, a partir de datos recolectadas durante el mes de octubre de 2021.
5. H5 - El nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones

percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, se relaciona de forma estadísticamente significativa con su edad, a partir de datos recolectadas durante el mes de octubre de 2021.

6. H6 - El nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, se relaciona de forma estadísticamente significativa con el área donde prestan servicio según sea o no en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), a partir de datos recolectadas durante el mes de octubre de 2021.



## **6. Marco metodológico**

### **Perspectiva metodológica, enfoque, diseño y alcance de la investigación**

Según González Morales (2003) y Klimovsky e Hidalgo (en Maioli, 2015), se pueden identificar en la actualidad tres paradigmas epistemológicos bien diferenciados en las ciencias sociales: el paradigma empírico-naturalista, el paradigma interpretativo y el paradigma sociocrítico. Esta tesis se enmarca en el paradigma empírico – naturalista, toda vez que se enfoca en lo observable y medible. En esta investigación se levantarán datos materializados en cada respuesta a cada reactivo que contiene la escala que será utilizada como instrumento de recolección de datos. Cada una de estas respuestas constituye la expresión material de percepciones que refieren al nivel presencia del modelo médico hegemónico en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública y privada según percepciones de licenciados en enfermería que allí se desempeñan. No hay saltos interpretativos a cargo del investigador en un intento de comprender el punto de vista o la vivencia del sujeto respondente (paradigma interpretativo). Tampoco hay una toma de posición para la transformación social (paradigma sociocrítico).

El enfoque de la investigación es de tipo cuantitativo toda vez que mediante la técnica de la encuesta por escala se midieron las percepciones que los integrantes de una muestra de población tiene respecto de las manifestaciones del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales tanto de gestión pública como privada. A pesar de que en esta tesis no se busca obtener un nivel de generalización de los resultados que alcance a la población toda, la actividad investigativa está orientada a conocer pocos datos de muchos sujetos, medir una variable en estudio y establecer correlaciones estadísticas entre variables. No se busca conocer en profundidad las cualidades y características de un objeto de conocimiento, explorando, describiendo y generando teoría bajo un impulso fundamentalmente inductivo (Hernández Sampieri et al, 2014). Todo ello le confiere a la tesis su enfoque cuantitativo.

El diseño que se decidió para esta investigación es de tipo no experimental, toda vez que no se manipularon deliberadamente variables independientes para verificar sus efectos sobre variables dependientes (Hernández Sampieri et al., 2014). En cuanto a la dimensión temporal, la investigación se ejecutó bajo un diseño transversal, toda vez que los datos fueron recolectados en un solo momento y en un tiempo único (Hernández Sampieri et al, 2014).

En cuanto a su alcance, la investigación combina lo descriptivo con lo correlacional. Es descriptiva porque, mediciones mediante, busca exponer el estado de situación de una variable en estudio tal como se presenta en una población y contexto determinados (Hernández Sampieri et al., 2014). Al mismo tiempo el alcance de la investigación es de tipo correlacional, porque busca medir variables y analizar su relación sobre la base de hipótesis sometidas a prueba para un grupo o población (Hernández Sampieri et al., 2014).

### **Población**

La población en estudio está compuesta por alumnos y exalumnos de la Maestría en Gerenciamiento Integral de Servicios de Enfermería que dicta la Universidad Maimónides en su única sede situada en el barrio de Caballito (CABA), ingresados en los ciclos lectivos 2017, 2018, 2019 y 2020. Están incluidos quienes al momento de la toma de datos estaban en las siguientes situaciones: cursantes, graduados, en proceso de elaboración de tesis, baja por abandono.

Todos los participantes que integran la muestra trabajan en organizaciones sanitario-asistenciales localizadas en el AMBA (zona urbana común que conforman la CABA y 40 municipios de la Provincia de Buenos Aires – primer y segundo cordón).

La pesquisa no incluyó otros profesionales que forman parte de lo que se llama equipo de salud, y que también al igual que los licenciados en enfermería están expuestos a los efectos del MMH. Esta exclusión tiene dos fundamentos principales: a) fundamento sustantivo: tal como se verifica en el estado del arte, la interacción médico-enfermero es la que más tiempo consume dentro del equipo de salud, y es donde la asimetría intrínseca del MMH se presenta con mayor intensidad; b) instrumental: el tesista tiene acceso directo a la población en su calidad de docente, tal como ya se explicó en la descripción del problema.

### **Muestra**

El muestreo fue por conveniencia, que es un tipo de muestreo no probabilístico (Otzen y Manterola, 2017). Este muestreo, también llamado intencional (no probabilístico), fue llevado a cabo mediante un tipo de muestra de participantes voluntarios, tal como suele utilizarse en ciencias sociales y médicas (Hernández Sampieri et al., 2014). En tal

sentido el estudio limitará sus hallazgos a la muestra seleccionada.

Se enviaron 467 (cuatrocientos sesenta y siete) invitaciones por correo electrónico, obteniendo como respuesta afirmativa con consentimiento informado 98 (noventa y ocho) voluntarios, siendo esta la cantidad que compone la muestra.

Los criterios de inclusión aplicados para obtener la muestra fueron los siguientes: a) haber aceptado participar de la investigación respondiendo en forma afirmativa a un correo electrónico de invitación, mediante consentimiento informado, b) desempeñar sus funciones como licenciado en enfermería en organizaciones sanitario asistenciales de gestión privada o de gestión pública localizadas en el AMBA, c) ser licenciados en enfermería, lo que quedó asegurado dado que todos fueron admitidos oportunamente como cursantes de la maestría antes citada.

Los criterios de exclusión aplicados fueron los siguientes: a) licenciados en Enfermería que trabajen en forma exclusiva en los departamentos de medicina laboral de empresas; b) que trabajen exclusivamente en servicios de enfermería a domicilio; c) que trabajen exclusivamente en Empresas de Emergencias Médicas; d) que trabajen exclusivamente en las Fuerzas de Seguridad Nacional, Provincial o Municipal; e) que trabajen exclusivamente en organizaciones dedicadas sólo a la atención de pacientes por accidentes laborales y enfermedades profesionales en el ámbito de la Ley de Riesgos del Trabajo (1995).

Los criterios de exclusión se justifican en la necesidad de lograr un razonable nivel de homogenización de la muestra, toda vez que la investigación busca pesquisar y describir percepciones de licenciados en enfermería, generadas específicamente en el ambiente organizacional propio de los hospitales públicos, sanatorios y clínicas privadas de atención a la salud. Esto es así porque para el logro de los objetivos de la investigación fue necesario que el sujeto de indagación pueda, introspección mediante, recuperar mnémicamente experiencias que necesariamente deben estar “ancladas” en el ambiente organizacional antes descripto.

Otra condición que contribuye al logro de un razonable nivel de homogenización de la muestra es que todos sus integrantes comparten un mismo nivel mínimo de formación profesional en la práctica de la enfermería. Esto es así porque sólo integran la muestra licenciados en enfermería con o sin formación de posgrado. No se incluyen los otros dos niveles de titulación tales como auxiliares y técnicos, según las titulaciones reconocidas

oficialmente por los informes del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud de la República Argentina (2018). Ello tiene fundamento en la única posibilidad que tuvo el tesista de llegar en forma directa a la población en estudio, compuesta en su totalidad por licenciados en enfermería como mínima titulación de grado.

*Tabla 1. Distribución de la muestra por sexo*

Sexo	$n_i$	$f_i$
Mujer	85	87%
Hombre	12	12%
Otro	1	1%
Total	98	100%

*Figura 1. Distribución de la muestra por sexo*

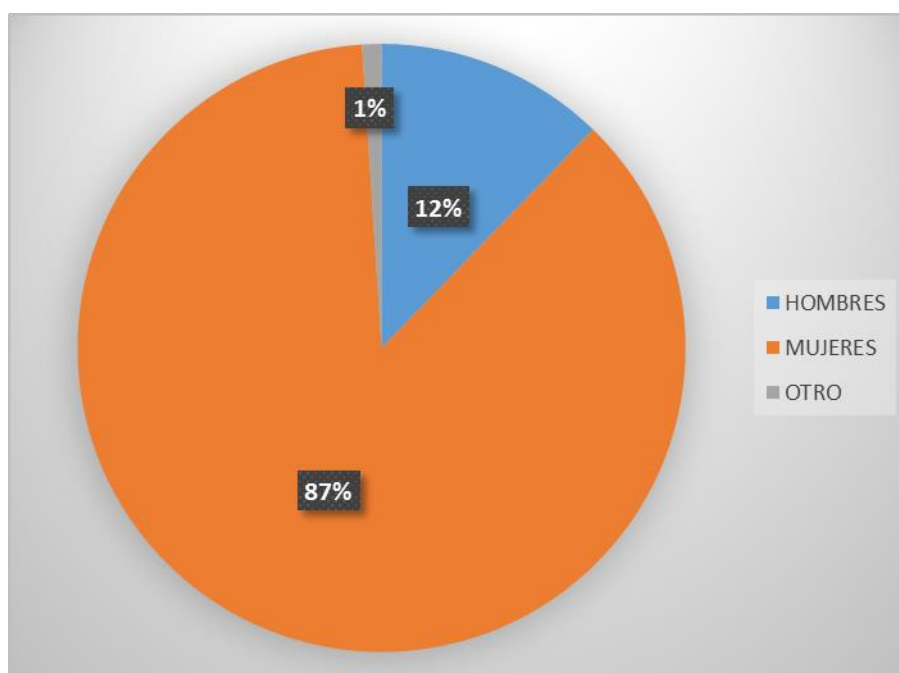
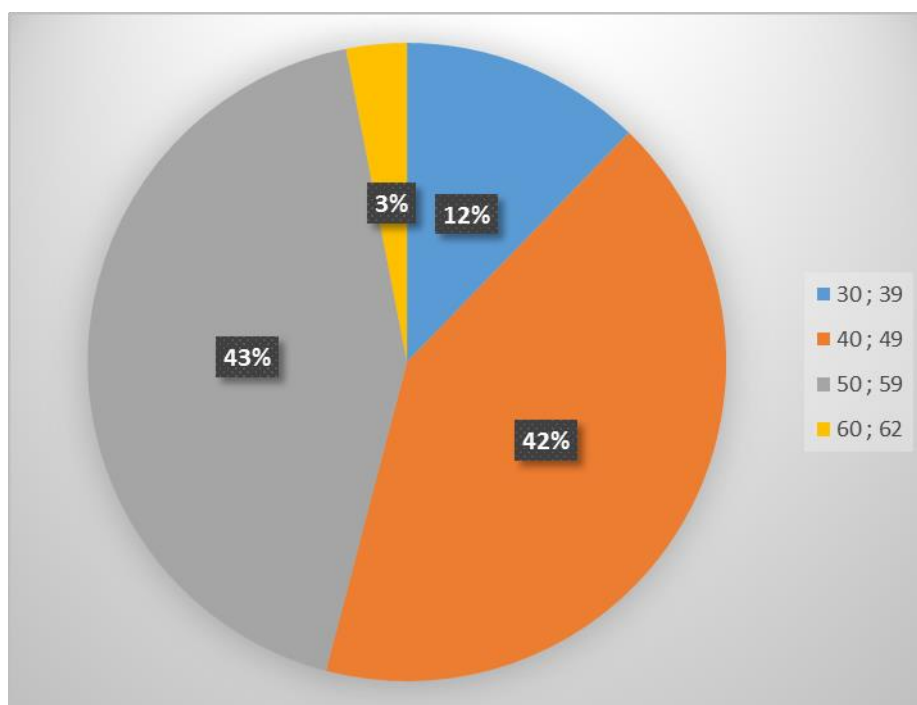


Tabla 2. Distribución de la muestra por rangos etarios de 10 años.

Rango	$n_i$	$f_i$
30 a 39 Años	12	12%
40 a 49 Años	41	42%
50 a 59 Años	42	43%
60 a 62 Años	3	3%
Total	98	100%

Figura 2. Distribución de la muestra por rangos etarios de 10 años.



*Tabla 3. Distribución de la muestra por cantidad total de personal a cargo según tramos de control en aumento progresivo comenzando por “sin personal a cargo”.*

Rango	$n_i$	$f_i$
Sin personal a/c	48	49%
1 a 10 personas a/c	9	10%
11 a 30 personas a/c	9	9%
31 a 50 personas a/c	9	9%
51 a 100 personas a/c	3	3%
101 a 150 personas a/c	8	8%
151 a 250 personas a/c	8	8%
251 a 400 personas a/c	2	2%
Más de 400 person. a/c	2	2%
Total	98	100%

*Figura 3. Distribución de la muestra por cantidad total de personal a cargo según tramos de control en aumento progresivo comenzando por “sin personal a cargo”.*

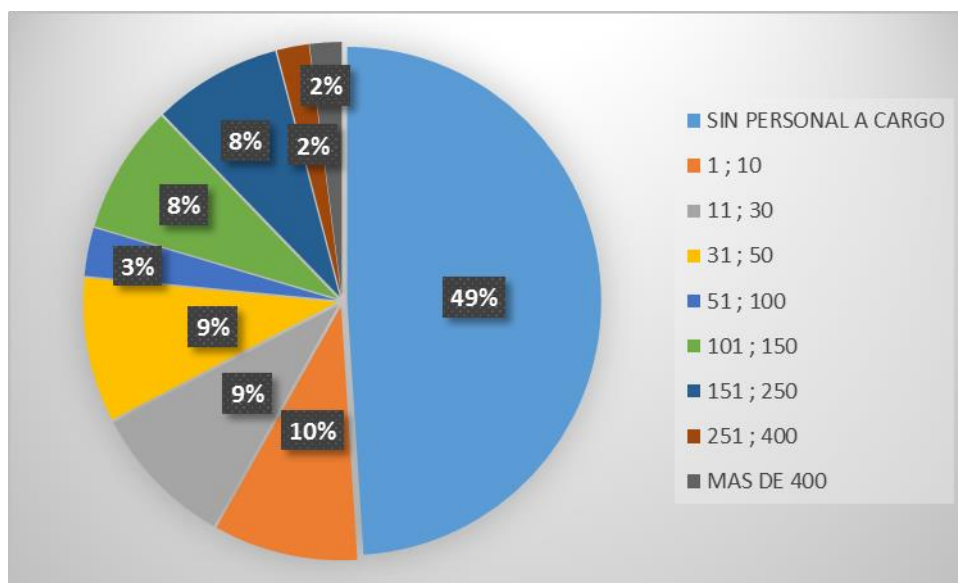
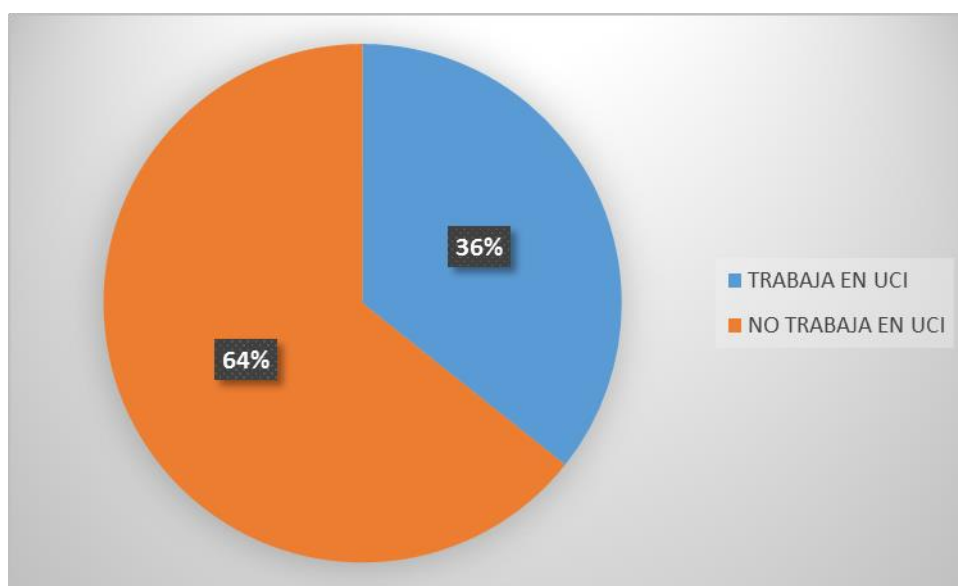


Tabla 4. Distribución de la muestra según se trabaje o no en Unidades de Cuidados Intensivos.

	$n_i$	$f_i$
Se trabaja en UCI		
Si	35	36%
No	63	64%
Total	98	100%

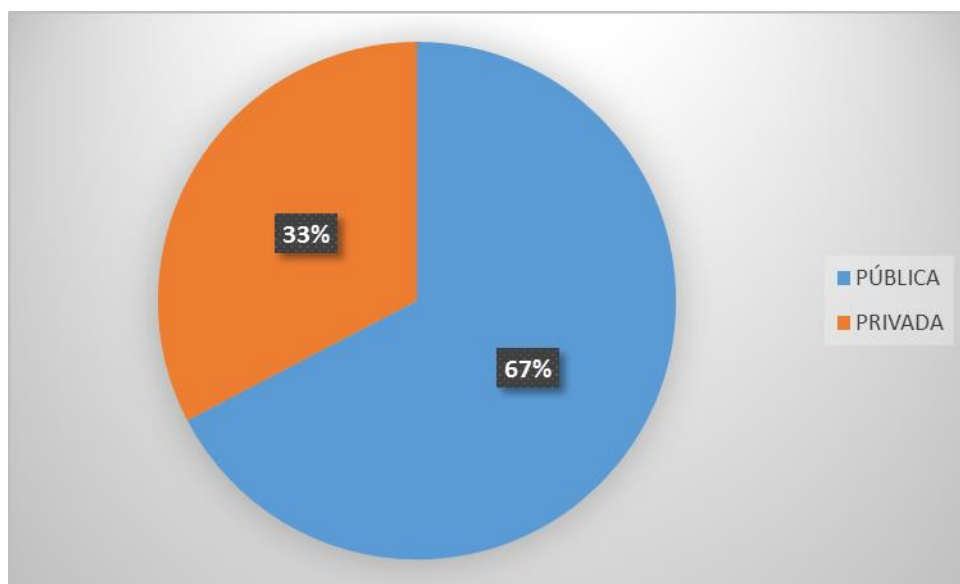
Figura 4. Distribución de la muestra según se trabaje o no en Unidades de Cuidados Intensivos.



*Tabla 5. Distribución de la muestra por tipo de organización sanitario-asistencial donde presta servicios el licenciado en enfermería.*

Tipo de Organización	$n_i$	$f_i$
Privada	32	33%
Publica	66	67%
Total	98	100%

*Figura 5. Distribución de la muestra por tipo de organización sanitario-asistencial donde presta servicios el licenciado en enfermería*





### Definición conceptual y operacional de las variables

Variable en estudio: nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan.

Variables poblacionales: edad, sexo, tipo de organización sanitario asistencial donde se desempeña, cantidad total de personal a cargo, desempeño en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Las definiciones conceptuales y operacionales de estas variables se presentan en las Tablas 6, 7, 8, 9, 10 y 11, elaboradas tomando como referencia el modelo propuesto por Avalos en Espinoza Freire, E. E. (2019), y se las puede encontrar inmediatamente a continuación en la página siguiente.

Tabla 6. *Definición conceptual y operacional de la variable de estudio.*

Variable en estudio: nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan.				Escala	
DIMENSIÓN DE VARIABLE: COMUNICACIÓN					
Definición Conceptual	Indicadores	Instrumento	Reactivos	(4 ; 5] .- Nivel de presencia MUY ALTO	
Percepciones del licenciado en enfermería que refieren a vivencias de un entorno laboral con deficiencias en la comunicación atribuidas al modelo médico hegemónico expresado mediante comportamientos de los médicos y prácticas de las organizaciones. (Siani, 2020)	Deteriora el clima laboral.	Escala de presencia percibida del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales según licenciados en enfermería	38		
			24		
	Deteriora el trabajo en equipo.		32		
			6		
	Genera ruidos en la comunicación.		36		
			8		
			28		
			19		
	DIMENSIÓN DE VARIABLE: INCLUSIÓN EXCLUSIÓN				
	Percepciones del licenciado en enfermería que refieren a sentirse excluido, a no ser		Limita o anula la participación	Escala de presencia percibida del MMH en organizaciones	3
Excluye de la comunicación		15			

tenido en cuenta en las cuestiones que le competen profesionalmente, atribuido al modelo médico hegemónico expresado mediante comportamientos de los médicos y prácticas de la organización (Siani, 2020)	Excluye de las decisiones	sanitario- asistenciales según licenciados en enfermería	34	(3 ; 4).- Nivel de presencia ALTO
			1	
	Excluye de Comités		18	
	Excluye del acceso a la información		22 35	
<b>DIMENSIÓN DE VARIABLE: VALORACIÓN PROFESIONAL</b>				
Percepciones del licenciado en enfermería que refieren a sentimiento de menosprecio, de no ser tenido en cuenta ni considerado como merece su formación profesional y nivel de responsabilidad implicado en las funciones desempeñadas, atribuido al modelo médico hegemónico expresado mediante comportamientos de los médicos y prácticas de la organización. (Siani, 2020).	Indica tareas de modo inapropiado	Escala de presencia percibida del MMH en organizaciones sanitario- asistenciales según licenciados en enfermería	31	[2 ; 3] - Nivel de presencia MEDIO
			12	
	Desestima aportes del enfermero		16	
			37	
	Se prioriza siempre a si mismo		21	
			33	
	Culpabiliza		2	
	Maltrata		7	
Desconoce el rol del enfermero	23			
	5			
Impone al enfermero una visión biologicista del paciente	39			
<b>DIMENSIÓN DE VARIABLE: INTROMISIÓN Y DESPLAZAMIENTO</b>				
Percepciones del licenciado en enfermería que refieren a sentirse interferido y desplazado en la gestión, atribuido al modelo médico hegemónico expresado mediante comportamientos de	Acapara espacios y equipos		30	[1 ; 2).- Nivel de presencia BAJO.
	Monopoliza cobertura de cargos		10	
	Interfiere en la evaluación de desempeño del enfermero		9	

los médicos y prácticas de la organización.			25	
	Interfiere en planificación del recurso humano de enfermería		4	
Percepciones que refieren a ser privado de algo que le corresponde o que debe estar bajo su dominio, control, o a su disposición, de acuerdo a sus incumbencias profesionales o funciones asignadas.	Desplaza en el uso de firma	Escala de presencia percibida del MMH en organizaciones	20	
	Desplaza en el liderazgo y mando	sanitario- asistenciales según	14	
	Interfiere en la gestión de insumos	licenciados en enfermería	11	
	Interfiere en sanciones disciplinarias		27	
Percepciones que refieren a ser despojado de algo que le corresponde, a ser invadido, interferido, desplazado en una actividad o asunto que le compete. (Siani, 2020).	Interfiere en la capacitación		13	[0 ; 1).- Nivel de presencia MUY BAJO
	Acapara el contacto con Cúpula		29	
	Prevalece en el ápice de la estructura		17	
			26	

La operacionalización de la variable de estudio tiene su fundamento en la investigación que integró la tesis doctoral anteriormente referida, cuyo autor es el mismo autor de la presente tesis de maestría. Participaron de la investigación doctoral 93 licenciados en enfermería, los cuales laboraban en organizaciones sanitarias públicas y privadas de AMBA y fueron cursantes de la Maestría en Gerenciamiento Integral de Servicios de Enfermería, dictada por Universidad Maimónides de Argentina, durante los ciclos lectivos 2017 y 2018. Se recogieron las percepciones de los participantes, verbalizadas en trabajos académicos individuales elaborados a modo de Análisis de Experiencias Personales. Se utilizó la técnica de análisis cualitativo de contenido (Cáceres, 2003), consistente con el método de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002). Se procesaron 93 documentos mediante el programa Atlas Ti, versión 5.2. Se identificaron

509 fragmentos que refieren a percepciones sobre la presencia del MMH en las organizaciones sanitario-asistenciales según la percepción de licenciados en enfermería que allí se desempeñan. Estos fragmentos, mediante una codificación abierta, se agruparon en 26 categorías perceptuales que dan cuenta de los modos en los que se manifiesta el MMH en las organizaciones sanitario-asistenciales. Posteriormente, mediante un proceso de codificación axial, se definieron cuatro categorías analíticas emergentes (Cáceres, 2003), mediante las cuales se agruparon las referidas 26 categorías perceptuales. Estas cuatro categorías analíticas se corresponden con las 4 dimensiones de la variable de estudio que precedentemente se presentaron, a saber: comunicación, inclusión-exclusión, valoración profesional, intromisión y desplazamiento. Todo este estudio previo desarrollado como tesis doctoral (Siani, 2020) obró como fuente de contenido para la operacionalización de la variable bajo estudio, y le otorgó un robusto fundamento.

Tabla 7. *Definición conceptual y operacional de la variable poblacional edad.*

Variable poblacional: edad del licenciado en enfermería			
Definición Conceptual	Indicadores	Instrumento	Escala
Tiempo expresado en años que ha vivido el Lic. en Enfermería contando desde su nacimiento hasta la fecha en que el mismo responde la encuesta.	Edad informada por el Lic. en Enfermería al responder el cuestionario.	Cuestionario	Números enteros representativos de las edades de los Licenciados en Enfermería.

El proceso de operacionalización de la variable “edad del licenciado en Enfermería” se fundamenta en la relevancia de poder conocer si la pertenencia a una determinada edad o rango de edades, tiene relación con la variable de estudio, toda vez que los modelos de formación en enfermería han presentado cambios en el tiempo y con ello podrían presentar un cambio de paradigma en el enfoque de la relación del personal médico con el personal de enfermería. A ello se estaría sumando el impacto de los nuevos contextos organizacionales propios de la postmodernidad y su posible efecto en la formación de los nuevos profesionales de enfermería.

Tabla 8. *Definición conceptual y operacional de la variable poblacional sexo.*

Variable poblacional : Sexo del licenciado en enfermería			
Definición conceptual	Indicadores	Instrumento	Escala
Conjunto de características de orden biopsicosocial que poseen los individuos de la especie humana y que posibilitan su categorización bajo los nombres masculino y femenino, o varón y mujer respectivamente, que dejan abierta la posibilidad de una tercera categoría con la que se identifica el individuo sin ser ninguna de las dos anteriores.	Sexo que informa el Lic. en Enfermería al responder el cuestionario.	Cuestionario	1.- Femenino 2.- Masculino 3.- Otro.

El proceso de operacionalización de la variable “sexo” se fundamenta en la relevancia de poder conocer si la condición de mujer, varón u otra, asumida por el los licenciados en enfermería tiene relación con la variable de estudio. Al respecto de esta relación se señala lo apuntado oportunamente en el capítulo de indagaciones preliminares sobre el fenómeno del patriarcado en la relación médico varón y enfermera mujer en el contexto operante del MMH en las organizaciones sanitario-asistenciales.

Tabla 9. *Definición conceptual y operacional de la variable poblacional tipo de organización sanitario-asistencial*

Variable poblacional: tipo de organización sanitario-asistencial donde se desempeña el Licenciado en Enfermería			
Definición conceptual	Indicadores	Indicador	Escala
Todo tipo de organización que preste servicios asistenciales de salud mediante la atención directa a pacientes humanos para la prevención y cura de enfermedades que sea de gestión pública o de gestión			1.- Organización sanitario asistencial de gestión pública

privada y que esté localizada en el AMBA. Con exclusión de: Departamentos de Medicina Laboral de empresas, ni Servicios de Enfermería a Domicilio, ni Empresas de Emergencias Médicas, ni Fuerzas de Seguridad, ni Organizaciones dedicadas exclusivamente a la atención de pacientes por accidentes laborales y enfermedades profesionales en el ámbito de la Ley de Riesgos del Trabajo (1995)	Tipo de organización sanitario asistencial informada por el Lic. en Enfermería al responder el cuestionario.	Cuestionario	2.- Organización sanitario asistencial de gestión privada.
--	--	--------------	--

El proceso de operacionalización de la variable “tipo de organización sanitario asistencial donde se desempeña el Lic. en Enfermería” se fundamenta en la relevancia de poder conocer la relación que pudiera existir entre la variable de estudio y el ambiente organizacional donde se desempeña, según este se corresponda con la gestión pública o la gestión privada. Las muy dispares normas de regulación laboral entre organizaciones de gestión pública y privada permite hipotetizar la existencia de condiciones materiales, normativas, y psicosociales propias y diferentes de cada tipo de organización que estarían influenciando las expectativas, los comportamientos, las actitudes y las percepciones de los actores que conforman el llamado equipo de salud en general y de la población bajo estudio en particular.

Tabla 10. *Definición conceptual y operacional de la variable poblacional cantidad total de personal a cargo*

Variable poblacional: cantidad total de personal a cargo.			
Definición conceptual	Indicador	Instrumento	Escala
Cantidad total de enfermeros que le reportan en forma	Cantidad total de enfermeros informada		Números enteros representativos de la

directa e indirecta que están bajo su área de responsabilidad laboral.	por el Lic. en Enfermería al responder el cuestionario.	Cuestionario	cantidad total de enfermeros que reportan al lic. en enfermería
--	---	--------------	---

El proceso de operacionalización de la variable “cantidad total de personal a cargo” se fundamenta en la relevancia de poder conocer la relación que pudiera existir entre la variable de estudio y la cantidad de personal a cargo. Este interés se fundamenta en la influencia que pudieran haber tenido en el nivel de presencia percibida del MMH, la asignación y asunción de mayores responsabilidades como así también un posicionamiento más alto en la pirámide jerárquica de la organización y acceso a la toma de decisiones.

Tabla 11. *Definición conceptual y operacional de la variable poblacional desempeño en Unidades de Cuidados Intensivos*

Variable poblacional			
Desempeño en Unidades de Cuidados Intensivos			
Definición conceptual	Indicador	Instrumento	Escala
Áreas de una organización sanitario asistencial donde el Lic. en Enfermería desarrolla su actividad profesional bajo las condiciones y características de organización y funcionamiento definidas en la normativa aplicable, para las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), donde se destaca la presencia en forma constante del riesgo de vida del paciente y la necesidad de atención constante por parte del médico y del lic. en Enfermería.	Área de trabajo que informa el Lic. en Enfermería al responder el cuestionario.	Cuestionario	1.- Si 0.- No

El proceso de operacionalización de la variable “desempeño en Unidades de Cuidados Intensivos” se fundamenta en la relevancia de poder conocer si las condiciones especiales en las que el personal de salud desarrolla las tareas en las llamadas Unidades de Cuidados Intensivos tienen relación con la variable de estudio. La normativa aplicable a las unidades de cuidados intensivos (UCI) en cuanto a las características de organización y funcionamiento de estos servicios, como así también el tipo de formación y experiencia requerida al personal de salud que allí se desempeña, permiten hipotetizar la existencia de condiciones materiales, psicosociales, normativas y de status laboral asociadas a trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos que estarían influenciando sobre las expectativas, los comportamientos, las actitudes y las percepciones de los actores que conforman el llamado equipo de salud en general y de la población bajo estudio en particular. Cabe señalar que, en cuanto a las características de organización y funcionamiento de Unidades de Cuidados Intensivos, la normativa aplicable destaca la presencia en forma constante del riesgo de vida del paciente y la necesidad de atención constante por parte del médico y del lic. en Enfermería.

### **Instrumentos empleados para la recolección de datos**

Para las variables poblacionales se utilizaron cuestionarios, tal como están conceptualizados en Ventura-León (2020): el término cuestionario indica que el instrumento de medición está compuesto por un conjunto de preguntas para averiguar algo, y cuyas alternativas de respuesta pueden ser dicotómicas o policotómicas.

Respecto de la variable de estudio, no se halló un instrumento que dé cuenta de percepciones que se corresponden específicamente a indicadores que refieren a la presencia del MMH en las organizaciones sanitario-asistenciales, con arreglo a la caracterización ampliamente concordante que sobre este modelo se verifica en la literatura científica. Esto ya fue señalado oportunamente al hacer referencia a la vacancia de conocimiento que se pretende cubrir con esta investigación.

Conforme lo explicado precedentemente se recurrió al diseño de un instrumento que posibilitara mediciones adecuadas para los objetivos planteados.

### **Diseño del instrumento de recolección de datos para la variable de estudio**

- a) Del tipo de instrumento diseñado



Según el análisis llevado a cabo por Ventura-León (2020) sobre la base de informaciones provenientes de expertos en el tema de medición, las escalas se caracterizan por denotar un conjunto de afirmaciones ordenadas. Sobre cada afirmación se diseñan categorías de respuestas que refieren por ejemplo a grados de acuerdo (por ejemplo nada, poco, mucho), de frecuencia (por ejemplo, nunca, a veces, casi siempre, siempre), de intensidad (por ejemplo, fuerte, moderado, débil), entre otras categorías. En tal sentido, la lógica de las escalas son concordantes con la lógica de las escalas del tipo Likert.

En concordancia con la clasificación de instrumentos documentales de medición presentados en Supo (2013) -escalas, cuestionarios, e inventarios-, se diseñó y aplicó para esta investigación una escala para medir la variable de estudio.

Por su parte, Echauri, Minami, y Sandoval (2012) señalan que las escalas de estimación consisten en una serie de reactivos expresados a modo de afirmaciones, donde cada uno de ellos contiene categorías de respuesta en una graduación que generalmente va desde "totalmente de acuerdo" hasta "totalmente en desacuerdo", incluyendo grados intermedios (Echauri et al, 2012).

Según Méndez y Peña, 2007 en Echauri, et al (2012), cada ítem (reactivo expresado en términos de afirmación) que se presenta en una escala es una sentencia sobre la cual debe expresarse el grado de acuerdo o desacuerdo. No obstante lo precedentemente apuntado, cuando la sentencia refiere a la presencia de una variable, y esta presencia es lo que hay que evaluar, las opciones de respuesta cambian a las de frecuencia, toda vez que no serían aplicables las categorías de acuerdo o desacuerdo, (Méndez y Peña, 2007 en Echauri, et al, 2012). Para el caso de la presente investigación, la variable de estudio es el nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan.

En consistencia con lo precedentemente señalado, el instrumento diseñado para esta investigación es una escala de estimación que contiene afirmaciones que presentan categorías de respuesta en una graduación de frecuencias posibles.

Un apartado especial respecto del diseño de este instrumento merece el proceso que consiste en la exploración sistemática del constructo MMH, seguida de la identificación de los temas relevantes atinentes al mismo, que finaliza con la formulación de los ítems

que darán origen a los reactivos de la escala (Supo, 2013). Sobre este aspecto relevante del diseño de la escala cabe señalar que el instrumento diseñado encontró un robusto sustento en las categorías perceptuales que emergieron de la investigación cualitativa previa desarrollada por el autor de la presente tesis, presentada precedentemente en distintas oportunidades. Cada reactivo de la escala constituye una afirmación que da cuenta de una manifestación específica del MMH en el ámbito de las organizaciones sanitario-asistenciales a partir de la percepción de licenciados en enfermería.

b) De las categorías de respuesta

Respecto al número de categorías de respuesta que se previó para todos y cada uno de los 39 reactivos que componen la escala, cabe mencionar lo señalado por Hernández, Fernández y Baptista (2014), en el sentido que el número de categorías de respuesta varía y depende de la decisión del investigador. Este número deberá tener, entre otros fundamentos, la capacidad de discriminación y nivel de educación de los sujetos que serán expuestos a la escala de estimación. No obstante ello, por lo general la cantidad de categorías de respuesta que se emplean son cinco (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Las categorías más comunes en las alternativas de respuesta para expresar frecuencia son: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca (Echauri et al., 2012). Estas alternativas de respuesta, en principio, permitirían identificar la frecuencia con que se presenta cada manifestación del MMH según la percepciones de los licenciados en enfermería que integran la muestra. No obstante ello, se hace necesario formular algunas consideraciones que posibilitaron el análisis y dieron fundamento a la cantidad de alternativas de respuesta que se utilizaron como cauntificadores de frecuencia en la escala diseñada para esta investigación.

En Matas (2018) se presenta una investigación bibliométrica sobre diseño o forma de las escalas tipo Likert para obtener datos de calidad. Un primer resultado arrojado es que, pese a la importancia de esta cuestión, el número de investigaciones publicadas sobre el tema es relativamente bajo. Otro aspecto relevante de los resultados de este estudio es que en la literatura científica el número óptimo de alternativas de respuesta en las escalas de Likert es un tema de debate aún sin resolver. No obstante, existe una línea de trabajo que se ha enfocado en evaluar el número de alternativas de respuesta y su relación con las propiedades psicométricas de las escalas tipo Likert (Matas, 2018).

Algunas conclusiones relevantes de estos estudios son las siguientes: a) la confiabilidad aumenta cuando las alternativas se incrementa de cinco a siete (Pemberton 1933 en Matas, 2018), conclusión que, en general, se ha confirmado a través de estudios posteriores, según la literatura consultada (Matas, 2018); b) a pesar de que es significativo este incremento de confiabilidad entre cuatro y siete alternativas, se verificó que es menos significativo a partir de siete alternativas (Cummins y Gullone, 2000; Dillman, 2007, en Matas, 2018).

Con fundamento en lo precedentemente expuesto se utilizó para la medición de cada reactivo una escala de estimación de frecuencia del tipo Likert con afirmaciones que contienen 6 categorías de repuesta fijas. Cada una de estas categorías de respuesta está prevista para medir la frecuencia con la que se presenta cada manifestación del MMH, según la percepción del licenciado en enfermería que responde. Cada afirmación/reactivo de la escala expresa una manifestación del MMH.

La escala de respuesta para cada reactivo va, en términos numéricos, de 0 hasta el 5: la categoría de respuesta 0 indica que la manifestación del MMH expresada en el reactivo nunca sucedió, según la percepción del licenciado en enfermería que responde, lo que equivale al cuantificador de frecuencia “nunca”. La categoría de respuesta 5 es la de mayor frecuencia y equivale al cuantificador “siempre”.

A continuación corresponde señalar algunas consideraciones respecto de cómo la escala de estimación de frecuencia utilizada para todos y cada uno de los reactivos, finalmente posibilitará medir la variable de estudio.

Los participantes de la muestra respondieron con qué frecuencia percibieron lo que cada reactivo señala como manifestación del MMH en la organización sanitario-asistencial donde se desempeñan. A partir de la medición de las referidas frecuencias, el investigador elabora conclusiones sobre el nivel de presencia del MMH en distintas organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada según percepciones de licenciados en enfermería que allí se desempeñan. Es decir que se va desde un conjunto de medidas recolectadas que se corresponden con las frecuencia de cada reactivo, a una medida global inferida mediante análisis que se corresponde con el nivel de la variable de estudio. O sea, que a partir de la frecuencia recolectada de cada manifestación por separado del MMH se obtienen conclusiones sobre el nivel de presencia del MMH.

Este proceso consistente en estudiar una cualidad del todo (aquí, el nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan) a partir de otro tipo de cualidades de sus partes (aquí, la frecuencia con que cada una de estas manifestaciones sucede, según la percepción de los licenciados en enfermería), encuentra un robusto sustento en la literatura académica, al verificarse su uso aceptado en la investigación psicológica. Algunos ejemplos de esto son: a) medición del nivel de motivación de estudiantes de escuela secundaria para el estudio de matemática (Fiorella, Yoon, Atit, Power, Panther, Sorby, S., ... & Veurink, 2021); b) Cuestionario de Agresión de Buss y Perry, 1992, en Paz; Luname; Lumello; Galaverna, (2020); c) medición del nivel de autorregulación del estudiante que refiere a los esfuerzos de los estudiantes para controlar la atención frente a distracciones (Zalazar et al., 2021); d) medición del nivel de dilación académica que contiene afirmaciones que refieren a la tendencia del estudiante a perder el tiempo, posponer o hacer cosas que ya se han hecho (Furlan y Col., 2012, en Zalazar, et al., 2021); e) Escala de Estrés Percibido (PSS), diseñada para medir el grado en que las situaciones de la vida de una persona se valoran como estresantes (Cohen, Kamarck, Mermelstein, 1983).

c) De la conversión de la escala continua correspondiente a la puntuación obtenida por la administración del instrumento a la escala ordinal correspondiente al nivel de presencia del MMH.

Con fundamento en lo expresado precedentemente en los apartados a) y b) a continuación se presenta la tabla 7, que muestra los cuantificadores de frecuencia utilizados para todos y cada uno de los reactivos de la encuesta.

Al aplicarse la encuesta a la muestra de enfermeros, se promedia para cada uno de estos la puntuación que le da a los 39 reactivos según los cuantificadores de la referida tabla. Tal promedio pertenece a una escala continua o de razón que va de 0 (cero) a 5 (cinco). Luego, se promedia la totalidad de estas puntuaciones promedios, resultando un valor que también corresponde a una escala continua de 0 (cero) a 5 (cinco), referida globalmente a la variable MMH según es percibida por la muestra de enfermeros.

Para llevar esta escala continua a una escala ordinal (nivel de presencia del MMH), se divide la primera escala en cinco intervalos (Tabla 8). Primeramente se identifica el

punto medio de la primera escala: 2,5. Posteriormente, se generan cinco intervalos, los cuales –excepto el intermedio– tienen igual amplitud.

Para efectos comunicacionales, los intervalos son expresados en la Tabla 8 mediante dos tipos de notación. Los cinco intervalos se hacen corresponder con los cinco valores de la escala ordinal por la que se mide la variable de estudio. Así, el promedio general resultante del procesamiento del total de datos (total de reactivos en total de la muestra), se ubica en el intervalo correspondiente, determinándose el nivel observado de la presencia del MMH según los enfermeros que encuestados. Por ejemplo, si el promedio general resulta 3,2, el intervalo al que pertenece es (3 ; 4], representando un nivel alto de presencia del MMH.

Tabla 12. *Cuantificadores de frecuencia utilizados para todos y cada uno de los reactivos que componen la encuesta y sus correspondientes códigos numéricos.*

<b>Nunca sucede</b>	<b>Casi nunca sucede</b>	<b>De vez en cuando sucede</b>	<b>A veces sucede</b>	<b>Casi siempre sucede</b>	<b>Siempre sucede</b>
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Tabla 13. *Escala utilizada para determinar el nivel de la variable de estudio, en correspondencia con los cuantificadores de frecuencia utilizados para todos y cada uno de los reactivos que componen la encuesta. Analítica de intervalos*

Puntos mínimo, medio y máximo de la escala	mínimo 0,00	medio 2,5	máximo 5,00		
Intervalos	$0 \leq X < 1$	$1 \leq X < 2$	$2 \leq X \leq 3$	$3 < X \leq 4$	$4 < X \leq 5$
Intervalos	[0 ; 1)	[1 ; 2)	[2 ; 3]	(3 ; 4]	(4 ; 5]
Escala de la variable de estudio	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto

d) De la justificación de los intervalos de la escala de estimación para la variable de estudio:

Los intervalos decididos para la escala de la variable (ver tabla 8) se justifican por las siguientes razones:

1. Al hacer una partición en dos mitades de los valores de la escala continua que van entre 0 y 5, el punto medio de la escala de la variable de estudio es 2,5. Ese valor es también el punto medio de la categoría “nivel medio”. Esta categoría tiene un rango de amplitud que va desde 2,00 a 3,00 incluyendo ambos valores

2. A la izquierda de la categoría “nivel medio”, se ubica la categoría “nivel bajo”, la cual tiene el rango de amplitud [1 ; 2), el cual tiene como límites a 1, incluyéndolo, y 2, sin incluirlo.

3. A la derecha de la categoría “nivel medio”, se ubica la categoría “nivel alto”, la cual tiene un rango el amplitud (3 ; 4], con límites 3, no incluido, y 4, incluido.

4. A la izquierda de la categoría “nivel bajo”, se ubica la categoría “nivel muy bajo”, la cual tiene un rango de amplitud [0 ; 1), que inicia en 0, inclusive, y termina en 1, sin incluirlo. .

5. A la a derecha de la categoría “nivel alto”, se ubica la categoría “nivel muy alto”, la cual tiene un rango de amplitud (4 ; 5], el cual no incluye a 4 e incluye a 5.

Cada una de las 4 categorías que se ubican a ambos lados de la categoría central contiene la misma cantidad de valores posibles para la variable de estudio, y la categoría que ocupa el centro de la escala contiene un valor más: el centro de la escala: 2,5

La sumatoria de los valores de las 5 categorías recientemente indicadas es igual a la cantidad total de valores que componen la escala continua que va de 0 a 5.

La escala continua de promedio general de los resultados obtenidos por la aplicación del instrumento de recolección de datos a todos los participantes de la muestra para determinar el nivel de la variable de estudio, desde su categoría central hacia sus dos extremos, guarda total simetría aritmética, como así también en cuanto a la significación de cada categoría en términos del nivel de presencia del MMH que cada una de ellas representa.

e) De la forma de redacción de los reactivos

Se evaluó la conveniencia o no conveniencia de utilizar reactivos inversos o invertidos. Cuando se habla de escalas, los ítems inversos se pueden definir como aquellos que

tienen una direccionalidad opuesta a la lógica del constructo (Weijters & Baumgartner, 2012, en Solís Salazar, M., 2015). Los reactivos pueden invertirse creando frases que representen una negación de la dirección en la que va el significado del constructo, mediante el uso de la palabra "no" o adjetivos, adverbios, e incluso verbos que aportan una connotación negativa (Solís Salazar, M., 2015).

La lógica detrás de la utilización de ítems/reactivos inversos o invertidos es controlar las tendencias a responder con una actitud de aquiescencia que resulta en respuestas similares a una serie de ítems y también para reducir el aburrimiento del sujeto que responde (Harrison, 1993 en Lundgren, O., Garvin, P., Andersson, G., Jonasson, L., & Kristenson, 2018).

Existe abundante evidencia en la literatura científica de que el uso de reactivos invertidos y no invertidos en forma combinada en las escalas genera varianza de método (Williams, Ford & Nguyen, 2002 en Tomás; Sancho Requena; Oliver Germes; Galiana Llinares; Meléndez Moral, 2012). Se entiende tradicionalmente por varianza de método un modo de error que se presenta en forma sistemática como contaminación del dato que se busca levantar con el reactivo, debido a falla en el método de medición y no a variaciones que se corresponden con el rasgo objeto de la medición (Campbell & Fiske, 1959 en Tomas et al, 2012). Este efecto distorsivo se observó en campos como la psicología organizacional (Cordery & Sevastos, 1993; Harvey, Billings & Nilan, 1985; Idaszak & Drasgow, 1987; Kulik, Oldham & Langner, 1988, en Tomas 2012); también se observó en medidas de engagement (Ladd, Gordon, Beauvais & Morgan, 1982; Magazine, Williams & Williams, 1996 en Tomas 2012), como así también en mediciones de liderazgo (Schriesheim & Eisenbach, 1995 en Tomas 2012).

Particularmente para esta investigación, se consideró que la inclusión de ítems invertidos en escalas de autoinforme ha sido cuestionada y debatida como un posible riesgo de validez (Keyes, 2005, en Lundgren et al, 2018). En tal sentido, un cuestionamiento relevante que aplica al constructo del que da cuenta la presente investigación (MMH) es el que formulan Diener y Emmons, 1985, en Lundgren, et al (2018) en el sentido de que los afectos positivos y negativos no son extremos opuestos de una sola dimensión, sino dimensiones independientes de emociones, estados de ánimo y actitudes. En concordancia con esta afirmación, cabe señalar que todos y cada uno de los reactivos a modo de afirmaciones empleados en la escala diseñada para esta

investigación fueron redactados en modo directo, es decir que no hay ninguna afirmación invertida. Todas las afirmaciones van en la misma dirección de la significación del constructo “modelo médico hegemónico” (MMH). Todas las afirmaciones refieren a aspectos negativos o disfuncionales porque la literatura científica, cuando caracteriza al MMH, lo hace de manera altamente concordante mediante descripciones de atributos negativos. Es decir, no habría forma de referirse al modelo médico hegemónico (MMH) sino es a través de atributos negativos, porque estos son intrínsecamente constitutivos a este modelo, así se viene describiendo en la literatura académica desde que apareció el primer trabajo sobre este fenómeno hasta la actualidad. Si las afirmaciones que operan como reactivos de la escala diseñada para esta investigación se hubiesen redactado sin la carga negativa que ontológicamente le es propia al MMH, los datos que se hubieran levantando no serían empíricamente concordantes con la materialidad de este constructo (MMH).

Para mayor abundamiento en apoyo a la fundamentación precedente respecto de la no utilización de reactivos inversos en la presente investigación, caben destacar algunas consideraciones:

- 1) Existen abundantes investigaciones sobre percepciones que los trabajadores tienen respecto de las organizaciones donde trabajan; ejemplo de ello son la abundante cantidad de encuestas de clima organizacional. Por ejemplo, la OPS tiene una encuesta de clima organizacional que incluye un amplio número de indicadores de la variables, pero nada devela sobre las manifestaciones específicas del modelo médico hegemónico en la organización. Estas encuestas indagan, por ejemplo, sobre percepciones respecto del trabajo en equipo y la comunicación organizacional, entre otros tantos aspectos, pero nada reportan sus hallazgos respecto de cómo el MMH afecta la comunicación o el trabajo en equipo. Es decir las percepciones que pesquisan no refieren al MMH con sus atributos desplegados en el campo organizacional impactando en dimensiones tales como trabajo en equipo o comunicación organizacional. Ello significa que no es posible levantar datos sobre percepciones que refieran manifestaciones específicas del MMH con una escala que contenga afirmaciones que no remiten específicamente a los atributos constitutivos de este constructo (MMH), tal como la literatura académica los viene presentando de modo altamente concordante e invariable a través del tiempo.



desde sus primeras apariciones en los trabajos de Menéndez datadas por el año 1988 hasta el presente.

2) No obstante que todos y cada uno de los reactivos/afirmaciones están redactados en modo negativo en concordancia con los atributos constitutivos del constructo MMH, el sujeto que debe responder no ve en modo alguno afectado su libertad para decidir su posición frente a cada afirmación. Esto es así porque los valores previstos para que el sujeto vuelque su reacción frente a todas y cada una de las afirmaciones que expresan una manifestación del MMH, van desde la posibilidad de “nunca sucede” hasta “siempre sucede” , pasando por valores intermedios. Esto garantiza que el sujeto no se sienta forzado en modo alguno por efecto de sesgo de negatividad, pudiendo registrar lo que percibe respecto del MMH con el máximo rango de libertad posible que ofrece una escala con alternativas de respuestas basadas en cuantificadores de frecuencia.

3) Para finalizar la fundamentación de la forma en que las afirmaciones de la escala fueron redactadas, a continuación se presentan a modo de ejemplo dos casos de mediciones psicométricas donde los reactivos debieron necesariamente respetar y corresponderse con la propiedades intrínsecamente negativas del constructo que en cada caso se pretendió medir:

- El cuestionario de agresión, denominado en su idioma original Aggression Questionnaire (AQ) desarrollado por Buss y Perry. Mediante este cuestionario se obtiene una combinación de mediciones sobre componentes del constructo tales como pensamientos hostiles, estado de ira, estado de afectividad negativa en general, y preparación para la acción como tendencia a participar en un comportamiento agresivo. Este cuestionario es uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación e investigación acerca de este constructo (Matías, Andrade, Arenas, Cruz, & Ramírez , 2013).
- La lista de Malestares Psicosomáticos de Wisniewski, Naglieri & Mulick, instrumento desarrollado originalmente para adultos, y luego adaptado para niños. Es una escala de autorreporte que contiene 12 quejas psicosomáticas comunes, donde se les solicita a los niños, por medio de los reactivos, que califiquen cada síntoma según la frecuencia con la que se produce, lo que se combina con una escala de autopercepción de cuán intenso, malo o molesto

es cada malestar. Se aplica tanto para frecuencia como para intensidad de los malestares una escala Likert (Smith-Castro, 2014).

f) Respeto del ordenamiento de los reactivos

Se siguió en primer lugar un criterio de ordenación sobre el cual existe amplio consenso. Este criterio puede enunciarse genéricamente como “ir de menos a más”: desde lo más fácil de comprender a lo más difícil, desde lo menos controvertido a lo más controvertido, desde lo menos amenazante a lo más amenazante, desde lo menos comprometedor psicopolíticamente a lo más comprometedor, desde lo más comprometedor psicoafectivamente a lo menos comprometedor, desde lo más general a lo más específico (Ruiz-Bueno, 2009; Duverger, 1972; Hernández Sampieri, et al. 2014; Muñoz, 2003).

En cuanto al nivel de agrupamiento-dispersión de las afirmaciones/reactivos se verificó en la literatura académica dos posturas. Por un lado autores como, por ejemplo, Muñoz (2003) sostienen la conveniencia de la agrupación temática de los reactivos con el fin de que el sujeto que responde no se desoriente con tantos saltos temáticos. Se debe procurar que todas las preguntas sobre un aspecto o dimensión figuren juntas en el cuestionario, guardando un orden temporal, lógico y psicológico. Por otro lado autores como Méndez y Peña, 2007 en Echauri, et al, (2012) sostienen que se debe evitar la agrupación de ítems relativos a un mismo tema proponiendo integrar los ítems a la escala seleccionando uno de cada aspecto a evaluar, combinándolos y alternando uno por cada aspecto. Todo ello con fundamento en evitar la repetición temática y su consecuente efecto en la fatiga del participante y en el accionamiento de su intuición sobre lo que debe o es adecuado responder. Para la presente investigación se adoptó este último criterio, con fundamento en que el dato que se pretendió pesquisar presenta mejores condiciones de calidad si el sujeto que está respondiendo lo hace focalizando su atención en cada afirmación, una a una, respecto de las distintos tipos de manifestaciones que el MMH presenta en las organizaciones sanitario-asistenciales, evitándose de este modo la inercia que provoca responder varias preguntas seguidas sobre una misma temática. Además, se evita que el sujeto que está respondiendo instale en su mente una noción de globalidad que emerja del agrupamiento de reactivos por cada dimensión de la variable de estudio, situación que conllevaría a una probable

contaminación o contagio entre las respuestas que corresponden a los reactivos que pertenecen a una misma dimensión.

A estos fundamentos de orden estrictamente psicométrico, debe sumarse que no es interés de esta investigación medir dimensiones de la variable de estudio, sino más bien todos y cada uno de los reactivos específicos que están expresando, cada uno de ellos, una manifestación del MMH que puede ser percibida por el licenciado en enfermería y que están dando cuenta de la presencia de este constructo en el campo organizacional.

A continuación se presenta una tabla 9 conteniendo el ordenamiento inicial de reactivos agrupados por dimensiones y el nuevo ordenamiento dispuesto conforme el orden de aparición en el formulario de encuesta, en base a los criterios recientemente expuestos en el presente literal f).

Tabla 14. *Ordenamiento final de los reactivos en el formulario de encuesta, luego de aplicar los criterios de menos a más y de mezcla por desagrupamiento.*

Reactivos ordenados y agrupados por dimensión	Nuevo número asignado al reactivo para su nueva ubicación en el formulario de encuesta
DIMENSIÓN COMUNICACIÓN	
1.- La modalidad de comunicación empleada por el personal médico afecta negativamente la coordinación y el trabajo en equipo del personal de enfermería.	38
2.- La modalidad de comunicación empleada por el personal médico, genera malos entendidos que causan errores de trabajo en las actividades de Enfermería.	24
3.- La modalidad de comunicación empleada por el personal médico, afecta negativamente las relaciones interpersonales en el personal de enfermería, provocando conflictos entre pares y con jefes.	32
4.- La modalidad de comunicación empleada por el personal médico, afecta negativamente la comunicación entre el personal de enfermería y el paciente.	6
5.- La modalidad de comunicación empleada por el personal médico, afecta negativamente la comunicación entre el personal de enfermería y el familiar del paciente.	36

6.- La modalidad de comunicación empleada por el personal médico, afecta negativamente el estado de ánimo del personal de enfermería.	8
7.- La modalidad de comunicación empleada por el personal médico afecta negativamente el trabajo interdisciplinario entre el personal médico y el personal de enfermería.	28
8.- La modalidad de comunicación empleada por el personal médico afecta negativamente la comunicación entre el personal de enfermería y los demás actores del equipo de salud.	19
DIMENSIÓN INCLUSIÓN-EXCLUSIÓN	
9.- El personal médico, de modo injustificado, no participa al personal de enfermería de decisiones que afectan la gestión de los servicios.	3
10.- Los comités donde se toman decisiones sobre la gestión de enfermería están integrados mayoritariamente por personal médico y con insuficiente o nula presencia de personal de enfermería.	15
11.- El personal médico limita al personal de enfermería el acceso a información necesaria para el desarrollo de sus funciones.	34
12.- El personal médico no informa a las enfermeras y enfermeros sobre cuestiones que son de incumbencia profesional del personal de enfermería.	1
13.- El personal médico, de modo injustificado, no participa al personal de enfermería de decisiones que afectan el tratamiento del paciente.	18
14.- El personal médico, de modo injustificado, no incluye al personal de enfermería en la recorrida de sala.	22
15.- El personal médico, de modo injustificado, no incluye al personal de enfermería en el análisis de los procesos de gestión, donde las enfermeras y enfermeros tienen información útil que aportar para una mejor eficiencia y calidad de los servicios.	35
DIMENSIÓN VALORACIÓN PROFESIONAL	
16.- El personal médico, de modo injustificado, no considera las observaciones que hace el personal de enfermería sobre la evolución del estado de salud del paciente.	31
17.- El personal médico, de modo injustificado, no considera observaciones del enfermero sobre el funcionamiento operativo de los servicios.	12

18.- El personal médico no lee las evoluciones de los pacientes que realiza el personal de enfermería.	16
19.- El personal médico indica al personal de enfermería la realización de tareas sin el respaldo documental o las autorizaciones formales correspondientes que debe proveerle.	37
20.- El personal médico indica al personal de enfermería la realización de tareas sobre las cuales las enfermeras y enfermeros, por derecho, tienen autonomía por tratarse de las llamadas “tareas independientes de enfermería”.	21
21.- El personal médico muestra insuficiente conocimiento de las incumbencias profesionales del personal de enfermería.	33
22.- El personal médico, hace prevalecer su tiempo por sobre el tiempo del personal de enfermería, sin importar la urgencia de las tareas de uno u otro.	2
23.- El personal médico le obstaculiza al personal de enfermería la puesta en práctica de la visión holística del paciente con la cual enfermeras y enfermeros fueron formados.	7
24.- El personal médico indica al personal de enfermería la realización de tareas que no corresponden a las incumbencias profesionales de Enfermería.	23
25.- El personal médico indica al personal de enfermería no hacer tareas que están dentro de la autonomía profesional de las enfermeras y enfermeros.	5
26.- Cuando hay que determinar las causas de eventos adversos, la opinión del personal médico se impone por sobre la opinión del personal de enfermería, de manera injustificada.	39
<b>DIMENSIÓN INTROMISIÓN Y DESPLAZAMIENTO</b>	
27.- El personal médico toma decisiones sobre cuestiones que son de incumbencia exclusiva del personal de enfermería en cuanto a la organización de los servicios.	30
28.- El personal médico toma decisiones sobre cuestiones que son de incumbencia exclusiva del personal de enfermería en cuanto al cuidado del paciente.	10
29.- La opinión del personal médico sobre el desempeño de las enfermeras y enfermeros tiene más peso que las opiniones de los jefes de enfermería.	9

30.- El personal médico firma autorizaciones que le corresponde firmar al personal de enfermería	25
31.- Los cargos de alta dirección están ocupados predominantemente por personal médico, con escasa o nula presencia de enfermeras y enfermeros.	4
32.- El personal médico, de modo injustificado, interfiere en la aplicación de sanciones disciplinarias al personal de enfermería.	20
33.- El personal médico, de modo injustificado, interfiere en decisiones y tareas que corresponden al personal de enfermería respecto de la gestión de insumos.	14
34.- El personal médico interfiere, de modo injustificado, en la capacitación del personal de enfermería.	11
35.- El personal médico, de manera injustificada, concentra el aprovechamiento de la oferta de actividades de formación destinadas al equipo de salud, restándoles posibilidades al personal de Enfermería.	27
36.- El personal médico, de manera injustificada, interfiere en el dimensionamiento y planificación de las dotaciones de personal de los servicios de enfermería.	13
7.- El personal médico, de manera injustificada, ejerce liderazgo en el Área de Enfermería, desplazando al Director de Enfermería, Gerente o al Jefe del Departamento de Enfermería, o a las enfermeras y enfermeros responsables de los servicios.	29
38.- El personal médico, de modo injustificado, ejerce un fuerte predominio en la relación con la cúpula directiva de la organización sanitario-asistencial, desplazando al personal de enfermería de esta relación y poniéndolo en desventaja.	17
39.- La asignación de espacios físicos y equipos favorece de modo injustificado al personal médico por sobre el personal de enfermería.	26

### **Validez de contenido del instrumento de recolección de datos**

Al instrumento se le aplicó una Prueba de Validez de Contenido mediante Criterio de Expertos. Según Aiken 1980, en Mayaute (1988), esta técnica ha sido por excelencia la empleada para evaluar la validez de contenido de las pruebas psicológicas.

Se siguió el criterio informado en Escobar & Cuervo (2008), mediante el cual la validez de contenido será lograda recolectando y procesando la “opinión informada de personas con trayectoria en el tema que son reconocidas por otros como expertos cualificados y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones” (p. 29). Se obtuvieron

opiniones de 11 expertos siguiendo los criterios de inclusión que a continuación se detallan: a) experiencia en la profesión de enfermería con un mínimo de 10 años en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública y de gestión privada, b) formación académica con mínimo grado de maestría; c) disponibilidad y motivación para participar respondiendo con agrado a la invitación del investigador; d) no tener ningún tipo de relación ni familiar ni lazo de amistad con el investigador. El detalle de los expertos con una breve presentación de los mismos se encuentra en el Anexo I.

Para la recolección de las opiniones de los 11 jurados se diseñó especialmente un Formulario de Registro de Juicio Experto, en el cual los expertos volcaron sus valoraciones cualitativas y cuantitativas respecto de la validez de contenido del instrumento.

El modelo de invitación por correo electrónico a los expertos se encuentra en anexo II. El modelo de correo electrónico dirigido a los expertos agradeciendo la aceptación de la invitación e informando sobre las instrucciones para la validación de contenido del instrumento se encuentra en anexo III. El modelo de Formulario de Registro de Juicio Experto enviado por correo electrónico a los expertos se encuentra en Anexo IV

Posteriormente a la recolección de las valoraciones de los expertos, se realizó un análisis cualitativo de las mismas mediante una técnica interpretativa de sus observaciones (Robles, 2018). Como resultado de este análisis y en la medida que se consideraron adecuadas las propuestas de cambios, la redacción de algunos reactivos cambiaron respecto de sus redacciones en versión la original enviada a los expertos. De este modo se modificaron reactivos que contenían la expresión “enfermero” cambiándola por “personal de enfermería”, “comunicación del médico” por “forma de comunicación del médico”, “moral de trabajo” por “estado de ánimo”; se eliminó en algunos reactivos el término “de modo injustificado”, conservándolo en otros; se agregó el cargo de Director de Enfermería en los reactivos que contenían indicación de jerarquías en el área de enfermería.

Respecto de las observaciones de los expertos proponiendo el agregado de algún reactivo, las mismas fueron evaluadas, dando como resultado la incorporación de 5 nuevos reactivos. Estos reactivos agregados fueron numerados con los códigos 8, 13, 14, 16 y 18. Esto dio como resultado el aumento de la cantidad de reactivos de 34 a 39.

El detalle de las observaciones formuladas por los expertos y las decisiones tomadas por el investigador respecto a cada una de ellas, están presentadas en el Anexo V.

Para resolver la cuantificación de las valoraciones de los jueces, y disponiendo de distintas alternativas, se decidió aplicar al instrumento una prueba mediante el coeficiente de V de Aiken (V). Esto se fundamenta en la opinión de Mayaute (1988) quien explica que en un modelo donde actúan 10 expertos como mínimo, se llegó a la conclusión que el coeficiente V de Aiken es el más adecuado para determinar la validez de contenido de una prueba psicológica. En el caso de la presente investigación se contó con la participación de 11 expertos.

Siguiendo el procedimiento señalado en Mayaute (1988), se solicitó a los expertos la aprobación o desaprobación de la inclusión de cada ítem/reactivo en el instrumento. La cuantificación de la validez de cada reactivo quedó expresada en valores entre 0 y 1, siendo 1 el valor que indica mayor nivel de validez de contenido del reactivo. En idéntico modo, para la valoración de cada dimensión integrada por un conjunto de reactivos, se aplicaron los valores entre 0 y 1. Los puntajes asignados por los expertos como así también los resultados de la prueba V de Aiken se pueden observar en los anexos que van de VI a X.

En cuanto al nivel de acuerdo entre los expertos que es requerido para considerar como válido un reactivo o una dimensión (conjunto de reactivos) para un número de 10 expertos, se siguió el criterio indicado en Mayaute (1988): aceptar como válido solo los ítems o dimensiones que arrojen como resultado de la prueba V de Aiken un valor de 0,80 como mínimo. A medida que se tenga un grupo de jueces mayor a 10, será necesario que el nivel de concordancia entre ellos sobre cada reactivo sea algo menor (Mayaute, 1988). Por ello el valor de la prueba con más de 10 expertos podría dar como aceptable un coeficiente menor a 0,80. No obstante a ello, teniendo en esta investigación 11 expertos participando en la prueba, y pudiendo tomar como aceptable un valor menor a 0,80 se decidió mantener este valor en post de un mayor aseguramiento de la calidad del instrumento. Como resultado de la prueba ningún reactivo tuvo que ser eliminado por presentar un valor de V de Aiken menor a 0,80.

A pesar de que no es interés de esta investigación validar las dimensiones, sino todos y cada uno de los reactivos que están expresando cada uno de ellos una manifestación del MMH que puede ser percibida por el licenciado en enfermería, cabe señalar que



ninguna dimensión (conjunto de reactivos) obtuvo un valor menor a 0,80 en la Prueba de V de Aiken.

Finalizada la validación de contenido del instrumento por el método de juicio de experto tanto en su fase cualitativa como cuantitativa, el resultado fue el siguiente: se cambió la redacción de los reactivos en los términos antes indicados, se mantuvieron los 34 reactivos sometidos a valoración por juicio experto, y se agregaron los 5 reactivos antes indicados no previstos inicialmente en el instrumento de recolección de datos.

Fórmula utilizada (Aiken 1980, en Mayaute, 1988):

$$V = \frac{\sum s}{[n(c-1)]}$$

V = valor resultante de V de Aiken.  
 $\sum s$  = sumatoria de calificaciones de los expertos.  
n = número de expertos.  
c = cantidad de valores de la escala utilizada por los expertos.

A los fines de la aplicación de la correspondiente fórmula de V de Aiken, el código 1 de la escala que aplicaron los expertos fue convertido a código 0. En igual sentido se convirtieron el resto de los valores de la escala restándole 1 al valor originario de cada categoría. Como podrá apreciarse en la tabla siguiente, esta operación en modo alguno alteró lo que cada categoría de respuesta expresaba en sus descripciones, manteniéndose la escala en 4 categorías.

Tabla 15. *Equivalencias entre los códigos numéricos de las categorías de respuesta para prueba de juicio experto y los códigos numéricos para aplicación de la fórmula de V de Aiken.*

<b>1</b> La afirmación o la dimensión en ninguna medida cumple con el criterio	<b>2</b> La afirmación o la dimensión presenta un bajo nivel de cumplimiento con el criterio	<b>3</b> La afirmación o la dimensión presenta un moderado nivel de cumplimiento con el criterio	<b>4</b> La afirmación o la dimensión presenta un alto nivel de cumplimiento con el criterio
<b>0</b> La afirmación o la dimensión en ninguna medida cumple con el criterio	<b>1</b> La afirmación o la dimensión presenta un bajo nivel de cumplimiento con el criterio	<b>2</b> La afirmación o la dimensión presenta un moderado nivel de cumplimiento con el criterio	<b>3</b> La afirmación o la dimensión presenta un alto nivel de cumplimiento con el criterio

### Fiabilidad del instrumento de recolección de datos

Para el estudio de la fiabilidad se emplearon los mismos datos que los utilizados para el logro de los objetivos de esta investigación. Esto se debe a la falta de factibilidad temporal de escoger dos muestras representativas de la población: una para prueba piloto y la otra para la variable de estudio. Se administró una prueba de Alfa de Cronbach. Tal como se señala en Hernández Sampieri et al (2014), respecto de la interpretación de este coeficiente una puntuación que supera el valor de 0.75, es considerada aceptable y un valor que supera la puntuación 0,90 es elevada.

Como muestra la Tabla 16, el resultado que arrojó la prueba para este instrumento es 0,971, es decir que el nivel de fiabilidad es elevado. Asimismo se destaca que ese nivel de fiabilidad fue alcanzado sin necesidad de eliminar ningún reactivo, toda vez que fueron procesados los 34 reactivos que originalmente pasaron por la prueba V de Aiken, más los 5 reactivos que se agregaron por recomendación de los expertos, en total 39 elementos.

Tabla 16. *Consistencia interna mediante Prueba de Alfa de Cronbach*

Resumen de procesamiento de casos – Salida del SPSS		
	N	%
Casos Válido	98	100,0
Excluido <sup>a</sup>	0	,0
Total	98	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,971	39

### Administración del instrumento de recolección de datos.

Se enviaron 467 encuestas por correo electrónico a licenciados en enfermería que están cursando, o dejaron de cursar (por haberse graduado o por haber abandonado) la Maestría en Gerenciamiento Integral de Servicios de Enfermería que se dicta en la Universidad Maimónides en su Sede del Barrio de Caballito. Aceptaron la invitación y respondieron la encuesta 98 participantes voluntarios. Los envíos se iniciaron el 13-10-2021, con un segundo envío de recordatorio el 20-10-2021, y se recibieron encuestas

respondidas hasta el 25-10-2021, último día de carga en la matriz de datos.

El modelo de invitación cursada por correo electrónico a las 467 licenciados en enfermería consultados para participar respondiendo la encuesta, está presentado en el anexo XI.

El modelo de agradecimiento, confirmación del consentimiento informado, y envío de encuesta cursado por correo electrónico a los 98 participantes voluntarios que aceptaron participar, está presentado en el anexo XII.

El modelo de formulario de encuesta enviado por correo electrónico para ser completado por los 98 participantes voluntarios que aceptaron participar, está presentado en el anexo XIII.

El modelo de agradecimiento por responder la encuesta, y envío de documento académico adjunto en retribución por su participación a los 98 voluntarios está presentado en el Anexo XIV.

### **Procesamiento y Análisis de Datos**

Los datos recogidos fueron procesados y sometidos a análisis estadístico mediante el software SPSS. El nivel de la variable de estudio fue calculado en base a la media (complementada con la desviación estándar), siendo su valor resultante el valor promedio obtenido de la puntuación general surgida como promedio de los valores que resultaron de la totalidad de las encuestas procesadas.

Se llevaron a cabo estudios de normalidad en forma previa a los análisis de correlaciones. Como resultado de las pruebas de normalidad se determinó la presencia de distribución no normal en una o más de las variables a correlacionar, por lo que se aplicaron pruebas de correlación y de comparación no paramétricas.

El listado de los 98 participantes voluntarios que respondieron la encuesta, con sus respectivos números de orden en la matriz de datos, se presenta en el anexo XV. La matriz con los datos cargados de las variables poblacionales se presenta en el anexo XVI. La matriz con los de datos cargados de la variable de estudio se presenta en el anexo XVII.

## 7. Resultados

### **Nivel de presencia percibida del modelo médico hegemónico en instituciones sanitario-asistenciales del AMBA según licenciados en enfermería.**

El objetivo específico 1 fue determinar el nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, a partir de datos recolectados durante el mes de octubre de 2021.

Como muestra la tabla 17, la media de puntuaciones es  $= 2,887$ , con  $\sigma = 1,052$ . La media indica que el nivel de presencia percibida del MMH se ubica en la categoría de la escala “nivel medio”, toda vez que se encuentra en el intervalo [2 ; 3]. La desviación estándar obtenida está indicando que la distribución de puntuaciones tiene una dispersión intermedia: la mayoría de las puntuaciones se aleja de la media en una medida menor a su mitad.

Tabla 17. *Valores de variable de estudio. Mínimo, máximo, media y desviación estándar del nivel de presencia del modelo médico hegemónico.*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Nivel de presencia del MMH	98	,26	4,77	2,8865	1,05192
N válido (por lista)	98				

Como consecuencia de los resultados informados en la presente tabla no se acepta H1 : “El nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, a partir de datos recolectados durante el mes de octubre de 2021, es alto o muy alto”.

No obstante lo anteriormente señalado respecto de la no aceptación de H1, se destaca que la media obtenida (2,887) implica que el valor promedio de la variable en estudio se ubica en el decil 9 de la categoría “nivel medio” [2 ; 3], lo que la acerca considerablemente a la categoría de la escala inmediata superior, es decir “nivel alto”, a la cual le corresponde el intervalo (3 ; 4].

Como muestra la siguiente tabla 18, los reactivos 26, 4, 33, 17, 39, 27, 21, y 22

conforman el 20% del total de reactivos que obtuvieron el promedio general de puntuaciones más alto. Ello tiene implicancias en términos del análisis de la variable de estudio que serán tratados más adelante en el Capítulo 8, dedicado a discusión y conclusiones.

Tabla 18. *Valores de variable de estudio. Promedio general de puntuaciones para los reactivos. Corte en el 20% que obtuvo mayor puntuación*

Número del reactivo en el formulario de encuesta	Promedio general de puntuaciones obtenido	Descripción del reactivo tal como está redactado en el formulario de encuesta
26	4,28	26.- La asignación de espacios físicos y equipos favorece de modo injustificado al personal médico por sobre el personal de enfermería.
4	4,27	4.- Los cargos de alta dirección están ocupados predominantemente por personal médico, con escasa o nula presencia de enfermeras y enfermeros.
33	3,88	33.- El personal médico muestra insuficiente conocimiento de las incumbencias profesionales del personal de enfermería.
17	3,81	17.- El personal médico, de modo injustificado, ejerce un fuerte predominio en la relación con la cúpula directiva de la organización sanitario-asistencial, desplazando al personal de enfermería de esta relación y poniéndolo en desventaja.
39	3,72	39.- Cuando hay que determinar las causas de eventos adversos, la opinión del personal médico se impone por sobre la opinión del personal de enfermería, de manera injustificada.
27	3,66	27.- El personal médico, de manera injustificada, concentra el aprovechamiento de la oferta de actividades de formación destinadas al equipo de salud, restándoles posibilidades al personal de Enfermería.
2	3,64	2.- El personal médico, hace prevalecer su tiempo por sobre el tiempo del personal de enfermería, sin importar la urgencia de las tareas de uno u otro.
22	3,59	22.- El personal médico, de modo injustificado, no incluye al personal de enfermería en la recorrida de sala.

### Estudio de normalidad de las distribuciones de puntuaciones

Para el cumplimiento a los objetivos 2 a 6, se requieren estudios previos de correlación. Los estadísticos a emplear para dichos estudios dependen de la normalidad de las distribuciones de los datos obtenidos. A continuación se presentan los correspondientes estudios de normalidad. Dado que la muestra es de 98 puntuaciones y este valor es superior a 50 se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Tabla 19. *Distribución de puntuaciones de la variable nivel de presencia percibida del MMH.*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
Nivel de presencia del MMH	,103	98	,012

La Tabla 19 presenta la salida del SPSS para la prueba de Kolmogorov-Smirnov para la variable nivel de presencia del MMH. Dado que  $p < 0,05$ , se rechaza la hipótesis de normalidad de la muestra de puntuaciones del nivel de presencia percibida del MMH. Este resultado puede observarse en la Figura 1, la cual ilustra la diferencia formal entre la distribución de las puntuaciones de la variable de estudio y la curva normal.

Figura 6. Relación entre la distribución de las puntuaciones de la variable nivel de presencia percibida del MMH y la curva normal

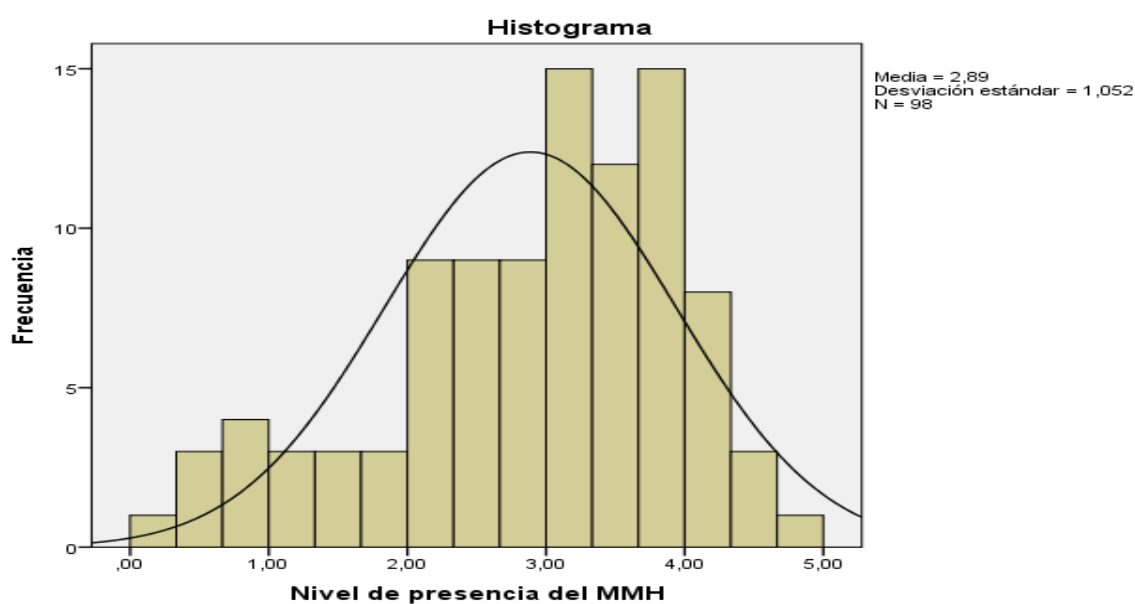
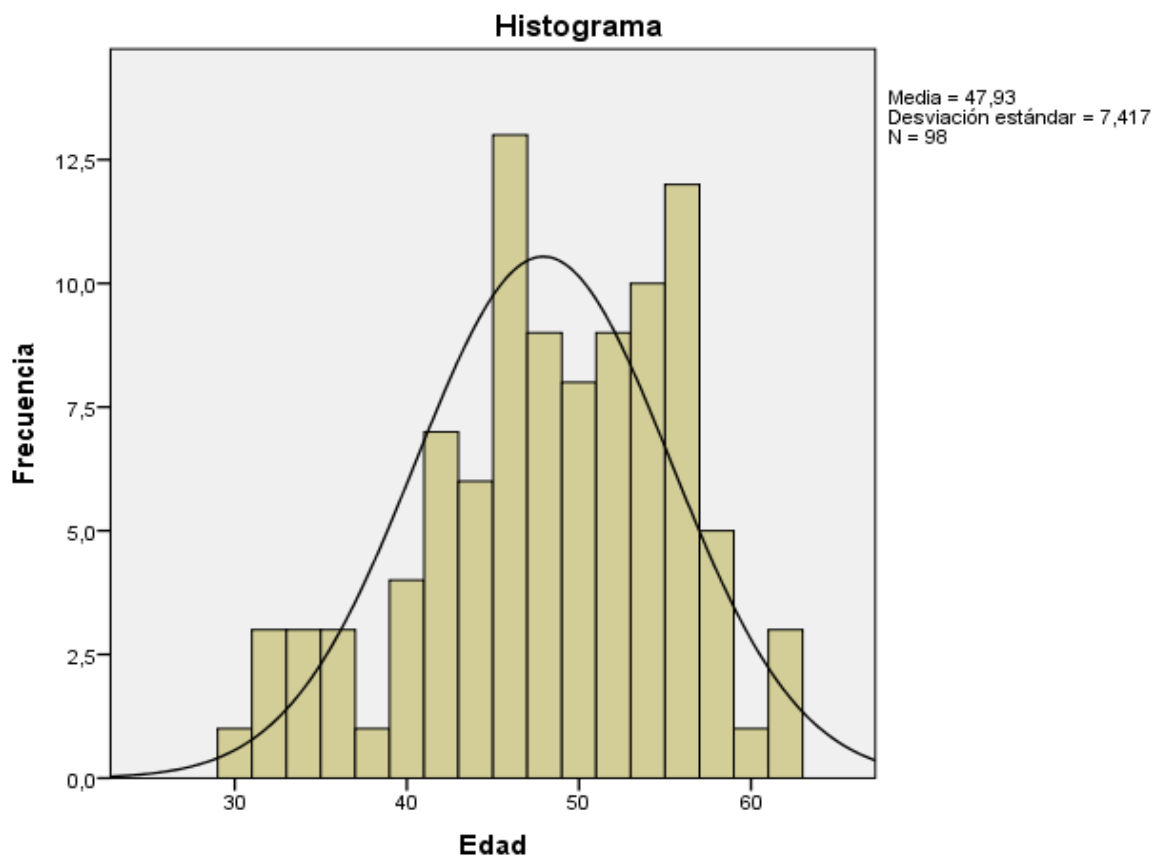


Tabla 20. *Distribución de puntuaciones de la variable edad.*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
Edad	,089	98	,052

La Tabla 20 presenta la salida del SPSS para la prueba de Kolmogorov-Smirnov para la variable edad. Dado que  $p > 0,05$ , se acepta la hipótesis de normalidad de la muestra de puntuaciones de la variable edad. Nótese que el grado de significancia (0,052) es levemente mayor que 0,05, por lo que la normalidad es aceptada pero no acentuada. Véase la Figura 2, la cual muestra que la distribución de la variable se asemeja, pero poco, a la curva de normalidad.

Figura 7. Relación entre la distribución de las puntuaciones de la variable edad y la curva normal.

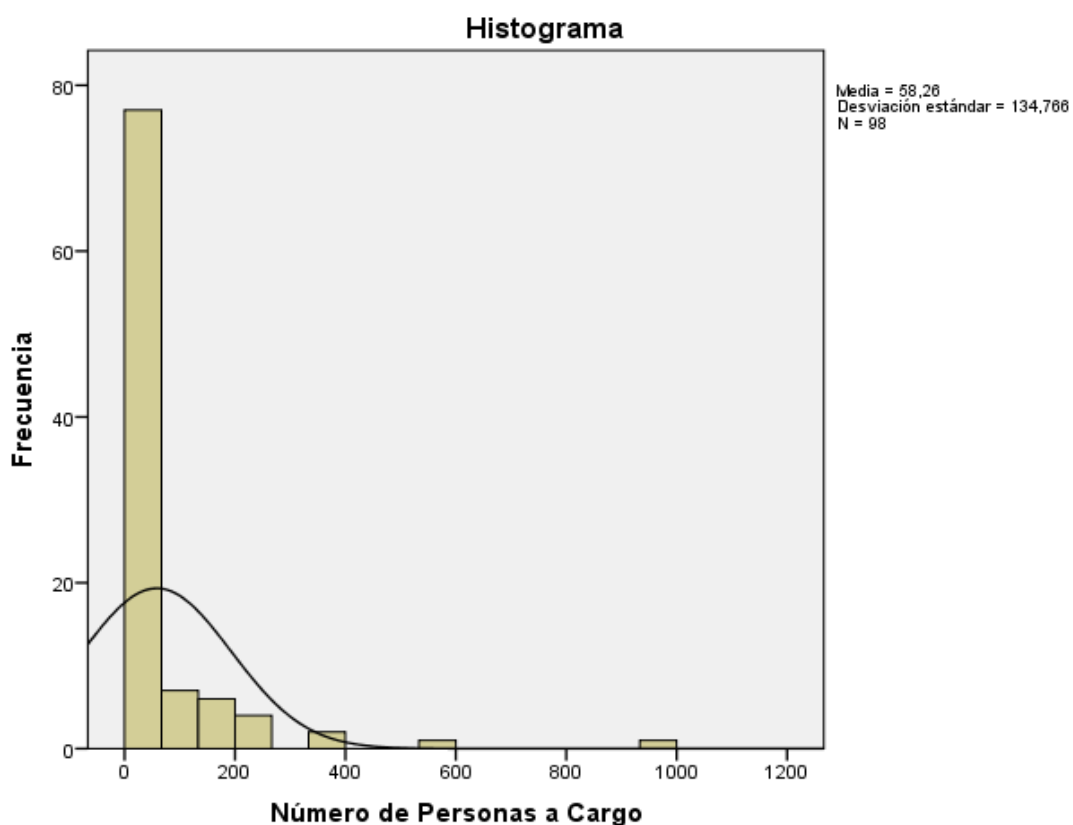


La Tabla 21 presenta la salida del SPSS para la prueba de Kolmogorov-Smirnov para la variable número de personas a cargo. Dado que  $p < 0,05$ , se rechaza la hipótesis de normalidad de la muestra de puntuaciones de la variable cantidad total de personas a cargo. El notable bajo grado de significancia (0,000) indica una alta diferencia entre la distribución de las puntuaciones y una curva normal. Esto se observa en la Figura

Tabla 21. *Distribución de puntuaciones de la variable cantidad total de personas a cargo*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
Número de personas a cargo	,333	98	,000

Figura 8. Relación entre la distribución de las puntuaciones de la variable cantidad total de personal a cargo y la curva normal.





La Tabla 22 presenta la salida del SPSS para la prueba de Kolmogorov-Smirnov para la variable en estudio, en los grupos según el sexo. Dado que para el grupo de mujeres,  $p < 0,05$ , se rechaza para el mismo la hipótesis de normalidad de la variable nivel de presencial del MMH. Dado que para el grupo de hombres,  $p > 0,05$ , se acepta para el mismo la hipótesis de normalidad de la variable nivel de presencial del MMH.

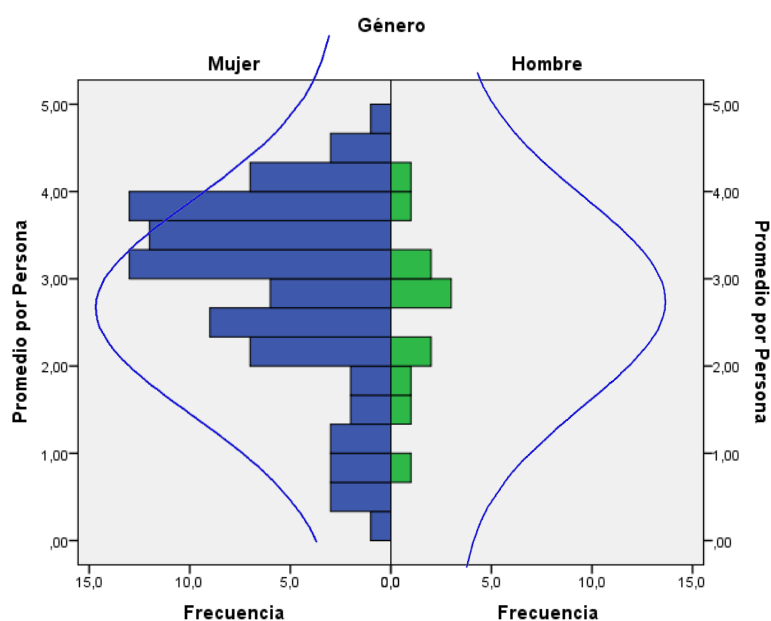
Tabla 22. *Distribución de puntuaciones de la variable nivel de presencial percibida del MMH según sexo.*

Prueba de Normalidad*				
	Sexo	Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
Nivel de presencial del MMH	Mujer	,118	85	,005
	Hombre	,126	12	,200

\* Nivel de presencial percibida del MMH es constante cuando Sexo = Otro. Se ha omitido.

Esta diferencia de resultados: normalidad para la distribución de puntuaciones en el grupo de hombres y no normalidad en el grupo de mujeres, se observa en la Figura 4. Nótese que el histograma de la izquierda tiene una forma alejada de una curva normal, mientras que el de la derecha, aunque aplanado, se acerca a esta.

Figura 9. Distribuciones de puntuaciones de la variable de estudio en los grupos de mujeres y hombres



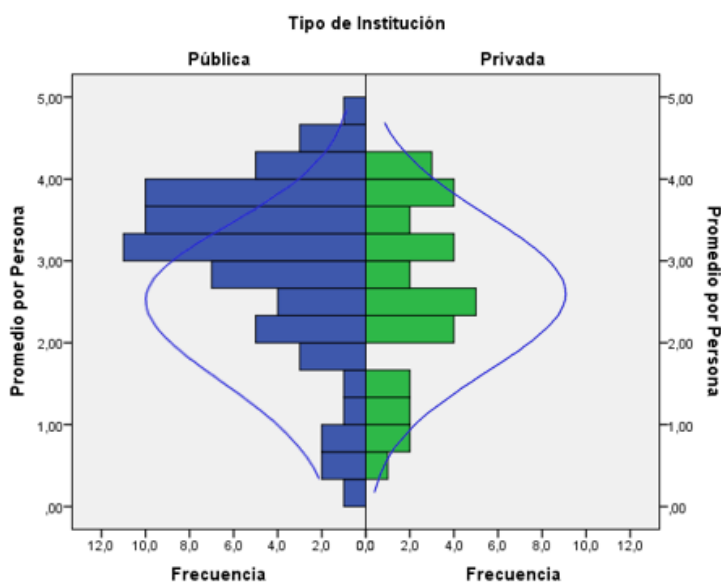
La Tabla 23 presenta la salida del SPSS para la prueba de Kolmogorov-Smirnov para la variable en estudio, en los grupos según el tipo de institución donde se trabaja. Dado que para el grupo que trabaja en instituciones públicas,  $p < 0,05$ , se rechaza para el mismo la hipótesis de normalidad de la variable nivel de presencia percibida del MMH. Dado que para el grupo que trabaja en instituciones privadas,  $p > 0,05$ , se acepta para el mismo la hipótesis de normalidad de la variable nivel de presencia percibida del MMH.

Tabla 23. *Distribución de puntuaciones de la variable nivel de presencia percibida del MMH según tipo de institución*

Prueba de normalidad		Kolmogorov-Smirnov		
	Tipo de Institución	Estadístico	gl	Sig.
Nivel de presencia del MMH	Pública	,112	66	,040
	Privada	,096	32	,200

Esta diferencia de resultados: normalidad para la distribución de puntuaciones en el grupo que trabaja en instituciones privadas y no normalidad en el grupo que trabaja en instituciones públicas, se observa en la Figura 5. Nótese que el histograma de la izquierda tiene una forma alejada de una curva normal, mientras que el de la derecha, aunque aplanado, se acerca a esta.

Figura 10. *Distribuciones de puntuaciones de la variable de estudio según se trabaja en instituciones públicas o privadas*



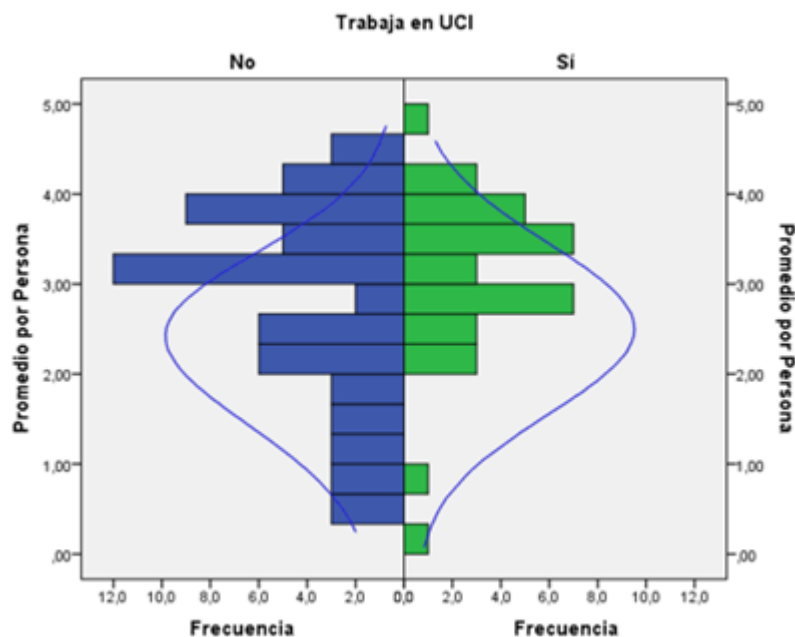
La Tabla 24 presenta la salida del SPSS para la prueba de Kolmogorov-Smirnov para la variable en estudio, en los grupos según se trabaja o no en la UCI. Dado que para el grupo que no trabaja en la UCI,  $p < 0,05$ , se rechaza para el mismo la hipótesis de normalidad de la variable nivel de presencial del MMH. Dado que para el grupo que trabaja en la UCI,  $p > 0,05$ , se acepta para el mismo la hipótesis de normalidad de la variable nivel de presencial del MMH.

Tabla 24. *De la distribución de puntuaciones de la variable nivel de presencia percibida del MMH según se trabaja o no en la UCI*

	Trabaja en UCI	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
		Estadístico	gl	Sig.
Nivel de presencia del MMH	No	,127	63	,013
	Sí	,132	35	,127

Esta diferencia de resultados: normalidad para la distribución de puntuaciones en el grupo que trabaja en instituciones privadas y no normalidad en el grupo que trabaja en instituciones públicas, se observa en la Figura 5. Nótese que el histograma de la izquierda se aleja más de la curva normal que el de la derecha, pudiéndose ver que se acerca.

Figura 11. *Distribuciones de puntuaciones de la variable de estudio según se trabaje o no se trabaje en unidades de cuidados intensivos (UCI)*



De acuerdo con los estudios de normalidad presentados, para todos los análisis de correlaciones se aplicaron pruebas no paramétricas. Ello, debido a que, en cada caso, una o más de las variables a correlacionar presentaron una distribución no normal.

Las correlaciones entre las variables categóricas (género, tipo de institución donde se trabaja y trabajo o no en la UCI) por una parte, y la variable de estudio, por otra, se realizaron mediante técnicas de comparación de medias. Diferencias de medias entre los grupos por variable categórica serían indicadores de una correlación entre dicha variable y la variable de estudio, mientras que similitudes de medias, lo serían de ausencia de correlación.

### **Relación entre el tipo de organización y nivel de presencia percibida del modelo médico hegemónico**

El objetivo específico 2 fue determinar la relación entre el nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, y el tipo de organización donde ellos trabajan según sea de gestión pública o de gestión privada, a partir de datos recolectadas durante el mes de octubre de 2021.

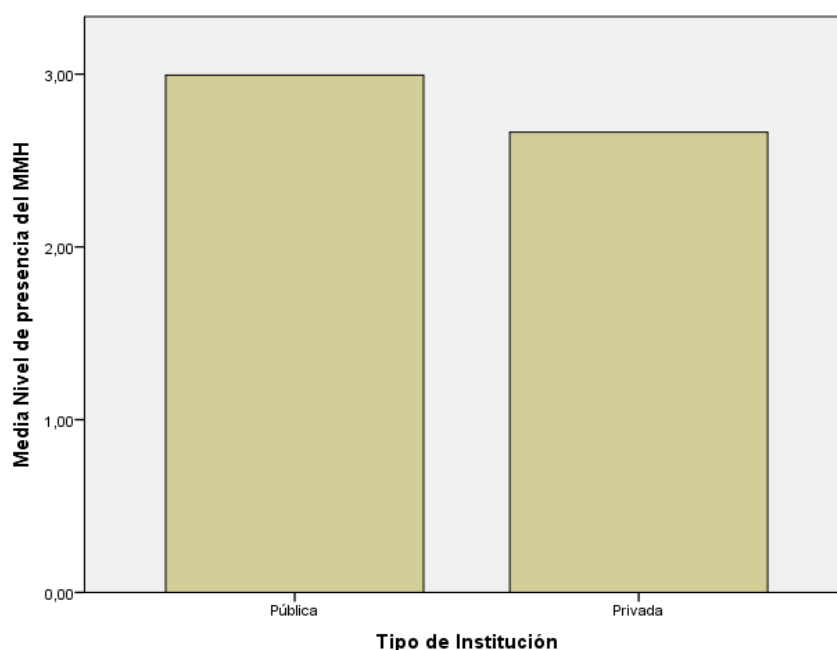
Se aplica la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para comparación de las medias del nivel de presencia percibida del MMH según se trabaje en organización sanitario-asistencia de gestión pública o de gestión privada.

Tabla 25. *Correlación tipo de institución - nivel de presencia percibida del MMH*

Resumen de contrastes de hipótesis			
Hipótesis Nula	Prueba	Sig.	Decisión
La distribución de Nivel de presencia percibida del MMH es la misma entre las categorías Tipo de institución sanitario-asistencial	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	0,163	Conserve la hipótesis nula
Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es 0,05			

La tabla 25 muestra que la U de Mann-Whitney arroja un  $p = 0,163 > 0,05$ , por lo que se no se acepta H2. Dado que no hay una diferencia significativa entre las medias del grupo que trabaja en instituciones públicas y del que trabaja en instituciones privadas, se concluye la no existencia de correlación entre el tipo de organización sanitario-asistencial en la que el licenciado en enfermería trabaja (de gestión pública o de gestión privada) y el nivel de presencia percibido del MMH.

*Figura 12.* Correlación tipo de institución - nivel de presencia percibida del MMH. El gráfico ilustra la cercanía de las medias de los dos grupos.



### **Relación entre la cantidad total de personal a cargo y nivel de presencia percibida del modelo médico hegemónico**

El objetivo específico 3 fue determinar la relación entre el nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, y la cantidad total de personal a su cargo, a partir de datos recolectadas durante el mes de octubre de 2021.

Se emplea la prueba no paramétrica Rho de Spearman porque las distribución de las muestras no son normales.

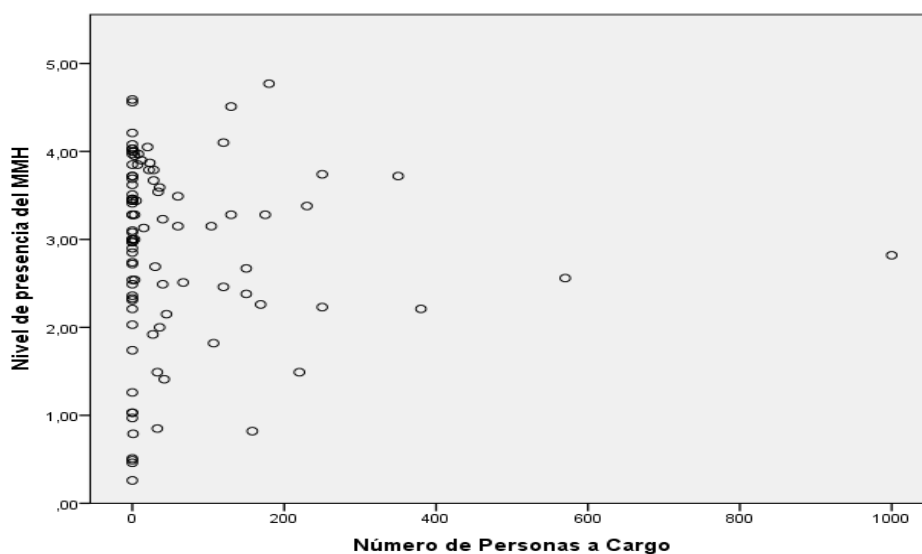
Tabla 26.a. *Correlación número total de personas a cargo – nivel de presencia percibida del MMH*

Correlaciones			Nivel de presencia del MMH	Número de Personas a Cargo
Rho de Spearman	Nivel de presencia del MMH	Coeficiente de correlación	1,000	-,031
		Sig. (bilateral)	.	,763
		N	98	98
	Número de Personas a Cargo	Coeficiente de correlación	-,031	1,000
		Sig. (bilateral)	,763	.
		N	98	98

Como muestra la tabla, el coeficiente Rho de Spearman = -0,31, cercano a cero; por otra parte, se considera que  $p = 0,761 > 0,05$ , por lo que no se acepta H3, toda vez que no existe correlación entre las variables número total de personas a cargo y nivel de presencia percibido del MMH.

El siguiente gráfico de dispersión que se presenta en Fig. 5 muestra la ausencia de correlación entre dichas variables.

Figura 13. *Correlación número total de personas a cargo – nivel de presencia percibida del MMH*



Dada la existencia de un valor notablemente atípico (1.000 personas a cargo), a continuación se presenta el cálculo de esta correlación suprimiendo los datos de la persona para la que se registra dicho valor. La siguiente tabla muestra la salida de SPSS:

Tabla 26.b. *Correlación número total de personas a cargo – nivel de presencia percibida del MMH, con exclusión del valor atípico*

Correlaciones			Nivel de presencia del MMH	Número de Personas a Cargo
Rho de Spearman	Nivel de presencia del MMH	Coefficiente de correlación	1,000	-,023
		Sig. (bilateral)	.	,821
		N	97	97
Número de Personas a Cargo	Número de Personas a Cargo	Coefficiente de correlación	-,023	1,000
		Sig. (bilateral)	,821	.
		N	97	97

Como muestra la tabla, los estadísticos se mantienen cercanos a los obtenidos con toda la data: el coeficiente Rho de Spearman = -0,23, cercano a cero; por otra parte, se considera que  $p = 0,821 > 0,05$ . Aun suprimiendo el valor extremo, se mantiene la no aceptación de H3, toda vez que no existe correlación entre las variables número total de personas a cargo y nivel de presencia percibida del MMH.

#### **Relación entre sexo y nivel de presencia percibida del modelo médico hegemónico**

El objetivo 4 fue determinar la relación entre el nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, y su sexo, a partir de datos recolectadas durante el mes de octubre de 2021.

Se empleó la Técnica Anova de 1 Vía - prueba Kruskal-Wallis por tratarse de la comparación de más de dos muestras independientes (las muestras de las tres categorías sexos reportados).

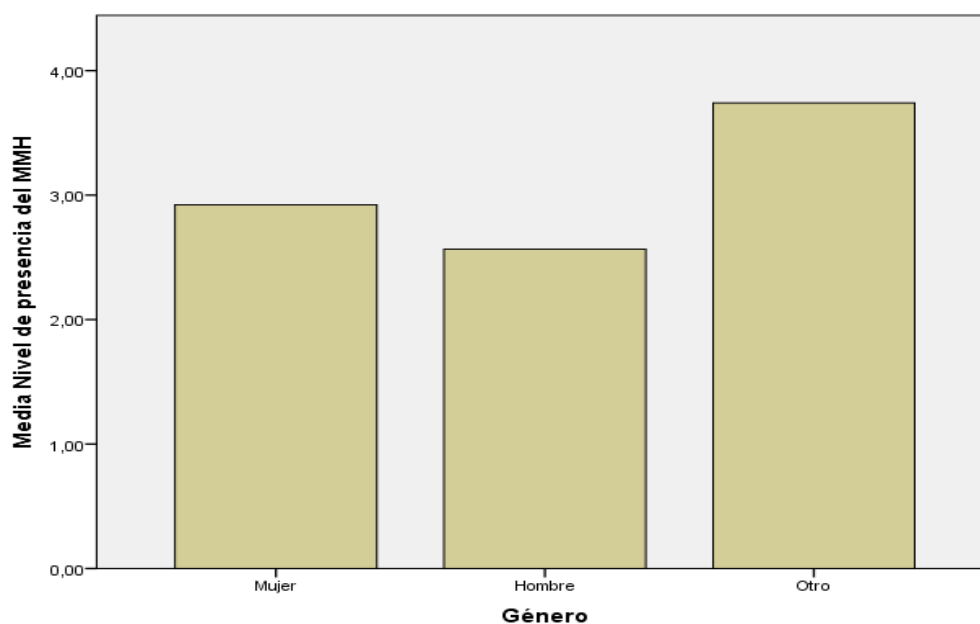
Tabla 27. *Correlación sexo – nivel de presencia percibida del MMH*

Resumen de contrastes de hipótesis			
Hipótesis Nula	Prueba	Sig.	Decisión
La distribución de Nivel de presencia percibida del MMH es la misma entre las categorías de Género.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,267	Conserve la hipótesis nula

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es 0,05

La tabla muestra que la ANOVA de 1 vía de Kruskal-Wallis arroja un  $p = 0,267 > 0,05$ , por lo que no se acepta H4. Dado que no hay una diferencia significativa entre las medias de los grupo según el sexo, se concluye la no correlación entre el sexo y el nivel de presencia percibida del MMH. La Figura 6 ilustra la similitud entre las medias de los grupos.

Figura 14. *Correlación sexo – nivel de presencia percibida del MMH mediante comparación de las medias de los grupos.*





### Relación entre edad y nivel de presencia percibida del modelo médico hegemónico

El objetivo específico 5 fue determinar la relación entre el nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, y su edad, a partir de datos recolectadas durante el mes de octubre de 2021. Se empleó la prueba no paramétrica Rho de Spearman porque las distribución de las muestras no son normales.

Tabla 28. *Correlación Edad – nivel de presencia percibida del MMH*

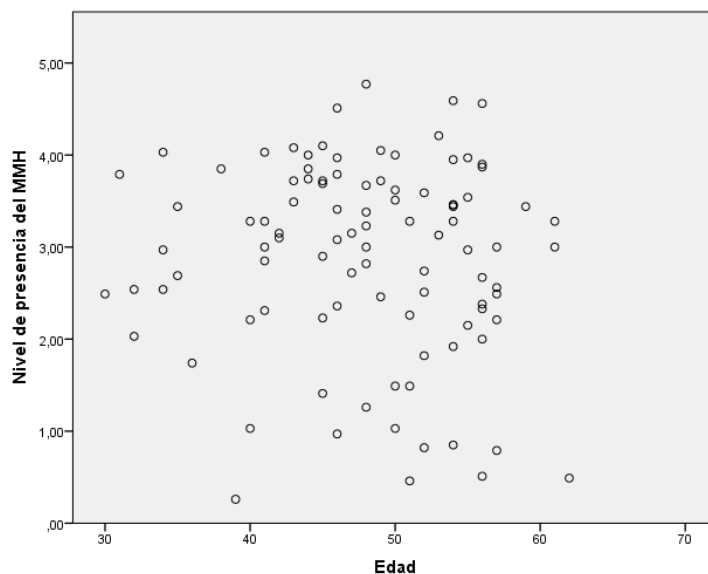
#### Correlaciones

			Edad	Nivel de presencia percibida del MMH
Rho de Spearman	Edad	Coefficiente de correlación	1,000	-,091
		Sig. (bilateral)	.	,371
		N	98	98
Nivel de presencia del MMH		Coefficiente de correlación	-,091	1,000
		Sig. (bilateral)	,371	.
		N	98	98

Como muestra la tabla, el coeficiente Rho de Spearman= -0,091, cercano a cero; por otra parte, se observa que  $p = 0,371 > 0,05$ . No se acepta  $H_5$ , toda vez que no existe correlación entre las variables edad y nivel de presencia percibida del MMH.

El siguiente gráfico de dispersión que se presenta en la Fig.7 muestra la ausencia de correlación entre dichas variables.

Figura 15. Correlación edad – nivel de presencia percibida del MMH



### Relación entre trabaja o no trabaja en UCI y nivel de presencia percibida del modelo médico hegemónico

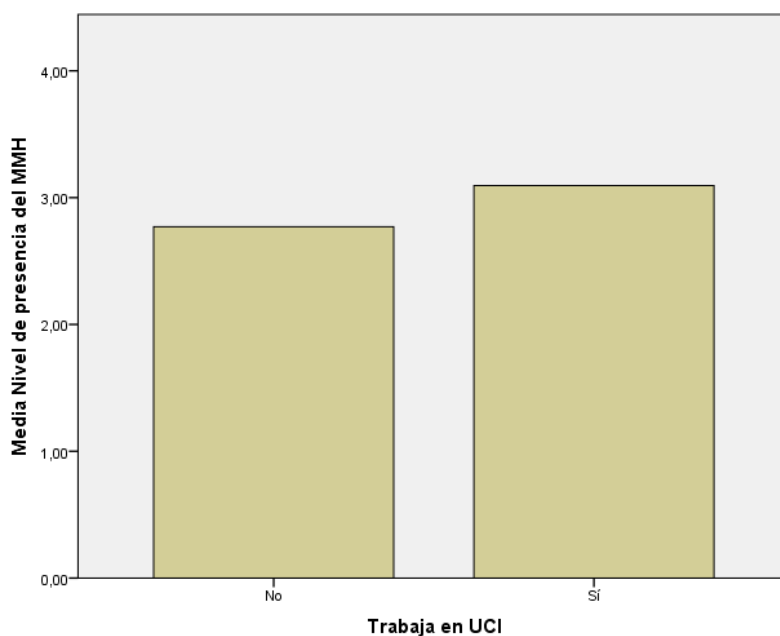
El objetivo específico 6 fue determinar la relación entre el nivel de presencia del MMH en organizaciones sanitario asistenciales de gestión pública o privada del AMBA según la frecuencia de sus manifestaciones percibidas por licenciados en enfermería que allí se desempeñan, y el área donde prestan servicio según sea o no en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), a partir de datos recolectadas durante el mes de octubre de 2021. Se aplica la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney para comparación de las medias del nivel de presencia percibida del MMH, según se trabaje o no en UCI.

Tabla 29. Correlación trabajar o no en UCI – nivel de presencia percibida del MMH

Resumen de contrastes de hipótesis			
Hipótesis Nula	Prueba	Sig.	Decisión
La distribución de Nivel de presencia percibida del MMH es la misma entre las categorías de Trabaja en UCI.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	0,181	Conserve la hipótesis nula
Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es 0,05			

La tabla muestra que la U de Mann-Whitney arroja un  $p = 0,181 > 0,05$ . Dado que no hay una diferencia significativa entre las medias de los grupo según se trabaje o no en la UCI, no se acepta  $H_6$ : no no hay correlación entre la condición de trabajar o no en UCI y el nivel de presencia percibida del MMH. El siguiente gráfico presentado en la Figura 8 ilustra la cercanía de las medias de los dos grupos.

*Figura 16.* Correlación trabajar o no en UCI – nivel de presencia percibida del MMH



## **8. Discusión, conclusiones, líneas de investigación y trabajo a futuro**

### **Discusión**

Los hallazgos permitieron conocer que el nivel de presencia percibida del MMH en la muestra estudiada no alcanza a los niveles alto o muy alto, por lo que no fue aceptada H1. No obstante se destaca que la media obtenida (2,887) implica que el valor promedio de la variable en estudio se ubica en el decil 9 de la categoría “nivel medio” [2 ; 3], lo que la acerca considerablemente a la categoría de la escala inmediata superior, es decir “nivel alto”, a la cual le corresponde el intervalo (3 ; 4]. Esto permite confirmar la vigencia del modelo médico hegemónico en las organizaciones sanitario-asistenciales a partir de la presencia de sus manifestaciones específicas, según la muestra de estudio. Esta conclusión es concordante con lo señalado oportunamente por Menéndez (2020), quien en uno de sus recientes artículos referido en las investigaciones preliminares de esta tesis, analiza la posibilidad de que el modelo médico hegemónico siga perpetuándose cambiando sus formas de manifestación acorde a entornos de alta tecnología y aumento de la esperanza de vida de los seres humanos. Este autor concluye en su artículo que, si bien se observan cambios sustantivos en cuanto al ejercicio de la medicina científica, las características y funciones del MMH hegemónico se mantienen. La vigencia del MMH, evidenciada empíricamente mediante los hallazgos, es concordante con el interés que en la actualidad mantiene la comunidad académica sobre este modelo y sus manifestaciones. Como ya fue apuntado en las indagaciones preliminares, se verificó una significativa actividad académica sobre este constructo en búsquedas avanzadas realizadas el 24/7/2021 en Google Académico bajo las ecuaciones “modelo médico hegemónico”, y ”modelo médico hegemónico” y “enfermería”, en ambos casos para publicaciones fechadas entre 2019 y 2021, dando como resultado un total de 984 fuentes de las cuales 239 corresponden a ”modelo médico hegemónico” y “enfermería”.

El valor de variable obtenido como media (2,887) muestra un resultado promedio que resume las percepciones sobre todos los reactivos a los que fue expuesta la muestra estudiada, es decir resume las percepciones sobre las 39 manifestaciones del MMH con las cuales se construyó la escala. No obstante, hay un conjunto de manifestaciones que concentran las más altas puntuaciones obtenidas como promedio general de cada reactivo. Como muestra la tabla 18 los reactivos 26, 4, 33, 17, 39, 27, 21, y 22

conforman el 20% del total de reactivos que obtuvieron el promedio general de puntuaciones más alto. El detalle de las puntuaciones recibidas por estos reactivos es el siguiente: 4,28 es la puntuación del reactivo que refiere a manifestaciones del MMH percibidas como inequidad en la asignación de espacios de trabajo favoreciendo al personal médico por sobre el personal de enfermería. La puntuación 4,27 la obtuvo el reactivo que refiere a la ocupación de los cargos de alta dirección por parte de los médicos, con escasa o nula participación del personal de enfermería de modo injustificado. La puntuación 3,88 la obtuvo el reactivo que refiere al desconocimiento por parte del personal médico de las incumbencias profesionales del personal de enfermería. La puntuación 3,81 la obtuvo el reactivo que refiere al predominio del médico en la relación con la cúpula directiva de la organización poniendo en desventaja al personal de enfermería. La puntuación 3,72 la obtuvo el reactivo que refiere al modo que tiene la organización de determinar las causas de los eventos adversos, donde la opinión del personal médico se impone por sobre la opinión del personal de enfermería, de manera injustificada. La puntuación 3,66 la obtuvo el reactivo que refiere a que el personal médico acapara el aprovechamiento de la oferta de capacitación destinadas al equipo de salud, restándoles posibilidades al personal de Enfermería. La puntuación 3,64 la obtuvo el reactivo que refiere a que el personal médico, hace prevalecer su tiempo por sobre el tiempo del personal de enfermería, sin importar la urgencia de las tareas de uno u otro. La puntuación 3,59 la obtuvo el reactivo que refiere a que el personal médico, de modo injustificado no incluye al personal de enfermería en la recorrida de sala.

Estas manifestaciones del MMH recientemente detalladas muestran los contenidos socialmente problemáticos más relevantes percibidos por los licenciados en enfermería que integran la muestra, con relación al impacto de este modelo en el clima organizacional de las organizaciones sanitario-asistenciales donde se desempeñan. Estos contenidos socialmente problemáticos son coherentes con los planteos teóricos de la Sociología de las Profesiones (Panaia, 2008), toda vez que están referidos a: relaciones de competitividad entre actores profesionalmente comprometidos, pujas por establecer el valor económico y el precio social de sus competencias, situaciones de monopolización de tareas y de servicios, dinámicas de conflicto para reivindicar derechos sobre el ejercicio de una actividad, dinámicas de conflicto y fuerzas de

normatización para alcanzar las diferenciaciones e identidades profesionales con su correspondiente correlato jurídico y administrativo (Panaia, 2008).

En cuanto a las problemáticas implicadas en el fenómeno del poder en las organizaciones, cabe destacar la coherencia que presentan los contenidos socialmente problemáticos implicados en los hallazgos con relación a los planteos teóricos que se encuentran en la Microfísica del Poder desarrollada por Foucault (1992), toda vez que estos hallazgos implican acciones mediante las cuales el personal médico incide sobre las posibilidades de acción del personal de enfermería. Esta noción de la microfísica del poder (Foucault, 1992), se completa teóricamente con la idea expresada por el mismo autor mediante la cual afirma que donde hay acción de poder siempre hay acción de reacción. En concordancia teórica con esta idea relativa a formas de reacción en respuesta a las acciones de poder, se destaca lo señalado oportunamente en Paynton (2008): aunque gran parte del poder formal en las organizaciones sanitarias reside en los médicos, los enfermeros ejercen estrategias de poder informales en el desempeño de su rol. Este señalamiento respecto de la acción de reacción en el flujo de las relaciones de poder se menciona al sólo efecto completar lo presentado sobre la microfísica del poder (Foucault, 1992), toda vez que esta investigación sólo provee hallazgos respecto de las acciones de poder del médico que inciden sobre las posibilidades de acción del personal de enfermería, y no sobre las acciones de reacción del personal de enfermería sobre el personal médico.

Estos hallazgos presentes en los reactivos que obtuvieron el promedio general de puntuaciones más alto, son consistentes también con la caracterización que de modo concordante se viene haciendo del MMH en la literatura académica. Este constructo ha recibido caracterizaciones que refieren a nociones tales como: saberes y teorías que colocan como subalterna a cualquier forma de abordaje de la problemática salud-enfermedad (Menéndez, 1988), asimetría y autoritarismo (Menéndez, 1988); desestimación del juicio clínico del enfermero sobre el paciente (Peet, Theobald & Douglas, 2019); déficit comunicacional e imposiciones arbitrarias (Nogueiras Alcaayaga, 2018); toma de decisiones supeditadas al personal médico relegando a los demás profesionales de salud a un plano secundario (Nowicki, 2015); el poder médico como obstaculizador del diálogo para la mejora de los servicios (Espinosa Cortés et al, 2009).

Todas estas nociones constitutivas del constructo MMH encontraron su verificación empírica en las puntuaciones de los reactivos precedentemente señalados.

El 20% de la muestra que obtuvo la puntuación promedio de respuesta a la escala más baja está representado por los siguientes valores: 0,25; 0,46; 0,48; 0,51; 0,79; 0,82; 0,84; 0,97. Estos valores corresponden cada uno a 8 licenciados en enfermería que han percibido una elevada cantidad de reactivos como “nunca sucede”. Estos hallazgos se ponen a discusión toda vez que, no serían coherentes con los resultados de las contrastaciones empíricas y teóricas que se han obtenido respecto de la vigencia del MMH en las organizaciones sanitario-asistenciales. Esto se sustenta en lo siguiente: la matriz de datos muestra que en este subgrupo de la muestra se marcaron en total 190 valores = 0, siendo el valor más alto de marcas en 0 por persona = 33 y el valor más bajo = 12. De esto resulta que cada una de estas 8 personas marcaron en promedio 24 de los 39 reactivos en 0. Esto significa que para un 20% de la muestra en estudio, al 62% de los reactivos en promedio le correspondió la categoría de respuesta “nunca sucede”. Es decir, para el 20% de la muestra en estudio, el 62% en promedio de las manifestaciones del MMH presentadas en la escala nunca fueron percibidas. Estos hallazgos son concordantes con los planteos teóricos del Análisis Institucional en cuanto a lo negado y a lo reprimido que refiere a contenidos socialmente problemáticos operantes en la organización pero que permanecen ocultos en el discurso organizacional de lo no dicho por la fuerza de lo instituido que no los deja aflorar.

Según Caranegra (2017), el Análisis Institucional (AI) trabaja sobre las relaciones de poder, el conflicto social y el cambio social. Se vale de hechos o personas que tienen la capacidad de operar como “analizadores” develando o haciendo evidente la relación de dominación que tiene el instituido sobre el instituyente. El analizador desnuda el conflicto, hace que se hable de lo no dicho, poniéndolo en escena. (Capanegra, 2017).

Mediante los analizadores el AI se devela lo reprimido de la institución, provocando una puesta en escena de ello, con el fin instrumental de armonizar las tensiones que se producen en las relaciones sociales durante los procesos de institucionalización surgidos de la confrontación de lo instituyente con lo instituido (Petit, 1984).

Esta ausencia, este olvido, esto que es reprimido, que es negado, que no aflora en el discurso organizacional, encuentra una significativa concordancia en el campo de las

problemáticas institucionales con lo que Chomsky (2017) denominó las no historias y las no personas.

Continuando con el planteo teórico precedente sobre lo reprimido, lo no dicho y la negación en el campo organizacional, cabe presentar un punto de discusión sobre la aportación que el enfoque de la complejidad de Edgard Morín podría hacer sobre estas problemáticas institucionales. A esta altura de la discusión se puede afirmar que el MMH luce como una problemática institucional asociada a contenidos sociales problemáticos y complejos. En esta línea de discusión luce pertinente la reflexión aportada por Ojeda (2017), con base en el enfoque de la complejidad, al plantear la importancia de preguntarse cuál es la relación que una organización tiene con la complejidad; ¿qué hace con ella?: ¿la estudia?, ¿la niega?, ¿la acepta?, ¿la degrada o sea la simplifica?, ¿la mata, o sea la elimina?, ¿la entiende?, ¿la maquilla?

Para cerrar esta discusión sobre la negación, el olvido institucional, y los contenidos sociales problemáticos y complejos que subyacen en una organización, luce pertinente presentar lo que Brookfield (2017) señala respecto de la hegemonía médica, cuando afirma que ella necesita del consentimiento y legitimación de las personas sobre las cuales recae, incluso cuando, quienes son los destinatarios de dicha hegemonía, su mismo consentimiento y legitimación del otro los pone en desventaja. De este modo, destaca el autor que cuando la hegemonía opera en el entorno clínico, evita que el personal de enfermería desafíe el statu quo hegemónico. Los supuestos hegemónicos son vistos por el personal de enfermería como operando a su favor para apoyar sus intereses, cuando en realidad los supuestos hegemónicos, por el contrario, los dañan y sirven para mantener intacto un sistema irracional y perjudicial (Brookfield, 2017). En esta misma línea de observación señala Peet et al. (2019) que el personal de enfermería mantiene su opresión cuando acepta la premisa de las ideologías dominantes en la organización de su trabajo en el marco de una cultura organizacional que no valora el proceso de vigilancia de enfermería.

Con respecto al constructo clima organizacional (CO), los reactivos 26, 4, 33, 17, 39, 27, 21, y 22 que conforman el 20% del total de reactivos que obtuvieron el promedio general de puntuaciones más alto, presentan concordancia con lo señalado en la literatura académica por Chiang, Salazar, Núñez (2007), quienes recogen del constructo CO dos cualidades definidas que se mantienen de forma constante: a) el clima



organizacional se mide a partir de percepciones, y b) dichas percepciones son de tipo descriptivas. En modo coherente con estas definiciones encontradas en Chiang, Salazar, Núñez (2007), los hallazgos muestran que se han levantado percepciones sobre distintos aspectos de las organizaciones sanitario-asistenciales vinculados a las manifestaciones del MMH, y que estas percepciones se anclaron en descripciones que están materializadas en los reactivos. Es decir, los hallazgos dan cuenta de la organización percibida y no de la organización real, tal como se sostiene en el modelo de CO para las organizaciones sanitario-asistenciales de la OPS (1998). Asimismo, la contrastación teórica de los hallazgos presenta concordancia con la definición completa de CO que se presenta en Chiang et al (2007) integrando los aportes de Rousseau (1988) y Schneider y Reichers (1983), en la cual el CO “son las descripciones individuales del marco social o contextual del cual forma parte la persona, son percepciones compartidas de políticas, prácticas y procedimientos organizacionales, tanto formales como informales” (P.63). Esta concordancia señalada se basa en que los hallazgos antes mencionados dieron cuenta del clima organizacional en cuanto percepciones que implican políticas, prácticas, y procedimientos organizacionales tanto formales como informales.

Respecto del nivel de presencia percibida del modelo médico hegemónico, según el tipo de organización sanitario-asistencial, U de Mann-Whitney arrojó un  $p = 0,163 > 0,05$ , por lo que no hay una diferencia significativa entre las medias del grupo que trabaja en instituciones públicas y del que trabaja en instituciones privadas concluyéndose la no existencia de correlación entre tipo de organización sanitario-asistencial en la que el licenciado en enfermería trabaja (de gestión pública o de gestión privada) y nivel de presencia percibido del MMH. El interés por conocer la relación que pudiera existir entre la variable de estudio y el ambiente organizacional donde se desempeña el licenciado en enfermería (según sea de gestión pública o privada), se fundamentó en las muy dispares normas de regulación laboral que existen entre estos dos tipos de organizaciones. Estas diferencias estarían creando condiciones materiales, normativas, y psicosociales propias y diferentes en cuanto a clima organizacional para cada tipo de organización.

Respecto del nivel de presencia percibida del modelo médico hegemónico, según la cantidad total de personal a cargo, resultó Rho de Spearman =  $-0,31$ , cercano a cero; por otra parte,  $p = 0,761 > 0,05$ , por lo que se concluyó la no existencia de correlación entre

cantidad total de personal a cargo y nivel de presencia percibido del MMH. El interés por conocer la relación que pudiera existir entre la variable de estudio y la cantidad de personal a cargo se fundamentó en la influencia que pudieran haber tenido en el nivel de presencia percibida del MMH, la asignación y asunción de mayores responsabilidades, como así también la situación de un posicionamiento más alto en la pirámide jerárquica de la organización y acceso a la toma de decisiones.

Respecto del nivel de presencia percibida del modelo médico hegemónico, según sexo, la ANOVA de 1 vía de Kruskal-Wallis arrojó un  $p = 0,267 > 0,05$ , por lo que se concluyó que no hay correlación entre el sexo y el nivel de presencia percibida del MMH. El interés por conocer la relación que pudiera existir entre la variable de estudio y el sexo se fundamentó en la influencia que pudieran haber tenido en el nivel de presencia percibida del MMH, la situación de patriarcado señalada oportunamente en el capítulo de indagaciones preliminares en la relación médico varón y enfermera mujer en el contexto operante del MMH en las organizaciones sanitario-asistenciales.

Respecto del nivel de presencia percibida del modelo médico hegemónico, según edad, Rho de Spearman arrojó  $= -0,091$ , cercano a cero; por otra parte, se observó que  $p = 0,371 > 0,05$ , llegándose a la conclusión de que no existe correlación entre las variables edad y nivel de presencia percibida del MMH. El interés por conocer la relación que pudiera existir entre la variable de estudio y la edad se fundamentó en la influencia que pudieran haber tenido en el nivel de presencia percibida del MMH, los cambios que han presentado en el tiempo los modelos de formación en enfermería, y con ello los posibles cambios de paradigma en cuanto al enfoque de la relación del personal médico con el personal de enfermería. A ello se estaría sumando el impacto de los nuevos contextos organizacionales propios de la postmodernidad y su posible efecto en la formación de nuevos perfiles psico-socio-profesionales de las personas que eligen la profesión de enfermería.

Respecto del nivel de presencia percibida del modelo médico hegemónico, según si se trabaja o no en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) la U de Mann-Whitney arrojó un  $p = 0,181 > 0,05$ , por lo que se concluyó que no hay correlación entre la condición de trabajar o no en UCI y el nivel de presencia percibida del MMH. El interés por conocer la relación que pudiera existir entre la variable de estudio y si se trabaja o no en UCI se fundamentó en la influencia que pudieran haber tenido en el nivel de presencia

percibida del MMH, las condiciones especiales en las que el personal de salud desarrolla las tareas en las llamadas Unidades de Cuidados Intensivos. La normativa aplicable a las unidades de cuidados intensivos (UCI) en cuanto a las características de organización y funcionamiento de estos servicios, como así también el tipo de formación y experiencia requerida al personal de salud que allí se desempeña, son muy específicos y propios de la actividad asistencial de un “área cerrada”. En la normativa aplicable a estos servicios se destaca la presencia en forma constante del riesgo de vida del paciente y la necesidad de atención constante por parte del médico y del licenciado en enfermería.

Las discusiones sobre los hallazgos referidos al nivel de la variable de estudio (media = 2,887), como así también al 20% del total de reactivos que obtuvieron el promedio general de puntuaciones más alto, y al 20% de la muestra en estudio que obtuvo la puntuación promedio de respuesta a la escala más baja, aplican de igual modo respecto de las variables poblacionales. Esto es así porque no existe correlación entre la variable de estudio y las variables poblacionales tipo de organización-sanitario asistencial, cantidad total de personal a cargo, sexo, edad, y desempeñarse o no en UCI. Esto posibilitó una segunda confirmación de la vigencia del modelo médico hegemónico en las organizaciones sanitario-asistenciales a partir de la presencia de sus manifestaciones específicas, según la muestra de estudio.

## **Conclusiones**

Las conclusiones que seguidamente serán presentadas surgen luego de haber considerado los resultados arrojados por esta investigación, como así también la discusión de los mismos.

Cabe aclarar que, momento de las conclusiones, el autor debe hacer una legítima y necesaria apropiación de todo lo abrevado en el proceso de investigación tanto en los aspectos teóricos como empíricos e instrumentales. En orden a ello, las conclusiones que se presentarán a continuación son de autoría y responsabilidad directa del investigador, por lo que no les serán atribuidas a ningún autor.

1. La investigación dio cuenta de “la organización percibida”, toda vez que levantó datos de la muestra en estudio que refieren a percepciones sobre organizaciones sanitario-asistenciales. Estas percepciones fueron acotadas a manifestaciones del MMH

y en ellas estuvieron implicadas cuestiones relativas a políticas, prácticas y procedimientos organizacionales, tanto formales como informales, como así también a estructura de la organización, sus reglas, sus procesos, las relaciones interpersonales y los modos de alcanzar las metas. Todo esto es concordante con la literatura académica sobre el clima organizacional (CO) en el marco del enfoque que se inscribe en la llamada línea “perceptual”. Esto hace que esta investigación sea considerada un aporte al estudio del clima organizacional (CO) de las organizaciones sanitario-asistenciales .

2. La vigencia del MMH, según la muestra en estudio, evidenciada empíricamente mediante los hallazgos, es concordante con el interés que en la actualidad mantiene la comunidad académica sobre este modelo, no obstante que no se encuentran estudios sobre las manifestaciones específicas del mismo en el campo organizacional que posibiliten su identificación y abordaje.

3. Las manifestaciones del MMH que obtuvieron el promedio general de puntuaciones más alto muestran los contenidos socialmente problemáticos más relevantes percibidos por los integrantes de la muestra en estudio. Esto es importante considerarlo al momento de estudiar el clima organizacional de las organizaciones donde se desempeñan los integrantes de la muestra en estudio. La evaluación de estos contenidos problemáticos puede ser enriquecida mediante los análisis provenientes de los planteos teóricos de Sociología de las Profesiones.

4. Los contenidos socialmente problemáticos referidos en el punto anterior aparecen vinculados a las siguientes temáticas organizacionales: inequidad en la asignación de espacios de trabajo; ocupación de los cargos de alta dirección; desconocimiento de las incumbencias profesionales de enfermería; predominio en la relación con la cúpula directiva; modo de evaluación de eventos adversos; concentración de la oferta de capacitación destinada al equipo de salud; establecimiento de tiempos y prioridades; modo en que se lleva a cabo la recorrida de sala.

5. Hay concordancia entre los hallazgos presentes en los reactivos que obtuvieron el promedio general de puntuaciones más alto, y la caracterización que de modo concordante se viene haciendo del MMH en la literatura académica.

6. En el 20% de la muestra de estudio donde se verificó que al 62% de los reactivos en promedio le correspondió la categoría de respuesta “nunca sucede”, se presenta una situación compatible con negación (posiblemente inconsciente) del MMH como

representación de lo instituido desde una interpretación a partir de los planteos teóricos del Análisis Institucional. Otra posibilidad es que estos hallazgos respondan a una situación de consentimiento y legitimación conscientes del MMH, como una forma de minimizar el impacto del mismo en los propios intereses del Colectivo Enfermero. También podrían estar respondiendo a una situación de miedo al ser identificado de algún modo el autor de las respuestas. Cabe señalar la posibilidad de que la situación de responder la escala haya sido la primera experiencia formalizada que se inscribe en el contexto de lo público, donde el enfermero haya estado expuesto a una situación donde se enfrentó a hablar sobre lo que no debe explicitarse en el discurso organizacional. Esta situación puede asimilarse a la vivencia que podría tener el personal de enfermería en una situación de intervención de Análisis Institucional, mediante la utilización de un analizador construido para levantar lo reprimido, es decir lo que estaría alojado en el inconsciente político institucional.

7. La vigencia del MMH y la presencia de sus manifestaciones en el ámbito de las organizaciones sanitario-asistenciales, según la muestra de estudio, serían una constante toda vez que trasciende la edad, el sexo, el tipo de organización donde se trabaje (pública o privada), el nivel jerárquico conforme la cantidad de personal a cargo, y si se trabaja o no en áreas especiales tales como unidades de cuidados intensivos.

### **Líneas de investigación y trabajo a futuro**

Las líneas de investigación que seguidamente serán presentadas surgen luego de haber considerado los resultados arrojados por esta investigación, como así también la discusión de los mismos y las conclusiones :

1. Afinar el instrumento diseñado de modo tal que pueda ser aplicado como “analizador construido” para enfrentar la problemática del MMH desde un enfoque teórico y de intervención propio del Análisis Institucional (AI). Esta propuesta tiene como base los siguientes supuestos: a) el MMH está alojado en el inconsciente político institucional, b) hacer emerger el MMH y sacarlo del campo de lo oculto y lo reprimido tendría múltiples beneficios para las organizaciones sanitario-asistenciales, incluyendo a los profesionales que integran los equipos de salud y a los pacientes, c) dada la envergadura del impacto psico-socio-político que podría tener la aplicación de esta propuesta, o para asegurar que no se configure una situación de “como si” para que nada

cambie, debería estar diseñada y operada por profesionales que tengan conocimiento y experiencia en este tipo de abordajes propios del (AI).

2. Incorporar a la propuesta del punto precedente las siguientes dos líneas de indagación: a) nivel de registro del MMH en el personal médico, b) estrategias resistenciales de contrapoder desarrolladas por el personal de enfermería como modos de respuesta velada a las manifestaciones del MMH en las organizaciones sanitario-asistenciales.

3. Adaptar el instrumento diseñado de modo tal que pueda ser incorporado, con las modificaciones del caso, como una dimensión del clima organizacional de las organizaciones sanitario-asistenciales. Esta propuesta tiene como base el supuesto que la presencia del MMH en las organizaciones sanitario-asistenciales tiene un efecto significativo en la conformación del clima organizacional.

4. Recuperar las experiencias de las propuestas referidas en los puntos precedentes para ser incorporadas como estudios de caso y material formativo en las instituciones educativas que forman al personal médico y al personal de enfermería.

## 9. Referencias

- Aiken, L. (1980). Content Validity and Reliability of Single Items or Questionnaires. *Educational and Psychological Measurement*, 40(4), 955-959. <http://epm.sagepub.com/content/40/4/955>
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona. Paidós.
- Beck, U. (2006). *La sociedad del riesgo global: Amor, violencia, guerra*. Madrid: Siglo XXI España Editores S.A.
- Brookfield, S. (2017). *Becoming a Critically Reflective Teacher* (2<sup>nd</sup> Ed.). Somerset: Jossey-Bass.
- Capaneira, C. (2017). *El Análisis Institucional como una caja de herramientas teóricas y una filosofía práctica para el análisis y la intervención en las problemáticas institucionales*. Coloquio desarrollado en el mes de abril de 2017, en el marco de la Cátedra Investigación de la Cultura y el Comportamiento Organizacional de la Maestría en Psicología Empresarial y Organizacional de la Universidad de Belgrano. Buenos Aires.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, 2, 53-82. Recuperado de: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/3>
- Chiang Vega, María Margarita, & Salazar Botello, Carlos Mauricio, & Núñez Partido, Antonio (2007). Clima organizacional y satisfacción laboral en un establecimiento de salud estatal: hospital tipo 1. *Theoria*, 16(2), 61-76. [fecha de Consulta 3 de Septiembre de 2021]. ISSN: 0717-196X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29916206>
- Chiang Vega, María Margarita, y Salazar Botello, C. Mauricio, y Martín Rodrigo, María José, y Núñez Partido, Antonio (2011). Clima organizacional y satisfacción laboral. Una comparación entre hospitales públicos de alta y baja complejidad .. *Salud de los Trabajadores*, 19 (1), 5-16. [Fecha de Consulta 9 de Septiembre de 2021]. ISSN: 1315-0138. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375839297002>
- Chirinos, S. (2007). Complejidad y postmodernidad. *Mañongo*, 29(4), 371-384. Recuperado de: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/postgrado/manongo29/art07.pdf>

- Chomsky, N. (2017). *Porque lo decimos nosotros: Ideal democrático, estrategias de poder y manipulación en el siglo XXI*. Barcelona: Paidós. 1º edición.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Corvalán de Mezzano, A. (1989). *Análisis de las Prácticas Profesionales*. Coloquio llevado a cabo en el mes de mayo de 1989, en el marco del Programa de Posgrado en Análisis Organizacional dictado por Víctor Sciannamea y Asociados. Buenos Aires.
- Duverger, M. (1972). *Métodos de la ciencias sociales*. Barcelona: Ariel
- Echauri, A. M. F., Minami, H., & Sandoval, M. J. I. (2012). La Escala de Likert en la evaluación docente: acercamiento a sus características y principios metodológicos. *Perspectivas docentes*, (50). <https://revistas.ujat.mx/index.php/perspectivas/article/view/589>
- Emine Kol, E. ; İlaslan,E. ; Turkyay,M. (2017). *The effectiveness of the strategies similar to magnet model to create positive work environments on nurse satisfaction*. *International Journal of Nursing Practice* 23(16). DOI: 10.1111 / ijn.12557
- Escobar, J. & Cuervo, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. Recuperado de : [https://www.researchgate.net/publication/302438451\\_Validez\\_de\\_contenido\\_y\\_juicio\\_de\\_expertos\\_Una\\_aproximacion\\_a\\_su\\_utilizacion](https://www.researchgate.net/publication/302438451_Validez_de_contenido_y_juicio_de_expertos_Una_aproximacion_a_su_utilizacion)
- Espinosa Cortés, L. & Ysunza Ogazón, A . (2009). Diálogo de saberes médicos tradicionales en salud. *Ciencia Ergo Sum*, 16(3),293-301. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10412057010>
- Espinoza Freire, Eudaldo Enrique. (2019). Las variables y su operacionalización en la investigación educativa. Segunda parte. *Conrado*, 15(69), 171-180. Epub 02 de septiembre de 2019. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1990-86442019000400171&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442019000400171&lng=es&tlng=es)
- Fajardo, G; Almache, V.; Oyala, H. (2020). *CO en las instituciones de salud desde una perspectiva teórica*. *Revista Científica Uisarel* 2020; 7 (1): ISSN: 2631 – 2786 Quito, Ecuador. Recuperado de:



- <https://revista.uisrael.edu.ec/index.php/rcui/article/view/200/132-doi.org/10.35290/rcui.v7n1.2020.200>.
- Fiorella, L., Yoon, S. Y., Atit, K., Power, J. R., Panther, G., Sorby, S., ... & Veurink, N. (2021). Validation of the Mathematics Motivation Questionnaire (MMQ) for secondary school students. *International Journal of STEM Education*, 8(1), 1-1. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1186/s40594-021-00307-x>
- Foro Español de Pacientes (2017). Primer Encuentro Nacional de Asociaciones de Pacientes. *Construyendo el futuro del paciente*. Recuperado de: <https://www.somospacientes.com/noticias/sanidad/i-encuentro-nacional-de-asociaciones-de-pacientes-el-9-de-marzo-en-madrid/>
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), 3-20. doi: 10.2307/3540551
- Foucault, M., (1992). *Microfísica del Poder*. Bs.As: La Piqueta.
- Foucault, M. (2014). *Lecciones sobre la voluntad de saber. Curso en el Collège de France (1970-1971)*. Bs As: Fondo de Cultura Económica.
- Funes Molineri, M. (2016). *No siempre se requiere trabajo en equipo*. Coloquio llevado a cabo en el mes de septiembre de 2016, en el marco de la Cátedra Trabajo en Equipo y Autonomía, de la Maestría en Psicología Empresarial y Organizacional. Universidad de Belgrano. Buenos Aires
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. 6a. Edición. Mc Graw Hill: Madrid.
- Justo, E. (2014) La enfermería como Recurso: El proceso de profesionalización de la enfermería en la década del ´70, entre las políticas de Estado y el modelo Médico-hegemónico. *Cultura de los Cuidados*, 18(39). doi: 10.7184/cuid.2014.39.05
- Kol, E., İlaslan, E., & Turkey, M. (2017). The effectiveness of strategies similar to the Magnet model to create positive work environments on nurse satisfaction. *International journal of nursing practice*, 23(4), e12557. doi: 10.1111/ijn.12557
- Ley de Riesgos del Trabajo N° 24557 (3 de octubre de 1995). Recuperada de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/27971/texact.htm>
- López M. (2000). *Percepciones, valores y significados en el management de empresas de Argentina de fin de siglo*. (Tesis doctoral no publicada). Facultad de Psicología,

Universidad de Buenos Aires.

- López, M. (2003). Subjetividad y management. En Altschul, C. & Carbonell, R. (Comp.). *Transformando: prácticas de cambio en empresas argentinas*. Buenos Aires: Eudeba.
- Lundgren, O., Garvin, P., Andersson, G., Jonasson, L., & Kristenson, M. (2018). Inverted items and validity: A psychobiological evaluation of two measures of psychological resources and one depression scale. *Health psychology open*, 5(1). Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2055102918755045>
- Maioli, E. (2015). *Tensiones existentes entre la identificación religiosa y el status ciudadano de los miembros de la Organización Testigos de Jeová (AMBA, 2013-2014)*. (Tesis doctoral) FLASCO. Argentina. Recuperado de: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/10469/8098/TFLACSO-2015EPEM.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 20(1), 38-47. <https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.1.1347>
- Matías, O. M. P., Andrade, N. A. O., Arenas, A. B. R., Cruz, R. G., & Ramírez, M. A. R. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Agresión en dos muestras diferentes de Hidalgo, México. *European Scientific Journal*, 9(32). doi: <https://doi.org/10.19044/esj.2013.v9n32p%25p>
- Mayaute, L. M. E. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de psicología*, 6(1), 103-111.
- Mayring, P. (2000) Qualitative content analysis. *Forum qualitative social research*, 1(2). Recuperado de: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2385>
- Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Ponencia presentada en las Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (p.p. 451-464). Buenos Aires.
- Menéndez, E. (2020). *Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias*. *Salud colectiva*, 16, e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>

- Ministerio de Salud de la República Argentina. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2018). Fuerza de trabajo en el sector salud en Argentina. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20180918-fuerza-trabajo-sector-salud-2016.pdf>
- Moran, E. T., & Volkwein, J. F. (1992). The cultural approach to the formation of organizational climate. *Human relations*, 45(1), 19-47.  
<https://doi.org/10.1177/001872679204500102>
- Muñoz, T. G. (2003). El cuestionario como instrumento de investigación/evaluación. Centro Universitario Santa Ana. Recuperado de [http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Maestria/MTE/Gen02/seminario\\_de\\_tesis/Unidad\\_4\\_anterior/Lect\\_El\\_Cuestionario.pdf](http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Maestria/MTE/Gen02/seminario_de_tesis/Unidad_4_anterior/Lect_El_Cuestionario.pdf).
- Naranjo Herrera, Cristhian, & Paz Delgado, Alba Lucía, & Marín Betancur, Sandra Milena (2015). Clima organizacional: una investigación en la Institución Prestadora de Servicios de salud(IPS) de la Universidad Autónoma de Manizales. *Universidad & Empresa*, 17(28),105-126.[fecha de Consulta 3 de Septiembre de 2021]. ISSN: 0124-4639. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=187243060006>
- Nogueiras Alcayaga, I. I. (2018). *Clima organizacional y factores que obstaculizan y/o facilitan la Implementación de normas en el personal de salud de la guardia de pediatría del Htal. Prof. Dr. A. Posadas, durante el primer trimestre del año 2017 desde una perspectiva de Género y de Derecho* (Master's thesis). Recuperado de: <http://biblioteca.puntoedu.edu.ar/handle/2133/13949>
- Nowicki, R., (2015). La profesión enfermería y los dispositivos de poder que subordinan su práctica dentro de las organizaciones sanitarias. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en enfermería*, (5)1, 63-69. Recuperado de: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/152/la-profesion-enfermera-y-los-dispositivos-de-poder-que-subordinan-su-practica-dentro-de-las-organizaciones-sanitarias/>
- Ojeda, H. (2017). *El paradigma de la complejidad aplicado a la comprensión de las organizaciones*. Coloquio llevado a cabo en el mes de abril de 2017, en el marco de la Cátedra Análisis y Diseño Organizacional, de la Maestría en Psicología Empresarial y Organizacional. Universidad de Belgrano. Buenos Aires

- Otzen, T. & Manterola C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio, 35(1), 227-232. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Organización Panamericana de la Salud (1998). Programa Regional de desarrollo de servicios de salud. PSDCG-T-10. Vol.3. Módulo III. Unidad VI: 1-7; *Teoría y Técnicas de Desarrollo Organizacional*. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10060>
- Panaia, M. (2008). Una revisión de la sociología de las profesiones desde la teoría crítica del trabajo en la Argentina. *Serie Documentos de Proyectos Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas Chile: CEPAL.
- Paynton, T., (2008). The Informal Power of Nurses for Promoting Patient Care. *OJIN: The online Journal of Issues in Nursing*, 14(1). doi: 10.3912/OJIN.Vol14No1PPT01
- Paz, M. B. D., Luname, A. C., Lumello, M. A., & Galaverna, F. S. (2020). Análisis de impulsividad y agresividad mediante Barratt Impulsiveness Scale y Buss-Perry Aggression Questionnaire en argentinos. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 5(7), 1-15.
- Peet, J., Theobald, K. & Douglas, C. (2019). Strengthening nursing surveillance in general wards: A practice development approach. *Journal of clinical nursing*. doi: 10.1111/jocn.14890
- Petit, F. (1984). *Psicosociología de las organizaciones*. Barcelona: Herder.
- Robles, B. (2018) Índice de validez de contenido Coeficiente V de Aiken. *Pueblo Continente*, 29(1), 193-197 <http://journal.upao.edu.pe/PuebloContinente/article/view/991>
- Ruiz-Bueno, A. (2009). Método de encuesta: construcción de cuestionarios, pautas y sugerencias. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 96-110.
- Salgado, Jesús F. y Remeseiro, Carlos e Iglesias, Mar (1996). Clima organizacional y satisfacción laboral en una PYME. *Psicothema*, 8 (2), 329-335. [Fecha de Consulta 10 de Septiembre de 2021]. ISSN: 0214-9915. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72780208>
- Sautu, R., Boniolo, P. Dalle, P. y Elbert, R. (2005). *Manual de Metodología. La construcción del marco teórico en la investigación social. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología* (pp. 29-81). Buenos Aires: CLACSO.

- Schvarstein, L. (2000). *Psicología Social de las Organizaciones. Nuevos aportes*. Buenos Aires: Paidós.
- Siani, D. (noviembre, 2012). *Fenómenos de época y gestión de personas*. Discurso de apertura como Presidente del XVII Congreso Nacional de Desarrollo y Capacitación de Argentina. Buenos Aires, Argentina.
- Siani, D. (2020). *Percepciones de licenciados en enfermería respecto de los modos mediante los cuales el MMH se manifiesta y ejerce influencia como generador de obstáculos y conflictos en la gestión de enfermería Aspectos Psicosociales Implicados (AMBA 2017-2018)*. (Tesis doctoral) Facultad de Ciencias Psicológicas. Doctorado en Psicología Social. Universidad Kennedy. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/351564281>
- Smith-Castro, V. (2014). Compendio de Instrumentos de Medición IIP-2014. Costa Rica: Universidad de Costa Rica. <http://www.iip.ucr.ac.cr/es/publicaciones/publicacion-de-investigador/compendio-de-instrumentos-de-medicion-iip-2014-0>
- Solís Salazar, Martín (2015). The dilemma of combining positive and negative items in scales. *Psicothema*, 27(2),192-199.[fecha de Consulta 7 de Octubre de 2021]. ISSN: 0214-9915. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72737093010>
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquia: Contus.
- Supo, J.(2013). Cómo validar un instrumento. ISBN: 1492278904 ISBN-13: 978-1492278900. Biblioteca Nacional del Perú. Recuperado de: [http://www.cua.uam.mx/pdfs/coplavi/s\\_p/doc\\_ng/validacion-de-instrumentos-de-medicion.pdf](http://www.cua.uam.mx/pdfs/coplavi/s_p/doc_ng/validacion-de-instrumentos-de-medicion.pdf)
- Tomás, José Manuel, & Sancho Requena, Patricia, & Oliver Germes, Amparo, & Galiana Llinares, Laura, & Meléndez Moral, Juan Carlos (2012). Efectos de método asociados a ítems invertidos vs. ítems en negativo. *Revista Mexicana de Psicología*, 29(2),105-115.[fecha de Consulta 7 de Octubre de 2021]. ISSN: 0185-6073. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243030190001>
- Vander Zanden, J. W. (1995). *Manual de Psicología Social*. 1ª Ed. 5ª Reimpresión. Barcelona: Paidós.

- Vega, Diana, Arévalo, Alejandra, Sandoval, Jhennifer, Constanza Aguilar, Ma, & Giraldo, Javier. (2006). *Panorama sobre los estudios de CO en Bogotá, Colombia (1994-2005)*. *Diversitas*, 2(2), 329-349. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-99982006000200013&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982006000200013&lng=pt&tlng=es)
- Ventura-León, J. (2020). *Escalas, inventarios y cuestionarios: ¿son lo mismo?*. *Revista Internacional Educación Médica*. Volumen 21, Issue 3: 218-220. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.04.001>.
- Vítolo, F. (2012). Relación Médico-Enfermera. Esencial para la seguridad de los pacientes. *Biblioteca Virtual Noble*, 1, 1-11. Recuperado de: [http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS\\_NOBLE/74.pdf](http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/74.pdf)
- Whitehead, D. & Davis, P. (2001). The issue of medical dominance (hegemony). *Journal of Orthopaedic Nursing*. 5; 114-115. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/244878661\\_The\\_issue\\_of\\_medical\\_dominance\\_hegemony](https://www.researchgate.net/publication/244878661_The_issue_of_medical_dominance_hegemony)
- Zalazar-Jaime, M. F., & Medrano, L. A. (2021). An integrative model of self-regulated learning for university students: the contributions of social cognitive theory of carriers. *Journal of Education*, 201(2), 126-138

ANEXO I – Presentación de los expertos que intervinieron para determinar la validez de contenido del instrumento de recolección de datos.

Experto 1.- Vivian Griselda Boyardi Cévara

Titulación académica más alta obtenida: Magíster en Administración de Servicios de Salud.

Institución educativa donde obtuvo la titulación más alta: Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales

Institución/es y función/es en la/s que se desempeña actualmente en el ámbito de la Enfermería: Clínica Adventista Belgrano. Coordinación de Servicios Ambulatorios

Años de experiencia en funciones de Enfermería ejercidas en instituciones sanitario-asistenciales públicas y privadas: 30 años

Dirección de correo electrónico: [vivian.boyardiclinicaadventista.org](mailto:vivian.boyardiclinicaadventista.org)

Experto 2.- Silvia Elena Cetrángolo

Titulación académica más alta obtenida: Doctora en Ciencias de la Salud

Institución educativa donde obtuvo la titulación más alta: Instituto Universitario de Ciencias de la Salud de la Fundación Barceló

Institución/es y función/es en la/s que se desempeña actualmente en el ámbito de la Enfermería: Universidad Maimónides

Años de experiencia en funciones de Enfermería ejercidas en instituciones sanitario-asistenciales públicas y privadas: 43 años

Dirección de correo electrónico: [scetrangolo@hotmail.com](mailto:scetrangolo@hotmail.com)

Experto 3.- Isabel Mercedes Freiman

Titulación académica más alta obtenida : Magister en Metodología de la Investigación Científica

Institución educativa donde obtuvo la titulación más alta : Universidad Nacional de Lanús

Institución/es y función/es en la/s que se desempeña actualmente en el ámbito de la Enfermería: Universidad Nacional de José C. Paz. Universidad Maimonides

Años de experiencia en funciones de Enfermería ejercidas en instituciones sanitario-asistenciales públicas y privadas: 35 años

Dirección de correo electrónico: [mercedesfreiman@yahoo.com.ar](mailto:mercedesfreiman@yahoo.com.ar)

Experto 4.- María Donatila Gomez Marquisio

Titulación académica más alta obtenida: Magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Institución educativa donde obtuvo la titulación más alta: ISALUD

Institución/es y función/es en la/s que se desempeña actualmente en el ámbito de la Enfermería: Dirección de Enfermería (Directora). Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento. MSAL

Años de experiencia en funciones de Enfermería ejercidas en instituciones sanitario-asistenciales públicas y privadas: 28 años

Dirección de correo electrónico: mgdonatilah@gmail.com

Experto 5.- Alicia Mercedes Ibañez

Titulación académica más alta obtenida : Maestría en gerenciamiento integral de servicios de enfermería. Institución educativa donde obtuvo la titulación más alta : Universidad Maimonides.

Institución/es y función/es en la/s que se desempeña actualmente en el ámbito de la Enfermería : Hospital general de agudos José María Penna.

Años de experiencia en funciones de Enfermería ejercidas en instituciones sanitario-asistenciales públicas y privadas: 38 años

Dirección de correo electrónico: ibanez\_a@hotmail.com

Experto 6.- Mónica Beatriz Plesa

Titulación académica más alta obtenida: Maestría en Administración y Gestión de Servicios y Sistemas de Salud

Institución educativa donde obtuvo la titulación más alta: Universidad Favaloro

Institución/es y función/es en la/s que se desempeña actualmente en el ámbito de la Enfermería: Hospital Alejandro Posadas, jefa de enfermería de la emergencia de adultos.

Años de experiencia en funciones de Enfermería ejercidas en instituciones sanitario-asistenciales públicas y privadas: 30 años.

Dirección de correo electrónico: moplesa@hotmail.com

Experto 7.- Isabel Yolanda Vera

Titulación académica más alta obtenida : DOCTORADO EN ENFERMERÍA



Institución educativa donde obtuvo la titulación más alta : UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

Institución/es y función/es en la/s que se desempeña actualmente en el ámbito de la Enfermería : CORPORACIÓN MEDICA SAN MARTIN

Años de experiencia en funciones de Enfermería ejercidas en instituciones sanitario-asistenciales públicas y privadas: 40 AÑOS

Dirección de correo electrónico: isabelyolanda@fibertel.com.ar

Experto 8.- Roberto Daniel Núñez

Titulación académica más alta obtenida :Magíster en Gerenciamiento Integral de los Servicios de Enfermería

Institución educativa donde obtuvo la titulación más alta:UniversidadMaimónides

Institución/es y función/es en la/s que se desempeña actualmente en el ámbito de la Enfermería :

Clínica Santa Isabel (Omint. S.A): Coordinador de enfermería

Años de experiencia en funciones de Enfermería ejercidas en instituciones sanitario-asistenciales públicas y privadas: 14 años

Dirección de correo electrónico: licrdn@gmail.com

Experto 9.- Silvia Báez

Titulación académica más alta obtenida :Magister en Metodología de la Investigación Científica.

Institución educativa donde obtuvo la titulación más alta:Universidad Nacional de Lanús

Institución/es y función/es en la/s que se desempeña actualmente en el ámbito de la Enfermería : Hospital G. A. Dr. José M. Penna, G.C.A.B.A.: Licenciada en Enfermería en Consultorios Externos de Dermatología. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H. A. Barceló: Docente horas cátedra (titular). Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H. Barceló: Integrante del Comité de Planeamiento y Evaluación de la Carrera de Licenciatura en Enfermería a distancia. Hospital G. de A. Dr. Pedro Fiorito de Avellaneda: Docente horas cátedra (titular). Hospital G. de A. Dr. Narciso López de Lanús: Docente horas catedra (titular). Hospital G. Zonal de A. Dra. Cecilia Grierson de Guernica: Docente horas cátedra (titular).

Años de experiencia en funciones de Enfermería ejercidas en instituciones sanitario-asistenciales públicas y privadas: 20 años

Dirección de correo electrónico: profemic@yahoo.com

Experto 10.- Alejandra Nilda Llarin

Titulación académica más alta obtenida: Maestría en Gerenciamiento Integral de Servicios de Enfermería.

Institución educativa donde obtuvo la titulación más alta: Universidad Maimónides

Institución/es y función/es en la/s que se desempeña actualmente en el ámbito de la Enfermería: Clínica Santa Isabel. Coordinadora de Enfermería del servicio de Neonatología.

Años de experiencia en funciones de Enfermería ejercidas en instituciones sanitario-asistenciales públicas y privadas: 42 años.

Dirección de correo electrónico: llarinalejandra@hotmail.com

Experto 11.- Carlos Sánchez

Titulación académica más alta obtenida: Maestría en gerenciamiento integral de servicios de enfermería

Institución educativa donde obtuvo la titulación más alta: Universidad Maimónides

Institución/es y función/es en la/s que se desempeña actualmente en el ámbito de la Enfermería: Hospital general de Agudos Dr. José María Penna, Servicio de Urgencias, jefe de Sección.

Años de experiencia en funciones de Enfermería ejercidas en instituciones sanitario-asistenciales públicas y privadas: 35 años

Dirección de correo electrónico: licsanchez39@hotmail.com

ANEXO II – Envío de invitación por correo electrónico a los expertos que participaron de la validación de contenido del instrumento de recolección de datos (se copia un correo electrónico como muestra)

----- Forwarded message -----

De: Darío Siani <siani.dario@maimonides.edu>

Date: jue, 23 sept 2021 a las 23:25

Subject: Invitación

To:

Estimado

En primer lugar reciba Ud. un cordial saludo.

Estoy haciendo una investigación diseñando un instrumento que permita medir la presencia del modelo médico hegemónico en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública y privada según percepciones de licenciados en enfermería. Es un aporte al estudio del clima organizacional en el ámbito de enfermería, y la estoy llevando a cabo en el marco de mi segundo postgrado : "Maestría en Psicología Organizacional" de la Universidad de Belgrano. Esta investigación actual (cuantitativa) es continuación de una anterior (cualitativa) mediante la cual me gradué como doctor en Psicología Social por la Universidad Kennedy.

El instrumento no existe en la literatura científica y actualmente estoy en la etapa de validación de contenido del mismo mediante jurado experto. Este jurado deberá estar integrado por enfermeros con formación mínima de maestría y un mínimo de 10 años de ejercicio de la profesión, tengan o no personal a cargo. Estoy reclutando a estos integrantes del jurado experto y consideré invitarlo a participar como miembro integrante del mismo.

En caso que acepte esta invitación, le haría llegar la invitación formal con el Formulario Registro de Juicio Experto adjunto para que lo complete y devuelva por esta misma vía. Este formulario fue diseñado específicamente para esta investigación. Estimo que en 15 minutos Ud. lo podría contestar.

Por supuesto en reciprocidad a su participación como jurado experto le estaría enviando de inmediato mi investigación cualitativa de doctorado que es antecedente de esta investigación cuantitativa en la que estoy ahora. Además una vez concluida esta nueva investigación que complementa la del doctorado anterior, también se la estaría enviando.

En principio le agradezco haber leído este correo.

Quedo atento a su respuesta y le envío un cordial saludo.

Dr. Darío Siani

ANEXO III – Envío por correo electrónico de las instrucciones y Formulario Registro de Juicio Experto para la validación de contenido del instrumento de recolección de dato (se copia un correo electrónico como muestra)

----- Forwarded message -----

De: Darío Siani <siani.dario@maimonides.edu>

Date: vie, 24 sept 2021 a las 13:42

Subject: SU PARTICIPACIÓN COMO JURADO EXPERTO PARA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

To:

Estimado

He recibido con beneplácito y agradecimiento su aceptación a la invitación que le cursara para participar como miembro integrante del jurado experto que tendrá como finalidad la validación de contenido de un instrumento de recolección de datos.

Este instrumento será utilizado en el proyecto de investigación que constituye mi tesis de maestría en Psicología Empresarial y Organizacional de la Universidad de Belgrano.

La variable en estudio es la siguiente: “nivel de *presencia del modelo médico hegemónico en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública y privada según percepciones de licenciados en enfermería*”. El contenido del cuestionario objeto de validación es emergente de una investigación cualitativa precedentemente llevada a cabo por quien suscribe como tesis doctoral en oportunidad de mi graduación como doctor en Psicología Social, de la Universidad Kennedy.

Este instrumento será administrado vía internet a licenciados en enfermería mediante una escala tipo Likert conteniendo 34 afirmaciones con 5 categorías de respuesta cada una. Las afirmaciones fueron agrupadas en 4 dimensiones a saber: 1.comunicación, 2.inclusión-exclusión, 3.valoración profesional, 4.intromisión y desplazamiento.

Para que Ud. pueda llevar a cabo su tarea de validación, se ha desarrollado especialmente el formulario Registro de Juicio Experto, el cual se adjunta al presente correo electrónico. En este formulario se le presentarán a Ud. las 34 afirmaciones redactadas tal como serán expuestas a los licenciados en enfermería que responderán el cuestionario objeto de validación. Su tarea como experto será completar el Registro de Juicio Experto evaluando las afirmaciones y las dimensiones que las agrupan, en base a los criterios de evaluación que serán descriptos en dicho formulario.

Se estima que el completamiento de este formulario le llevará unos 15 minutos.

SE RECOMIENDA MUY ESPECIALMENTE LEER PRIMERO TODO EL FORMULACIO REGISTRO DE JUICIO EXPERTO EN FORMA COMPLETA Y LUEGO COMENZAR CON LA EVALUACIÓN DE LAS AFIRMACIONES Y DE LAS DIMENSIONES.

En reciprocidad a su valiosa colaboración, una vez recibida su respuesta al formulario que se adjunta, le enviaré de inmediato un ejemplar digitalizado de la tesis doctoral antes referida. De igual modo se procederá , una vez aprobada la tesis de maestría que nos ocupa en el presente contacto.

Si fuera posible, necesitaría que envíe por este medio el formulario Registro de Juicio Experto que le estoy adjuntando, completado por Ud. a más tardar dentro de los siguientes 4 días hábiles de haberlo recibido, de modo tal que pueda cumplir con el cronograma de actividades que está previsto para la investigación.

Quedo a disposición para cualquier aclaración o consulta que considere necesario formular.

Le envío un cordial saludo y nuevamente mi agradecimiento por su valiosa colaboración.

Dr. Darío Siani

ANEXO IV – Formulario Registro de Juicio Experto para la validación de contenido del instrumento de recolección de datos.

## UNIVERSIDAD DE BELGRANO

### MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA EMPRESARIAL Y ORGANIZACIONAL

#### Investigación para optar al grado de Magister en Psicología Empresarial y Organizacional

#### Registro de juicio experto para la validación de instrumento de medición

Objetivo: determinar la validez de contenido de un instrumento que será aplicado como cuestionario a licenciados en enfermería, con el fin de medir la variable *“presencia del modelo médico hegemónico en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública y privada según percepciones de licenciados en enfermería que allí se desempeñan*

**Autor: Dr. Darío Siani**

**Director de tesis: Dr. Marcos Antonio Requena Arellano**

#### Información del Experto

Nombres y Apellidos :
Titulación académica más alta obtenida :
Institución educativa donde obtuvo la titulación más alta :
Institución/es y función/es en la/s que se desempeña actualmente en el ámbito de la Enfermería :
Años de experiencia en funciones de Enfermería ejercidas en instituciones sanitario-asistenciales públicas y privadas:
Dirección de correo electrónico:

## INSTRUCCIONES BÁSICAS PARA EL EXPERTO

El instrumento a validar contiene 34 **AFIRMACIONES** que refieren a distintas manifestaciones del modelo médico hegemónico en las organizaciones sanitario-asistenciales. A su vez estas afirmaciones fueron agrupadas en 4 **DIMENSIONES** a saber: 1.comunicación, 2.inclusión-exclusión, 3.valoración profesional, 4.intromisión y desplazamiento.

### AFIRMACIONES :

**Criterios de evaluación que deberá utilizar el experto para cada una de las afirmaciones que contiene el instrumento**

**Claridad:** ¿la afirmación podrá ser comprendida fácilmente por los licenciados en enfermería que tendrán que leerla?

**Pertinencia:** ¿la afirmación tiene una relación de pertenencia con la dimensión en la cual está incluida?

**Relevancia:** ¿la afirmación es importante para el estudio de las manifestaciones del modelo médico hegemónico en las organizaciones sanitario-asistenciales, según la percepción de los licenciados en enfermería? Es decir, ¿merece ser tenida en cuenta en la investigación?

**Escala que deberá utilizar el experto para evaluar el nivel de cumplimiento de cada afirmación respecto de los criterios precedentemente descriptos (claridad, pertinencia, relevancia) :**

1	2	3	4
La afirmación en ninguna medida cumple con el criterio	La afirmación presenta un bajo nivel de cumplimiento con el criterio	La afirmación presenta un moderado nivel de cumplimiento con el criterio	La afirmación presenta un alto nivel de cumplimiento con el criterio

### DIMENSIONES :

**Criterio de evaluación que deberá utilizar el experto para cada una de las dimensiones en las que fueron agrupadas las afirmaciones.**

**Suficiencia:** ¿el conjunto de afirmaciones que integra la dimensión, cubre suficientemente el significado de dicha dimensión?. ¿Es decir, estas afirmaciones son suficientes para describir a la dimensión tal como ella está definida en el formulario de juicio experto?

**Escala que deberá utilizar el experto para evaluar el nivel de cumplimiento de cada dimensión respecto del criterio precedentemente descripto (suficiencia).**

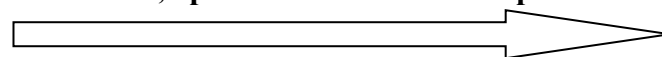
1	2	3	4
La dimensión en ninguna medida cumple con el criterio	La dimensión presenta un bajo nivel de cumplimiento con el criterio	La dimensión presenta un moderado nivel de cumplimiento con el criterio	La dimensión presenta un alto nivel de cumplimiento con el criterio

**Evaluar las afirmaciones presentadas a continuación, correspondientes a la dimensión COMUNICACIÓN, según los criterios de evaluación antes descriptos (claridad, pertinencia, relevancia) aplicando la escala antes indicada (1-2-3-4).**

**DIMENSIÓN COMUNICACIÓN – SU DEFINICIÓN :**  
**Percepciones del licenciado en enfermería que refieren a vivencias de un entorno laboral con deficiencias en la comunicación atribuido al modelo médico hegemónico expresado mediante comportamientos de los médicos y prácticas de las organizaciones.**

Afirmaciones que serán incluidas en la dimensión COMUNICACIÓN	Claridad de la afirmación	Pertinencia de la afirmación	Relevancia de la afirmación	Observaciones del experto
1.- El personal médico, con su forma de comunicación, afecta negativamente la coordinación y el trabajo en equipo de los enfermeros.				
2.- El personal médico, con su forma de comunicación, genera malos entendidos que causan errores de trabajo en las actividades de Enfermería.				
3.- El personal médico, con su forma de comunicación, afecta negativamente las relaciones interpersonales entre los enfermeros, provocando conflictos entre pares y con jefes.				
4.- El personal médico, con su forma de comunicación, afecta negativamente la comunicación entre el enfermero y el paciente.				
5.- El personal médico, con su forma de comunicación, afecta negativamente la comunicación entre el enfermero y el familiar del paciente.				
6.- El personal médico, con su forma de comunicación, afecta negativamente el estado de ánimo y la moral de trabajo de los enfermeros.				

**Evaluar la dimensión COMUNICACIÓN según el criterio de “suficiencia” antes indicado, aplicando la escala antes presentada (1-2-3-4) consignando el número en el recuadro que está siguiendo la flecha**



--



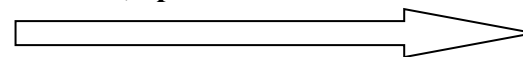
**Evaluar las afirmaciones presentadas a continuación, correspondientes a la dimensión INCLUSIÓN-EXCLUSIÓN según los criterios de evaluación antes descritos (claridad, pertinencia, relevancia) aplicando la escala antes presentada (1-2-3-4).**

**DIMENSION INCLUSIÓN-EXCLUSIÓN – SU DEFINICIÓN :**

**Percepciones del licenciado en enfermería que refieren a sentirse excluido, a no ser tenido en cuenta en las cuestiones que le competen profesionalmente, atribuido al modelo médico hegemónico expresado mediante comportamientos de los médicos y prácticas de la organización.**

Afirmaciones que serán incluidas en la dimensión INCLUSIÓN-EXCLUSIÓN	Claridad de la afirmación	Pertinencia de la afirmación	Relevancia de la afirmación	Observaciones del experto
7.- El personal médico, de modo injustificado, no participa al enfermero de decisiones que afectan la gestión de los servicios de enfermería.				
8.- Los comités donde se toman decisiones sobre la gestión de enfermería están integrados, de modo injustificado, mayoritariamente por personal médico y con insuficiente o nula presencia de enfermeros.				
9.- El personal médico, de modo injustificado, limita al personal de enfermería el acceso a información necesaria para el desarrollo de sus funciones.				
10.- El personal médico, de modo injustificado, no le informa al enfermero sobre cuestiones que son de incumbencia profesional del enfermero.				
11.- El personal médico, de modo injustificado, no incluye al personal de enfermería en el análisis de los procesos de gestión, donde el enfermero tiene información útil para aportar.				

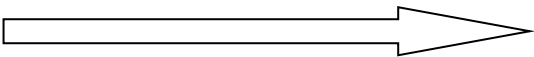
**Evaluar la dimensión INCLUSIÓN-EXCLUSIÓN según el criterio de “suficiencia” antes indicado, aplicando la escala antes presentada (1-2-3-4) consignando el número en el recuadro que está siguiendo la flecha**



--

**Evaluar las afirmaciones presentadas a continuación correspondientes a la dimensión VALORACIÓN PROFESIONAL según los criterios de evaluación antes descritos (claridad, pertinencia, relevancia) aplicando la escala antes presentada (1-2-3-4).**

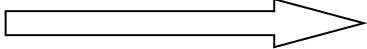
<b>DIMENSIÓN VALORACIÓN PROFESIONAL – SU DEFINICIÓN :</b>				
<b>Percepciones del licenciado en enfermería que refieren a sentimiento de menosprecio, de no ser tenido en cuenta ni considerado como merece su formación profesional y nivel de responsabilidad implicado en las funciones desempeñadas, atribuido al modelo médico hegemónico expresado mediante comportamientos de los médicos y prácticas de la organización.</b>				
<b>Afirmaciones que serán incluidas en la dimensión VALORACION PROFESIONAL</b>	<b>Claridad de la afirmación</b>	<b>Pertinencia de la afirmación</b>	<b>Relevancia de la afirmación</b>	<b>Observaciones del experto</b>
12.- El personal médico, de modo injustificado, no considera observaciones del enfermero sobre la evolución del estado de salud del paciente.				
13.- El personal médico, de modo injustificado, no considera observaciones del enfermero sobre el funcionamiento operativo de los servicios.				
14.- El personal médico indica al enfermero la realización de tareas sin el respaldo documental o las autorizaciones formales correspondientes que debe proveerle.				
15.- El personal médico indica al enfermero, de manera inapropiada, la realización de tareas sobre las cuales el enfermero, por derecho, tiene autonomía por tratarse de las llamadas “tareas independientes de enfermería”.				
16.- El personal médico muestra insuficiente conocimiento de las incumbencias profesionales del personal de enfermería.				

17.- El personal médico, de manera injustificada, hace prevalecer su tiempo por sobre el tiempo del enfermero, sin importar la urgencia de las tareas de uno u otro.				
18.- El personal médico, de manera injustificada, le obstaculiza al enfermero la puesta en práctica de la visión holística del paciente con la cual el enfermero fue formado.				
19.- El personal médico indica al enfermero la realización de tareas que no corresponden a las incumbencias profesionales de Enfermería.				
20.- El personal médico indica al enfermero no hacer tareas que están dentro de la autonomía profesional del enfermero .				
21.- Cuando hay que determinar las causas de eventos adversos, la opinión del médico se impone por sobre la opinión del enfermero, de manera injustificada.				
<b>Evaluar la dimensión VALORACIÓN PROFESIONAL según el criterio de “suficiencia” antes indicado, aplicando la escala antes presentada (1-2-3-4) consignando el número en el recuadro que está siguiendo la flecha</b>				

**Evaluar las afirmaciones presentadas a continuación correspondientes a la dimensión INTROMISIÓN Y DESPLAZAMIENTO según los criterios de evaluación antes descritos (claridad, pertinencia, relevancia) aplicando la escala antes presentada (1-2-3-4).**

<b>DIMENSIÓN INTROMISIÓN Y DESPLAZAMIENTO</b>				
<b>Percepciones del licenciado en enfermería que refieren a sentirse interferido y desplazado en la gestión, atribuido al modelo médico hegemónico expresado mediante comportamientos de los médicos y prácticas de la organización. Percepciones que refieren a ser privado de algo que le corresponde o que debe estar bajo su dominio, control, o a su disposición, de acuerdo a sus incumbencias profesionales o funciones asignadas. Percepciones que refieren a ser despojado de algo que le corresponde, a ser invadido, interferido, desplazado en una actividad o asunto que le compete.</b>				
<b>Afirmaciones que serán incluidas en la dimensión INTROMISIÓN Y DESPLAZAMIENTO</b>	<b>Claridad de la afirmación</b>	<b>Pertinencia de la afirmación</b>	<b>Relevancia de la afirmación</b>	<b>Observaciones del experto</b>
22.- El médico, de manera injustificada, toma decisiones sobre cuestiones que son de incumbencia exclusiva del enfermero en cuanto a la organización de los servicios.				
23.- El médico, de manera injustificado, toma decisiones sobre cuestiones que son de incumbencia exclusiva del enfermero en cuanto al cuidado del paciente.				
24.- La opinión del médico sobre el desempeño del enfermero tiene más peso que las opiniones de los jefes de Enfermería.				
25.- El médico firma autorizaciones que le corresponden firmar al enfermero.				

26.- Los cargos de alta dirección están, de manera injustificada, ocupados predominantemente por personal médico, con escasa o nula presencia de enfermeros.				
27.- El médico, de modo injustificado, interfiere en la aplicación de sanciones disciplinarias al personal de enfermería.				
28.- El médico, de modo injustificado, interfiere en decisiones y tareas que corresponden al enfermero respecto de la gestión de insumos.				
29.- El personal médico interfiere, de modo injustificado, en la capacitación del personal de enfermería.				
30.- El personal médico, de manera injustificada, concentra el aprovechamiento de la oferta de actividades de formación destinadas al equipo de salud, restándoles posibilidades al personal de Enfermería.				
31.- El personal médico, de manera injustificada, interfiere en el dimensionamiento y planificación de las dotaciones de personal de los servicios de enfermería.				
32.- El personal médico, de manera injustificada, ejerce liderazgo en el Área de Enfermería, desplazando al enfermero que está a cargo del Dto. de Enfermería o es responsable de algún servicio.				

33.- El personal médico, de manera injustificada, ejerce un fuerte predominio en la relación con la cúpula directiva de la organización sanitario-asistencial, desplazando al personal de enfermería de esta relación y poniéndolo en desventaja.				
34.- La asignación de espacios físicos y equipos favorece de modo injustificado al personal médico por sobre el personal de enfermería.				
<b>Evaluar la dimensión INTROMISIÓN Y DESPLAZAMIENTO según el criterio de “suficiencia” antes indicado, aplicando la escala antes presentada (1-2-3-4) consignando el número en el recuadro que está siguiendo la flecha</b>				

ANEXO V - Presentación de las observaciones formularas en los Registros de Juicio Experto para determinar la validez de contenido del instrumento de recolección de datos y decisiones tomadas por el investigador con relación a cada observación formulada por cada experto.

Experto 1: Vivian Griselda Boyardi Cévara

No presenta observaciones sobre el instrumento en el orden general, como así tampoco respecto de algún reactivo en particular.

Experto 2: Silvia Elena Cetrángolo

No presenta observaciones sobre el instrumento en el orden general, como así tampoco respecto de algún reactivo en particular.

Experto 3: Isabel Mercedes Freiman

a) Sobre el instrumento en el orden general, señala respecto de la redacción de los reactivos que a su parecer “no pondría la variable negativamente, ya que está condicionando la respuesta y no deja margen a conocer cómo afecta”.

b) Respecto de los reactivos que contienen el calificativo “de modo injustificado” relacionado a comportamientos del médico y prácticas de la organización que refieren a manifestaciones del MMH, señala que no sería necesaria dicha expresión. Lo que está señalando el experto es que no cabría la posibilidad de que lo que refieren estos reactivos puedan darse tanto de modo justificado como de modo injustificado, por lo que las situaciones que ellos presentan sólo podrían darse de un solo modo: injustificado.

Decisiones tomadas por el investigador respecto de las observaciones del experto:

a) En el apartado correspondiente al diseño del instrumento de recolección de datos, luce la fundamentación teórica de este modo de redactar los reactivos sustentado en la literatura científica sobre instrumentos psicométricos.

Por otra parte, cabe destacar que al momento en que el experto formula la observación, no conoce que todos y cada uno de los reactivos tendrán 4 categorías de respuesta a modo de escala de frecuencia de Likert, lo que permitiría una gradación de respuestas del mínimo nivel al máximo nivel de presencia de la variable en estudio. 5.-siempre, 4.- casi siempre, 3.- a veces, 2.- casi nunca, 1.- nunca. Como resultado de lo anteriormente expuesto, esta observación vertida por el experto en el presente punto a) no fue incorporada al plan de ajustes del instrumento.

b) Releyendo todos los reactivos que contienen el calificativo señalado por el experto, se reconsideraron algunos donde efectivamente cabe eliminar dicho calificativo. Como resultado de lo anteriormente expuesto, esta observación vertida por el experto en el presente punto b) fue incorporada al plan de ajustes del instrumento, con lo cual se modificaron en el sentido observado por el experto todos y cada uno de los reactivos en donde se entendió corresponder dicha modificación.

#### Experto 4: María Donatila Gómez Marquisio

a) Respecto de los reactivos 19,20, y 14 que contienen la expresión “indica al enfermero” sugiere reemplazar “indica”, por “prescribe”.

b) Respecto del reactivo 32, sugiere agregar a la mención de los cargos Jefe Departamento de Enfermería y Responsables de Servicios, el Cargo Dirección de Enfermería.

#### Decisiones tomadas por el investigador respecto de las observaciones del experto:

a) Estos reactivos, refieren a la indicación de tareas que el médico hace al enfermero, dentro de las cuales está contenida la administración de medicación prescrita para el paciente. Como resultado de lo anteriormente expuesto, esta observación vertida por el experto en el presente punto a) no fue incorporada al plan de ajustes del instrumento.

b) En algunas organizaciones sanitario-asistenciales existe en la estructura orgánico-funcional el cargo de Dirección de Enfermería, por lo que el reactivo quedaría más completo si incluye este cargo. Como resultado de lo anteriormente expuesto, esta observación vertida por el experto en el presente punto b) fue incorporada al plan de ajustes del instrumento.

#### Experto 5: Alicia Mercedes Ibañez

No presenta observaciones sobre el instrumento en el orden general, como así tampoco respecto de algún reactivo en particular.

#### Experto 6: Mónica Beatriz Plesa

a) Respecto de los reactivos en general, señala como defecto la “polarización” de las respuestas todo por lo negativo.

a) Respecto del reactivo 6, está de acuerdo con la expresión “estado de ánimo”, no así con la expresión “moral de trabajo”.

#### Decisiones tomadas por el investigador respecto de las observaciones del experto:



a) Con base en los mismos fundamentos expresados para el experto 3, esta observación vertida por el experto en el presente punto a) no fue incorporada al plan de ajustes del instrumento.

b) Releyendo el reactivo señalado por el experto, se puede comprender que la “moral de trabajo” y el “estado de ánimo” del personal de enfermería, podría entenderse como dos dimensiones diferentes, por lo que el reactivo no estaría cumpliendo con el principio básico de medir una y solo una dimensión no pudiéndose mezclar distintas dimensiones en un mismo reactivo. Contextualizando el reactivo en la investigación cualitativa anterior que le dio origen, se considera que refiere mejor al emergente del MMH, la expresión “estado de ánimo”. Como resultado de lo anteriormente expuesto, esta observación vertida por el experto en el presente punto b) fue incorporada al plan de ajustes del instrumento, eliminándose del reactivo en cuestión la expresión “moral de trabajo”.

#### Experto 7: Isabel Yolanda Vera

a) Respecto del reactivo 2, sugiere cambiar la expresión “forma” referida a la comunicación del médico. Esta misma observación aplica para los reactivos 3, 4, 5, y 6.

b) Respecto del reactivo 2, señala una manifestación del MMH que no habría sido contemplada en ningún reactivo: el médico no asume sus errores cuando se equivoca al dar indicaciones.

c) Respecto del reactivo 6 sugiere reemplazar “estado de ánimo y moral de trabajo” por “clima laboral”.

d) Respecto del reactivo 25, señala una manifestación del MMH que no habría sido contemplada en ningún reactivo: el médico es reticente a firmar lo que le compete.

#### Decisiones tomadas por el investigador respecto de las observaciones del experto:

a) Contextualizando el reactivo en la investigación cualitativa anterior que le dio origen, se considera que refiere mejor al emergente del MMH, la expresión “modalidad de comunicación empleada por el médico”. La misma connota formas, reglas y mecanismos de comunicación. Como resultado de lo anteriormente expuesto, esta observación vertida por el experto en el presente punto a) fue incorporada al plan de ajustes del instrumento, modificándose los siguientes reactivos en el sentido propuesto por el experto: 2, 3, 4, 5, y 6.

b) Analizados los 34 reactivos informados a los expertos, se verifica que en ninguno de ellos está incluida la manifestación del MMH propuesta por el experto. No obstante, y en orden a la rigurosidad metodológica que se debe preservar en la presente investigación, cabe afirmar que el nuevo reactivo propuesto no puede ser aceptado por ninguna de las 4 dimensiones en las que el instrumento agrupa los reactivos, conforme sus respectivas definiciones conceptuales presentadas en el cuadro de operacionalización de variables. Estas cuatro dimensiones son: 1. comunicación, 2. inclusión-exclusión, 3. valoración profesional, 4. intromisión y desplazamiento. Como resultado de lo anteriormente expuesto, esta observación vertida por el experto en el presente punto b) no fue incorporada al plan de ajustes del instrumento.

c) Contextualizando el reactivo en la investigación cualitativa anterior que le dio origen, se considera que refleja mejor el emergente del MMH la expresión “estado de ánimo” que la expresión “clima laboral”. El constructo “clima laboral” es conceptualizado en la literatura científica con distintos alcances y componentes, siendo más directo, unívoco y mejor ajustado al emergente del MMH que dio origen al reactivo, la expresión “estado de ánimo”. Como resultado de lo anteriormente expuesto, esta observación vertida por el experto en el presente punto c) no fue incorporada al plan de ajustes del instrumento.

d) Sobre esta observación cabe aplicar los mismos fundamentos vertidos en el inciso b). Como resultado de lo anteriormente expuesto, esta observación vertida por el experto en el presente punto d) no fue incorporada al plan de ajustes del instrumento.

#### Experto 8.- Roberto Daniel Núñez

a) respecto del reactivo 1, sugiere que la forma de comunicación del médico más que afectar negativamente la coordinación y el trabajo en equipo de los enfermeros, lo que afecta es el trabajo interdisciplinario entre médico y enfermero.

b) Respecto del reactivo 7, señala que el no participar al enfermero de decisiones, más que afectar la gestión de los servicios de enfermería, lo que estaría afectando es al tratamiento del paciente.

#### Decisiones tomadas por el investigador respecto de las observaciones del experto:

a) Analizados los 34 reactivos informados a los expertos, se verifica que en ninguno de ellos está incluida la manifestación del MMH propuesta por el experto. Evaluando esta nueva manifestación del MMH en el contexto de la investigación cualitativa de la cual emergieron los reactivos, se considera altamente pertinente la inclusión del mismo en el

instrumento. Como resultado de lo anteriormente expuesto, esta observación vertida por el experto en el presente punto a) fue incluida en el plan de ajustes del instrumento, dando lugar a la incorporación de un nuevo reactivo en la dimensión “comunicación”, redactando el mismo mediante la siguiente expresión: “la modalidad de comunicación empleada por el médico afecta negativamente el trabajo interdisciplinario entre médico y enfermero”.

b) Analizados los 34 reactivos informados a los expertos, se verifica que en ninguno de ellos está incluida la manifestación del MMH propuesta por el experto. Evaluando esta nueva manifestación del MMH en el contexto de la investigación cualitativa de la cual emergieron los reactivos, se considera altamente pertinente la inclusión del mismo en el instrumento. Como resultado de lo anteriormente expuesto, esta observación vertida por el experto en el presente punto b) fue incluida en el plan de ajustes del instrumento, dando lugar a la incorporación de un nuevo reactivo en la dimensión “inclusión-exclusión”, el cual fue redactado mediante la siguiente expresión: “el personal médico, de modo injustificado, no participa al personal de enfermería de decisiones que afectan el tratamiento del paciente”.

#### Experto 9.- Silvia Báez

Respecto de los reactivos donde se emplea el término “enfermeros”, sugiere reemplazar el mismo por “enfermería” salvo que en el reactivo se excluya a personal femenino.

#### Decisiones tomadas por el investigador respecto de las observaciones del experto:

Luce apropiado eliminar de todo trabajo académico cualquier expresión que pueda ser considerada inadecuada desde una perspectiva de género. Como resultado de lo anteriormente expuesto, esta observación vertida por el experto en el presente punto fue incluida en el plan de ajustes del instrumento. En todos y cada uno de los reactivos donde estaba presente el término “enfermero”, se reemplazó el mismo por los términos “personal de enfermería” y “enfermeras y enfermeros”, según se consideró en cada caso, más conveniente la utilización de un término u otro. Por extensión se adoptó el mismo criterio reemplazando en término “el médico” por “el personal médico”.

#### Experto 10.- Alejandra Nilda Llarin

a) Respecto de los reactivos que componen la dimensión “comunicación”, sugiere que sería prudente considerar la afectación negativa que el modelo medico hegemónico

genera en la comunicación entre el personal de enfermería y los demás actores del equipo de salud.

b) Respecto de los reactivos que componen la dimensión “inclusión-exclusión”, sugiere que sería oportuno considerar que el médico no hace participe al personal de enfermería en la elección y determinación del tratamiento que se prescribirá al paciente.

Decisiones tomadas por el investigador respecto de las observaciones del experto:

a) Analizados los 34 reactivos informados a los expertos, se verifica que en ninguno de ellos está incluida la manifestación del MMH propuesta por el experto. Evaluando esta nueva manifestación del MMH en el contexto de la investigación cualitativa de la cual emergieron los reactivos, se considera altamente pertinente la inclusión del mismo en el instrumento. Como resultado de lo anteriormente expuesto, esta observación vertida por el experto en el presente punto a) fue incluida en el plan de ajustes del instrumento, dando lugar a la incorporación de un nuevo reactivo en la dimensión “comunicación”, redactando el mismo mediante la siguiente expresión: “la modalidad de comunicación empleada por el personal médico afecta negativamente la comunicación entre el personal de enfermería y los demás actores del equipo de salud”.

b) Analizados los 34 reactivos informados a los expertos, se verifica que en ninguno de ellos está incluida la manifestación del MMH propuesta por el experto. Evaluando esta nueva manifestación del MMH en el contexto de la investigación cualitativa de la cual emergieron los reactivos, no se considera pertinente la inclusión del mismo en el instrumento. Esto es así, dado que ninguno de los 509 fragmentos de texto recuperados del discurso de los licenciados en enfermería que participaron en la investigación cualitativa precedente antes referida, refieren a manifestaciones del MMH en el sentido de que el personal médico, no hace partícipe al personal de enfermería de la elección y determinación del tratamiento que se prescribirá al paciente. Como resultado de lo anteriormente expuesto, esta observación vertida por el experto en el presente punto b) no fue incluida en el plan de ajustes del instrumento.

Experto 11.- Carlos Sánchez

a) Respecto del reactivo 4, el experto agrega que se presentan casos en que el médico no lee las redacciones y evoluciones de enfermería, duplicando la información requerida a los pacientes.

b) Respecto del reactivo 11, el experto señala la ausencia del personal de enfermería en la recorrida de sala, lo que provoca que el médico no tenga en cuenta información sobre las evoluciones de los pacientes detectadas por el personal de enfermería en su constante cuidado durante las 24 horas.

Decisiones tomadas por el investigador respecto de las observaciones del experto:

a) Analizados los 34 reactivos informados a los expertos, se verifica que en ninguno de ellos está incluida la manifestación del MMH propuesta por el experto. Evaluando esta nueva manifestación del MMH en el contexto de la investigación cualitativa de la cual emergieron los reactivos, se considera altamente pertinente la inclusión del mismo en el instrumento. Como resultado de lo anteriormente expuesto, esta observación vertida por el experto en el presente punto a) fue incluida en el plan de ajustes del instrumento, dando lugar a la incorporación de un nuevo reactivo en la dimensión “valoración profesional”, redactando el mismo mediante la siguiente expresión: “el personal médico no lee las evoluciones del paciente que realiza el personal de enfermería”.

b) Analizados los 34 reactivos informados a los expertos, se verifica que en ninguno de ellos está incluida la manifestación del MMH propuesta por el experto. Evaluando esta nueva manifestación del MMH en el contexto de la investigación cualitativa de la cual emergieron los reactivos, se considera altamente pertinente la inclusión del mismo en el instrumento. Como resultado de lo anteriormente expuesto, esta observación vertida por el experto en el presente punto b) fue incluida en el plan de ajustes del instrumento, dando lugar a la incorporación de un nuevo reactivo en la dimensión “inclusión-exclusión”, el cual fue redactado mediante la siguiente expresión: “el personal médico, no incluye al personal de enfermería en la recorrida de sala, donde las enfermeras y enfermeros tienen información útil que aportar respecto del estado y evolución del paciente”.

ANEXO VI - Presentación de los resultados de la Prueba de V de Aiken de los reactivos 1 a 6 inclusive.

<b>CÁLCULO V DE AIKEN PARA GENERAR EVIDENCIAS DE VALIDEZ PROVENIENTES DE JUICIO EXPERTO</b>																		
$V = \frac{\sum s}{[n(c-1)]}$	<b>DIMENSIÓN COMUNICACIÓN</b>																	
	<b>Criterio "claridad de la afirmación"</b>						<b>Criterio "pertinencia de la afirmación"</b>						<b>Criterio "relevancia de la afirmación"</b>					
	<b>AFIRMACIONES</b>						<b>AFIRMACIONES</b>						<b>AFIRMACIONES</b>					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
<b>Juez 1</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
<b>Juez 2</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
<b>Juez 3</b>	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3
<b>Juez 4</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
<b>Juez 5</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
<b>Juez 6</b>	3	3	3	0	3	3	3	3	3	0	0	3	3	3	3	0	1	3
<b>Juez 7</b>	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2
<b>Juez 8</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3
<b>Juez 9</b>	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
<b>Juez 10</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
<b>Juez 11</b>	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3
<b>Promedio de cada afirmación</b>	0,9394	0,9091	0,9697	0,8788	0,9697	0,9394	0,9394	0,9394	0,9697	0,9091	0,9091	0,9697	0,8788	0,909	0,909	0,909	0,939	0,97
<b>V de Aiken Promedio de cada criterio</b>	0,934343434						0,939393939						0,919191919					
<b>V de Aiken Promedio de la dimensión</b>	0,930976431																	

ANEXO VII - Presentación de los resultados de la Prueba de V de Aiken de los reactivos 7 a 11 inclusive.

<b>CÁLCULO V DE AIKEN PARA GENERAR EVIDENCIAS DE VALIDEZ PROVENIENTES DE JUICIO EXPERTO</b>															
$V = \frac{\sum s}{[n(c-1)]}$	<b>DIMENSIÓN INCLUSIÓN-EXCLUSIÓN</b>														
	<b>Criterio "claridad de la afirmación"</b>					<b>Criterio "pertinencia de la afirmación"</b>					<b>Criterio "relevancia de la afirmación"</b>				
	<b>AFIRMACIONES</b>					<b>AFIRMACIONES</b>					<b>AFIRMACIONES</b>				
	7	8	9	10	11	7	8	9	10	11	7	8	9	10	11
<b>Juez 1</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
<b>Juez 2</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
<b>Juez 3</b>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
<b>Juez 4</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
<b>Juez 5</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
<b>Juez 6</b>	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3
<b>Juez 7</b>	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3
<b>Juez 8</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3
<b>Juez 9</b>	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
<b>Juez 10</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
<b>Juez 11</b>	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3
<b>Promedio de cada afirmación</b>	0,9394	0,9091	0,9394	0,9394	0,9394	0,9697	0,9091	0,9091	0,9394	0,9697	0,9091	0,9091	0,9091	0,939	0,97
<b>V de Aiken Promedio de cada criterio</b>	0,93333333					0,93939393					0,927272727				
<b>V de Aiken Promedio de la dimensión</b>	0,93333333														

ANEXO VIII - Presentación de los resultados de la Prueba de V de Aiken de los reactivos 12 a 21 inclusive.

CÁLCULO V DE AIKEN PARA GENERAR EVIDENCIAS DE VALIDEZ PROVENIENTES DE JUICIO EXPERTO																															
$V = \frac{\sum s}{[n(c-1)]}$		DIMENSIÓN VALORACIÓN PROFESIONAL																													
		Criterio "claridad de la afirmación"										Criterio "pertinencia de la afirmación"										Criterio "relevancia de la afirmación"									
		AFIRMACIONES										AFIRMACIONES										AFIRMACIONES									
		12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Juez 1		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
Juez 2		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
Juez 3		2	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	
Juez 4		3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
Juez 5		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
Juez 6		3	3	3	3	3	3	3	0	0	3	3	3	3	3	3	3	0	0	3	3	3	3	3	3	0	0	3	3	3	
Juez 7		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
Juez 8		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
Juez 9		2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
Juez 10		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
Juez 11		3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	
Promedio de cada afirmación		0,9394	0,9394	0,9394	0,9394	1	0,9394	0,9091	0,8485	0,8182	0,9697	0,9697	0,9697	1	0,97	1	0,97	0,939	0,909	0,879	1	0,9394	0,9697	1	0,97	1	0,97	0,939	0,91	0,88	1
V de Aiken Promedio de cada criterio		0,924242424										0,960606061										0,957575758									
V de Aiken Promedio de la dimensión		0,947474747																													



ANEXO IX - Presentación de los resultados de la Prueba de V de Aiken de los reactivos 22 a 34 inclusive.

CÁLCULO V DE AIKEN PARA GENERAR EVIDENCIAS DE VALIDEZ PROVENIENTES DE JUICIO EXPERTO																																								
$V = \frac{\sum s}{[n(c-1)]}$	DIMENSIÓN INTROMISIÓN Y DESPLAZAMIENTO																																							
	Criterio "claridad de la afirmación"													Criterio "pertinencia de la afirmación"													Criterio "relevancia de la afirmación"													
	AFIRMACIONES													AFIRMACIONES													AFIRMACIONES													
	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	
Juez 1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
Juez 2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
Juez 3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
Juez 4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
Juez 5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
Juez 6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	0	1	2	3	1	1	3	3	3	3	3	0	3	0	0	0	3	0	3	0	3	3
Juez 7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
Juez 8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
Juez 9	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
Juez 10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
Juez 11	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	1	2	2	3	3	3	3	2	3	3	
Promedio de cada afirmación	0,9394	0,9394	0,9697	0,9394	0,9091	0,9394	0,9394	0,9697	0,9697	0,9697	0,9091	0,9697	0,9697	0,97	0,97	0,97	0,848	0,939	0,848	0,9091	0,9394	0,9697	0,9091	0,879	0,97	0,97	0,97	0,97	0,97	0,848	0,939	0,8485	0,879	0,88	0,97	0,8788	0,848	0,9697	0,9697	
V de Aiken	0,948717949													0,93006993													0,918414918													
Promedio de cada criterio	0,948717949													0,93006993													0,918414918													
V de Aiken	0,932400932																																							
Promedio de la dimensión	0,932400932																																							

ANEXO X - Presentación de los resultados de la Prueba de V de Aiken de las dimensiones

$V = \frac{\sum s}{[n(c-1)]}$	<b>CRITERIO SUFICIENCIA DE LAS DIMENSIONES</b>			
	<b>COMUNICACIÓN</b>	<b>INCLUSIÓN-EXCLUSIÓN</b>	<b>VALORACIÓN PROFESIONAL</b>	<b>INTROMISIÓN Y DESPLAZAMIENTO</b>
<b>Juez 1</b>	3	3	3	3
<b>Juez 2</b>	3	3	3	3
<b>Juez 3</b>	2	2	2	2
<b>Juez 4</b>	3	3	3	3
<b>Juez 5</b>	3	3	3	3
<b>Juez 6</b>	2	2	2	2
<b>Juez 7</b>	3	3	3	3
<b>Juez 8</b>	2	2	3	3
<b>Juez 9</b>	2	3	3	3
<b>Juez 10</b>	2	2	3	3
<b>Juez 11</b>	2	2	3	3
<b>V de Aiken de cada dimención (promedio)</b>	0,818181818	0,848484848	0,939393939	0,939393939
<b>V de Aiken del criterio (promedio)</b>	0,886363636			

ANEXO XI – Presentación del modelo de invitación cursada por correo electrónico a las 467 licenciados en enfermería consultados para participar respondiendo la encuesta.

----- Forwarded message -----

De: **Darío Siani** <siani.dario@maimonides.edu>

Date: mié, 13 oct 2021 a las 21:39

Subject: Invitación especial

To:

Estimada/o

Licenciada/o en Enfermería

En primer lugar, vaya un cordial saludo; es un gusto para mí tomar contacto con Ud. con el fin de intercambio académico-científico.

Estoy llevando a cabo una investigación que ha requerido diseñar un instrumento para medir la presencia del modelo médico hegemónico en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública y privada según percepciones de licenciados en enfermería. Este instrumento no existe en la literatura científica, por lo que su diseño para la presente investigación es un aporte al estudio del clima organizacional en el ámbito de las instituciones de salud. Existen abundantes instrumentos que miden clima organizacional, inclusive OPS tiene un desarrollo interesante, pero en ningún caso incluyen mediciones específicas que den cuenta de cómo son percibidas las manifestaciones concretas del modelo médico hegemónico en el campo de las organizaciones sanitario-asistenciales.

La presente investigación es de tipo cuantitativa; la estoy desarrollando en el marco de mi segundo postgrado: Maestría en Psicología Organizacional de la Universidad de Belgrano, y es continuación de una investigación antecedente de tipo cualitativa en la que se estudió el mismo fenómeno, con la cual me gradué como doctor en Psicología Social por la Universidad Kennedy.

El instrumento ya pasó el proceso de validación de contenido, en el cual participaron 11 expertos; también se aplicará prueba de confiabilidad. Actualmente me encuentro en la etapa de recolección de datos.

Me gustaría contar con su valiosa participación respondiendo el referido instrumento. Ello no le tomará más de 20 minutos. Sus respuestas quedarán como antecedente documental reservado de la tesis y a disposición del tribunal evaluador en caso que lo solicite, no permitiéndose bajo ninguna circunstancia o motivo su publicación. No se le solicitará a Ud. que consigne el nombre de la institución en la que trabaja, por lo que no se requiere consentimiento informado institucional.

En reciprocidad y agradecimiento, una vez que Ud. me remita el instrumento respondido, le enviaré en forma inmediata mi investigación cualitativa de doctorado que le acabo de comentar. Es una obra muy completa de unas 400 páginas en la cual se

utilizó la técnica de análisis cualitativo de contenido (Cáceres, 2003), consistente con el método de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002).

Además, una vez concluida y aprobada esta nueva investigación en la que actualmente estoy trabajando, también le estaré enviando en forma inmediata un ejemplar completo digitalizado de la misma. Finalmente, le quedará una obra unificada y completa, sólidamente integrada con una investigación cualitativa antecedente, más una investigación cuantitativa y un instrumento de medición sobre las manifestaciones específicas del modelo médico hegemónico en las organizaciones sanitario-asistenciales y sus correlaciones con variables tales como: tipo de organización, edad, cantidad de personal a cargo, área de trabajo, entre otras. Desde mi formación y experiencia como consultor de organizaciones, estoy confiado en que este material podrá ser utilizado en forma amplia y segura en distintos tipos de intervenciones: capacitación, comunicación interna, desarrollo de equipos de trabajo, clima organizacional, desarrollo de la relación entre clientes y proveedores internos, bienestar laboral, análisis de puntos de bloqueo a la eficiencia sectorial, calidad de atención y seguridad al paciente, gestión del cambio organizacional, entre otras.

En principio le agradezco el haber leído este correo y espero pueda aceptar mi invitación, en cuyo caso le pido me lo haga saber en respuesta a este correo electrónico. Una vez recibida su aceptación, se activará el envío por este medio del instrumento y, a su tiempo, los demás documentos comprometidos precedentemente.

Quedo atento a su respuesta y le envío un cordial saludo.

**Dr. Darío Siani**

ANEXO XII– Presentación del modelo de agradecimiento, confirmación del consentimiento informado, y envío de encuesta cursado por correo electrónico a los 98 participantes voluntarios que aceptaron participar.

----- Forwarded message -----

De: **Darío Siani** <siani.dario@maimonides.edu>

Date: vie, 15 oct 2021 a las 11:52

Subject: SU PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN Y ENVÍO DE INSTRUMENTO

To:

Estimado  
Licenciado

He recibido con beneplácito y agradecimiento su aceptación a la invitación que le cursara para participar en la investigación que ya le comentara en forma amplia en mi primer correo.

La encuesta que le estoy adjuntando está desarrollada como escala con un formato de Likert. Es un documento en Word. Sólo tiene que responder colocando "X". Decidí enviarlo de esta forma y no mediante un software de administración de encuestas para que Ud. pueda copiarlo en su escritorio y quedárselo como anticipo al envío que luego le haré al finalizar esta investigación.

Por favor descargue el documento que le estoy enviando, cópielo en el escritorio de su computadora, y una vez que ya lo tiene allí, dispóngase a completarlo. No le tomará más de 20 minutos. Una vez completado regrese el documento por esta vía como archivo adjunto.

Recuerde que, como ya le anticipara en mi primer correo, sus respuestas quedarán como antecedente documental reservado de la tesis y a disposición del tribunal evaluador en caso que lo solicite, no permitiéndose bajo ninguna circunstancia o motivo su publicación. No se le solicitará a Ud. que consigne el nombre de la institución en la que trabaja, por lo que no se requiere consentimiento informado institucional.

Tal lo comprometido en mi primer correo, ni bien Ud. me remita el instrumento completado, le enviaré como respuesta en forma inmediata mi investigación cualitativa de doctorado en la cual se utilizó la técnica de análisis cualitativo de contenido (Cáceres, 2003), consistente con el método de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002), y que estudia también el fenómeno del modelo médico hegemónico.

Si fuera posible, necesitaría que envíe la encuesta completada por Ud. a más tardar dentro de los siguientes 3 días hábiles de haber recibido este correo electrónico, de modo tal que pueda cumplir con el cronograma de actividades que está previsto para la investigación.

Le envío un cordial saludo y nuevamente mi agradecimiento por su valiosa participación.

**Dr. Darío Siani**

ANEXO XIII– Presentación del modelo de la encuesta enviada por correo electrónico para ser completado por los 98 participantes voluntarios que aceptaron participar.

**UNIVERSIDAD DE BELGRANO**  
**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA EMPRESARIAL Y ORGANIZACIONAL**  
 Investigación para optar al grado de  
**Magister en Psicología Empresarial y Organizacional**  
 Autor: Dr. Darío Siani  
**ENCUESTA**

Variable en estudio: *“nivel de presencia del modelo médico hegemónico en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública y privada según percepciones de licenciados en enfermería que allí se desempeñan”*.

**Información del licenciado enfermería que responde la encuesta – Por favor asegurarse de completar todos los datos solicitados**

Nombres y Apellidos : Edad :	Sexo (indicar con una “x” a continuación de los dos puntos)  Femenino :                      Masculino :                      Otro :
Titulación académica más alta obtenida y nombre de la institución educativa donde la obtuvo :	
Tipo y ubicación geográfica de la institución de salud en la que se desempeña actualmente en el ámbito de la Enfermería. Si se desempeña en más de una institución, por favor elija y consigne aquella en la que trabaja más horas. Si trabaja igual cantidad de horas en las distintas instituciones, entonces elija la institución en la que tiene mayor antigüedad.  (indicar con una “x” a continuación de los dos puntos)	
Pública :                      Privada :                      ///////////////                      Ciudad de Buenos Aires :                      Prov. de Buenos Aires (AMBA) :                      Otro :	
Trabaja actualmente en Unidad de Cuidados Intensivos (indicar con una “x” a continuación de los dos puntos)  Si :                      No :	Cantidad total de personal a su cargo. Si tiene personal a cargo, por favor indicar la cantidad de enfermeros que le reportan directamente más los que le reportan indirectamente y están dentro de su área de responsabilidad:
Dirección de correo electrónico:	

## **INSTRUCCIONES BÁSICAS PARA COMPLETAR LA ENCUESTA**

A continuación, se presentan a Ud. afirmaciones que refieren a distintas manifestaciones del modelo médico hegemónico en las organizaciones sanitario-asistenciales. Estas afirmaciones surgieron de una investigación cualitativa previa que obró como antecedente para determinar el contenido de estas afirmaciones. Por favor indique con una sola “x” la frecuencia en que las manifestaciones del modelo médico hegemónico se presentan en la institución donde Ud. trabaja actualmente. Para ello dispone de una escala que va desde “nunca sucede” hasta “siempre sucede”, pasando por niveles intermedios de frecuencia. Cuando responda, por favor, hágalo con respecto a situaciones que suceden en la institución de salud que consignó más arriba cuando tuvo que completar sus datos básicos. No racionalice demasiado sus respuestas: deje que las mismas fluyan conforme a sus percepciones. Responda con total libertad sintiendo la seguridad de que sus respuestas quedarán como antecedente documental reservado de la tesis y a disposición del tribunal evaluador en caso que lo solicite, no permitiéndose bajo ninguna circunstancia o motivo su publicación. En reciprocidad a su colaboración por completar esta encuesta, una vez defendida y aprobada la tesis, se le hará llegar a su correo electrónico un ejemplar digitalizado de la misma en forma completa.

Su correo electrónico de aceptación para participar de esta investigación que Ud. ya envió, juntamente con esta encuesta completada, se tendrá a todos los efectos como la manifestación de su consentimiento informado. No se le está solicitando que consigne el nombre de la institución en la que trabaja, por lo que no se requiere consentimiento informado institucional.



(Marcar su respuesta con una sola “X” en alguna de las opciones que le presenta la escala de frecuencia)

Manifestaciones del modelo médico hegemónico en la organización sanitario-asistencial donde trabajo	Nunca sucede	Casi nunca sucede	De vez en cuando sucede	A veces sucede	Casi siempre sucede	Siempre sucede
1.- El personal médico no informa a las enfermeras y enfermeros sobre cuestiones que son de incumbencia profesional del personal de enfermería.						
2.- El personal médico, hace prevalecer su tiempo por sobre el tiempo del personal de enfermería, sin importar la urgencia de las tareas de uno u otro.						
3.- El personal médico, de modo injustificado, no participa al personal de enfermería de decisiones que afectan la gestión de los servicios.						
4.- Los cargos de alta dirección están ocupados predominantemente por personal médico, con escasa o nula presencia de enfermeras y enfermeros.						
5.- El personal médico indica al personal de enfermería no hacer tareas que están dentro de la autonomía profesional de las enfermeras y enfermeros.						

6.- La modalidad de comunicación empleada por el personal médico, afecta negativamente la comunicación entre el personal de enfermería y el paciente.						
7- El personal médico le obstaculiza al personal de enfermería la puesta en práctica de la visión holística del paciente con la cual enfermeras y enfermeros fueron formados.						
8.- La modalidad de comunicación empleada por el personal médico, afecta negativamente el estado de ánimo del personal de enfermería.						
9.- La opinión del personal médico sobre el desempeño de las enfermeras y enfermeros tiene más peso que las opiniones de los jefes de enfermería.						
10.- El personal médico toma decisiones sobre cuestiones que son de incumbencia exclusiva del personal de enfermería en cuanto al cuidado del paciente.						
11.- El personal médico interfiere, de modo injustificado, en la capacitación del personal de enfermería.						
12.- El personal médico, de modo injustificado, no considera observaciones del enfermero sobre el funcionamiento operativo de los servicios.						

13.- El personal médico, de manera injustificada, interfiere en el dimensionamiento y planificación de las dotaciones de personal de los servicios de enfermería.						
14.- El personal médico, de modo injustificado, interfiere en decisiones y tareas que corresponden al personal de enfermería respecto de la gestión de insumos.						
15.- Los comités donde se toman decisiones sobre la gestión de enfermería están integrados mayoritariamente por personal médico y con insuficiente o nula presencia de personal de enfermería.						
16.- El personal médico no lee las evoluciones de los pacientes que realiza el personal de enfermería.						
17.- El personal médico, de modo injustificado, ejerce un fuerte predominio en la relación con la cúpula directiva de la organización sanitario-asistencial, desplazando al personal de enfermería de esta relación y poniéndolo en desventaja.						
18.- El personal médico, de modo injustificado, no participa al personal de enfermería de decisiones que afectan el tratamiento del paciente.						
19.- La modalidad de comunicación empleada por el personal médico afecta negativamente la comunicación entre el personal de enfermería y los demás actores del equipo de salud.						

20.- El personal médico, de modo injustificado, interfiere en la aplicación de sanciones disciplinarias al personal de enfermería.						
21.- El personal médico indica al personal de enfermería la realización de tareas sobre las cuales las enfermeras y enfermeros, por derecho, tienen autonomía por tratarse de las llamadas “tareas independientes de enfermería”.						
22.- El personal médico, de modo injustificado, no incluye al personal de enfermería en la recorrida de sala.						
23.- El personal médico indica al personal de enfermería la realización de tareas que no corresponden a las incumbencias profesionales de Enfermería.						
24.- La modalidad de comunicación empleada por el personal médico, genera malos entendidos que causan errores de trabajo en las actividades de Enfermería.						
25.- El personal médico firma autorizaciones que le corresponde firmar al personal de enfermería						
26.- La asignación de espacios físicos y equipos favorece de modo injustificado al personal médico por sobre el personal de enfermería.						

27.- El personal médico, de manera injustificada, concentra el aprovechamiento de la oferta de actividades de formación destinadas al equipo de salud, restándoles posibilidades al personal de Enfermería.						
28.- La modalidad de comunicación empleada por el personal médico afecta negativamente el trabajo interdisciplinario entre el personal médico y el personal de enfermería.						
29.- El personal médico, de manera injustificada, ejerce liderazgo en el Área de Enfermería, desplazando al Director de Enfermería, Gerente o al Jefe del Departamento de Enfermería, o a las enfermeras y enfermeros responsables de los servicios.						
30.- El personal médico toma decisiones sobre cuestiones que son de incumbencia exclusiva del personal de enfermería en cuanto a la organización de los servicios.						
31.- El personal médico, de modo injustificado, no considera las observaciones que hace el personal de enfermería sobre la evolución del estado de salud del paciente.						
32.- La modalidad de comunicación empleada por el personal médico, afecta negativamente las relaciones interpersonales en el personal de enfermería, provocando conflictos entre pares y con jefes.						

33.- El personal médico muestra insuficiente conocimiento de las incumbencias profesionales del personal de enfermería.						
34.- El personal médico limita al personal de enfermería el acceso a información necesaria para el desarrollo de sus funciones.						
35.- El personal médico, de modo injustificado, no incluye al personal de enfermería en el análisis de los procesos de gestión, donde las enfermeras y enfermeros tienen información útil que aportar para una mejor eficiencia y calidad de los servicios.						
36.- La modalidad de comunicación empleada por el personal médico, afecta negativamente la comunicación entre el personal de enfermería y el familiar del paciente.						
37.- El personal médico indica al personal de enfermería la realización de tareas sin el respaldo documental o las autorizaciones formales correspondientes que debe proveerle.						
38.- La modalidad de comunicación empleada por el personal médico afecta negativamente la coordinación y el trabajo en equipo del personal de enfermería.						
39.- Cuando hay que determinar las causas de eventos adversos, la opinión del personal médico se impone por sobre la opinión del personal de enfermería, de manera injustificada.						

ANEXO XIV– Presentación del modelo de agradecimiento por responder la encuesta, y envío de archivo adjunto como recompensa de orden académica prometida a los 98 participantes voluntarios que respondieron la encuesta.

----- Forwarded message -----

De: **Darío Siani** <siani.dario@maimonides.edu>

Date: sáb, 16 oct 2021 a las 15:43

Subject: ENVÍO PARA UD. POR SU PARTICIPACIÓN EN MI INVESTIGACIÓN

To:

Estimada  
Licenciada

En primer lugar, quiero manifestarle mi agradecimiento por dedicarle tiempo al completamiento del instrumento de medición que aplicaré en mi investigación. Su participación será muy valiosa y de mucha utilidad.

En segundo término, y conforme lo comprometido con Ud., le estoy adjuntando una copia digitalizada de la investigación de mi autoría, que es antecedente de la cual Ud. participó. Como ya le anticipara, es una investigación de tipo cualitativa, y con ella me gradué como doctor en Psicología Social por la Universidad Kennedy. Se utilizó la técnica de análisis cualitativo de contenido (Cáceres, 2003), consistente con el método de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002), y los datos fueron procesados con el software para análisis cualitativo de datos Atlas Ti. Esta investigación ya fue registrada y subida al repositorio digital ResearchGate, y desde allí se puede bajar el documento. No obstante, y para que pueda disponer de inmediato del mismo y grabarlo en el escritorio de su computadora, le estoy adjuntando un archivo en pdf con un ejemplar digitalizado.

Cordiales saludos.

**Dr. Darío Siani**

ANEXO XV – Listado de participantes voluntarios que respondieron la encuesta, con sus respectivos números de orden en la matriz de datos.

1	Galeano, Isabel	37	Burroso, Adriana	62	Reynaga, Sabina
2	Ocsa, Maria de los Angeles	38	Villegas, Monica	63	Villanueva Hortal, Cinthia
3	Zabala, Teresa	39	Palavecino, Leonardo	64	Gomez, Sandra
4	Rivera, Lilian	40	Mendieta, Marcela	65	Llanos, Beatriz
5	Vilca, Paola	41	Castillo, Elizabeth	66	Molina, Ricardo
6	Sperperato, Corina	42	Vargas, Patricia	67	Despos, Silvia
7	Carrizo, Alejandra	43	Armendariz, Analia	68	Dechia, Maria
8	Quiroga Acosta, Monica	44	Pinda, Veronica	69	Yacquet, elena
9	Naranjo, Adriana	45	Garcia, Soraya	70	Britos, Rosa
10	Paz, Jesica	46	Farias, Maria	71	Sosa, Maria
11	Battes, Alejandra	47	Duarte, Nilda	72	Ayala, Lilian
12	Tambone, Marcela	48	Salafia, Amalia	73	Medina, Marcela
13	Copa, Sonia	49	Velazquez, Elena	74	Luna, Susana
14	Oporto, Liliana	50	De los Santos, Laura	75	Januszevski, Claudia
15	Lucero, Sandra	51	Merlo, Veronica	76	Rosero, Ricardo
16	Arce, Romina	52	Fernandez Flores, Basilia	77	Dominguez, Estela
17	Montenegro, Alejandro	53	Bernardini, Delma	78	Rojas, Silvina
18	Avendaño, Soledad	54	Mendoza, Marcela	79	Alarcon, Gabriela
19	Lucero, Antonia	55	Bazan, Nicolas	80	Pons, Jorge
20	Alvarez, Dario	56	Staiano, Maria	81	Molina, Rosa
21	Vera, Adela	57	Gonzalez, Jos Luis	82	Correa, Silvia
22	Plana, Monica	58	Bracamonte, Lorena	83	Gareca, Liliana
23	Alvarez Balladares, Maria Fernanda	59	Galfrascoli, Daniela	84	Vargas, Elsa
24	Van Deworde, Eulalia	60	Encina, Isabel	85	Castillo, Jesica
25	Brites, Carmen	61	Mondelio, Monica	86	Apaza, David
26	Rios, Veronica			87	Gamarra Rubina, Ruby
27	Colaiacono, Nancy			88	Ocsa, Claudia
28	Basili, Sylvia			89	Martinez, Sandra
29	Ponce, Sonia			90	Gago, Debora
30	Pereyra, Analia			91	Castaño, Natalia
31	Bravo, Eliana			92	Garcia, Fabian
32	Duarte, Lorena			93	Rodriguez, Andrea
33	Piceda Walter			94	Marcial, Leda
34	Stortini, Silvina			95	Castro, Leandro
35	Fuentealba, Sonia			96	Álvarez, Liliana
36	Freire, Verónica			97	Nunez, Elvira
				98	Ayala Iglesias, Rosa



ANEXO XVI – Matriz con los datos cargados de las variables poblacionales.

Número de participante en la muestra	Edad	Sexo	Tipo de Institución donde trabaja	Trabaja en UCI	Cantidad total de personal a su cargo
1	45	1	1	1	0
2	48	1	2	0	0
3	57	1	1	0	0
4	46	1	2	0	0
5	38	1	2	0	7
6	51	1	1	0	169
7	52	1	1	1	0
8	48	1	1	0	1000
9	48	1	1	0	40
10	30	1	2	0	40
11	54	1	1	0	0
12	41	1	2	0	0
13	54	1	2	1	0
14	49	1	1	1	120
15	50	1	1	0	0
16	42	1	1	0	0
17	52	2	1	0	158
18	34	1	1	1	0
19	48	1	2	0	28
20	35	2	1	1	30
21	34	1	2	0	0
22	55	1	2	0	45
23	56	1	1	1	0
24	57	1	2	0	0
25	51	1	1	0	0
26	48	1	1	1	180
27	53	1	1	0	0
28	54	1	1	1	0
29	41	1	1	0	0
30	45	1	1	0	0
31	34	1	2	1	0
32	44	1	1	0	2
33	57	2	2	0	380
34	42	1	1	0	60
35	46	1	1	1	0

Número de participante en la muestra	Edad	Sexo	Tipo de Institución donde trabaja	Trabaja en UCI	Cantidad total de personal a su cargo
36	39	1	1	1	0
37	56	1	1	0	12
38	55	1	1	1	8
39	36	2	1	0	0
40	53	1	2	1	15
41	35	1	1	1	5
42	57	1	2	0	1
43	43	1	1	1	60
44	50	1	2	0	0
45	56	1	1	0	0
46	48	1	1	0	230
47	48	1	1	0	0
48	44	1	2	1	0
49	54	1	1	1	33
50	50	1	2	0	33
51	40	1	1	0	0
52	56	1	1	1	23
53	56	1	1	0	0
54	46	1	1	0	0
55	56	2	1	1	36
56	56	1	1	1	150
57	56	2	1	1	150
58	44	3	2	1	250
59	41	1	1	0	0
60	51	1	1	0	0
61	55	1	2	1	34
62	54	1	1	1	3
63	43	1	1	0	350
64	46	1	1	1	0
65	47	1	1	0	104
66	51	2	2	0	220
67	52	1	2	0	67
68	45	1	1	0	42
69	62	1	2	0	0
70	59	1	1	1	0
71	52	1	1	0	107
72	49	1	1	1	20

Número de participante en la muestra	Edad	Sexo	Tipo de Institución donde trabaja	Trabaja en UCI	Cantidad total de personal a su cargo
73	50	1	2	0	0
74	55	1	1	0	0
75	54	1	1	0	0
76	47	2	2	1	0
77	43	1	2	0	0
78	57	1	2	0	570
79	32	1	2	0	3
80	45	2	2	1	120
81	46	1	2	0	22
82	61	1	1	0	3
83	41	1	1	0	0
84	50	1	1	1	0
85	32	1	2	1	0
86	40	2	1	1	130
87	41	1	1	1	0
88	40	1	1	0	0
89	52	1	1	0	36
90	45	1	2	0	250
91	46	1	1	1	0
92	54	2	1	0	175
93	46	1	1	0	130
94	45	1	1	0	0
95	31	2	1	0	28
96	49	1	1	0	0
97	61	1	2	0	3
98	54	1	1	0	27

ANEXO XVII– Matriz con los datos cargados de la variable de estudio

Participante / Reactivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	2	4	3	4	2	4	3	2	4	2	3	2	2	1	2
2	2	3	3	3	1	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0
3	2	4	3	5	2	2	3	1	5	1	0	2	3	4	5
4	2	3	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
5	2	5	4	5	2	5	5	5	5	2	5	2	5	1	2
6	3	5	5	5	0	2	2	3	1	1	0	4	3	0	3
7	2	4	3	4	3	4	2	2	4	3	1	3	3	1	4
8	2	3	4	5	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3
9	3	5	3	5	4	4	4	4	5	5	1	2	0	0	0
10	4	5	2	4	1	5	3	3	3	3	1	2	1	1	2
11	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5
12	2	5	4	5	3	3	2	4	3	3	0	4	1	1	4
13	3	4	4	5	2	3	4	4	5	2	2	3	5	5	5
14	2	4	2	5	1	4	1	4	4	3	2	2	2	2	4
15	2	1	4	5	5	5	4	4	5	4	2	2	3	5	5
16	3	4	3	4	2	3	3	4	3	3	0	2	3	1	3
17	3	3	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
18	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	5	5
19	1	4	4	4	5	5	4	4	4	4	2	4	3	3	2
20	1	4	5	5	3	2	4	3	4	4	2	3	0	2	3
21	2	2	1	4	1	2	3	2	3	2	2	3	1	1	2
22	4	4	1	5	1	3	3	3	0	3	0	1	0	0	0
23	2	4	2	5	0	1	3	3	4	3	1	3	3	1	0
24	4	3	2	4	5	2	5	4	4	4	5	3	2	3	3
25	2	4	3	5	2	2	2	2	3	3	1	2	3	3	4
26	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5
27	4	5	3	5	3	2	2	5	5	5	2	2	2	5	4
28	2	2	2	5	3	2	3	3	4	4	2	2	5	4	4
29	2	4	2	4	4	4	4	5	3	5	2	5	3	1	4
30	4	4	3	5	5	4	3	3	5	5	2	3	2	5	5
31	3	2	2	4	3	3	2	2	3	2	3	2	4	1	4
32	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
33	2	3	2	4	2	2	3	2	2	2	1	2	1	1	1
34	4	5	5	5	1	5	2	5	1	2	0	2	2	0	1
35	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	1
36	0	1	0	4	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0
37	1	4	5	5	4	2	4	4	4	4	4	4	3	5	4
38	3	3	0	4	5	5	5	5	5	5	3	5	2	4	4

Participante / Reactivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
39	2	3	4	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	0	4	4	4	5	4	4	5	3	2	2	3	2	3	3
41	2	3	1	4	3	2	4	5	3	4	3	4	5	1	4
42	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0
43	1	5	5	5	3	4	4	5	2	3	2	2	4	0	3
44	2	2	3	1	3	0	0	2	2	2	0	0	0	2	1
45	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
46	5	5	5	5	4	4	4	4	0	4	3	4	0	2	0
47	0	4	2	5	3	1	1	3	4	5	0	3	0	5	1
48	2	1	4	5	3	3	4	4	5	3	4	3	4	4	5
49	2	4	2	4	3	3	0	0	4	0	0	0	0	5	0
50	2	2	3	4	3	2	1	3	3	2	0	0	1	2	0
51	0	1	5	5	1	2	2	2	3	2	0	3	1	0	3
52	3	4	5	5	3	4	4	5	4	3	1	4	1	4	5
53	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	4	4	4	3	4
54	3	5	5	5	2	3	2	2	5	0	0	3	3	2	5
55	3	2	2	5	1	1	3	1	4	1	1	1	0	0	4
56	0	5	5	4	1	2	0	2	0	2	0	4	0	4	0
57	0	5	5	5	0	2	0	3	1	1	0	5	1	4	1
58	3	5	5	5	4	4	3	4	4	4	0	3	2	0	5
59	3	4	4	5	1	1	0	2	3	2	0	2	0	1	1
60	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0
61	0	4	4	4	4	5	4	3	4	5	5	4	4	4	4
62	5	5	5	5	3	5	4	4	3	5	5	3	4	0	3
63	3	4	3	5	5	4	1	3	5	5	5	4	3	1	5
64	2	5	2	5	3	4	4	4	4	4	0	4	0	0	5
65	4	4	5	5	3	2	4	4	5	3	0	4	1	2	0
66	1	4	2	5	0	1	1	2	1	2	0	0	0	0	5
67	3	4	2	1	4	4	1	4	1	3	1	3	1	3	3
68	0	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1
69	1	0	0	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0
70	4	4	4	5	3	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3
71	2	5	5	5	1	1	0	2	3	3	0	1	0	0	4
72	3	5	4	5	3	4	5	3	5	5	1	5	0	3	5
73	3	4	5	4	3	2	4	4	5	4	4	3	3	3	5
74	3	4	5	5	1	3	1	3	3	3	0	2	0	1	4
75	3	5	5	5	2	3	5	4	5	3	0	4	5	1	5
76	3	4	5	5	3	4	2	4	4	4	1	2	1	3	2
77	4	3	4	4	4	5	4	5	4	3	3	4	3	4	4
78	2	3	3	4	1	2	2	4	3	2	2	3	2	2	2

Participante / Reactivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
79	4	3	3	1	2	2	3	3	3	3	3	3	4	1	1
80	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	4	5	5	4	5
81	3	5	5	5	5	2	3	3	3	3	3	4	5	4	4
82	2	4	3	5	0	3	3	4	4	4	1	3	2	4	3
83	4	4	4	5	0	4	2	3	5	4	3	2	2	4	5
84	5	4	4	5	3	5	4	3	4	3	1	4	4	2	4
85	2	1	3	5	0	1	4	2	1	0	0	3	0	0	3
86	4	4	4	5	4	5	4	3	4	3	3	4	3	3	1
87	4	5	5	5	0	2	5	2	3	3	0	1	0	0	4
88	3	2	0	1	0	2	0	2	4	2	0	1	4	0	0
89	3	5	5	5	2	4	4	4	5	4	0	4	2	1	1
90	3	3	2	4	3	3	3	2	3	2	1	2	1	1	4
91	2	5	4	5	3	5	3	3	5	5	2	3	5	5	5
92	3	4	3	5	2	3	3	3	4	4	4	4	2	3	3
93	2	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
94	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3
95	2	3	3	4	3	3	4	3	4	5	5	3	3	3	4
96	2	2	4	4	4	4	4	4	1	3	3	3	3	4	4
97	3	4	3	5	3	3	4	3	5	3	3	3	4	4	5
98	4	4	3	5	1	4	4	3	4	2	0	2	1	0	0
Totales por reactivo	245	357	326	418	246	291	278	308	329	296	176	273	219	220	293
Promedio por Reactivo	2,50	3,64	3,33	4,27	2,51	2,97	2,84	3,14	3,36	3,02	1,80	2,79	2,23	2,24	2,99

Participante / Reactivo	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	4	2	4	4	4	2	5	5	2	0	5	5	2	3	4
2	1	3	3	1	0	2	4	1	1	0	4	1	1	0	1
3	3	5	1	3	3	1	0	5	2	0	5	2	5	3	2
4	4	1	0	1	3	1	0	0	2	0	4	4	1	0	0
5	5	5	5	4	3	2	5	3	5	3	5	5	4	3	2
6	1	5	5	4	1	3	5	3	2	0	5	0	3	0	0
7	3	3	4	3	4	1	2	3	2	1	2	4	3	2	2
8	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	5	5	2	2	2
9	3	3	2	2	5	4	4	4	4	4	5	1	4	4	1
10	5	3	3	4	1	0	1	4	4	0	4	2	4	1	1
11	5	5	5	5	0	5	5	2	5	5	5	5	5	5	3
12	5	5	5	5	2	2	5	2	2	0	5	4	2	5	5
13	4	5	3	3	3	4	4	3	3	1	4	2	3	5	5
14	2	2	4	4	1	1	1	1	1	0	4	2	4	1	1
15	3	5	4	3	3	3	4	3	2	1	5	4	4	5	5
16	4	2	3	4	2	4	5	5	5	3	5	2	5	2	2
17	1	1	1	1	0	0	0	0	2	0	4	3	2	0	0
18	5	5	5	5	3	3	5	3	3	3	5	5	5	5	4
19	4	2	4	5	2	3	4	4	4	3	5	4	5	4	4
20	3	3	2	1	1	2	5	5	1	0	4	4	3	0	2
21	5	5	1	4	1	3	5	2	1	0	3	3	2	4	3
22	4	4	2	2	1	1	5	1	2	0	4	4	2	1	0
23	2	4	1	3	1	2	4	3	2	3	4	4	2	1	1
24	2	3	2	2	3	4	4	3	3	2	5	1	2	3	3
25	5	5	4	3	3	3	5	3	3	3	5	4	3	4	4
26	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
27	4	5	4	4	5	4	5	4	3	5	5	5	4	5	5
28	5	5	4	4	5	4	5	0	2	0	5	5	4	5	5
29	5	5	4	4	3	5	5	4	5	4	5	5	5	4	2
30	2	5	3	2	3	4	5	4	3	1	5	5	4	4	4
31	2	4	4	3	5	3	5	3	5	1	5	3	3	2	2
32	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
33	4	4	2	2	2	2	4	2	2	1	4	3	2	1	1
34	5	4	4	4	2	5	5	2	4	1	5	5	4	1	1
35	2	2	3	3	1	3	2	2	1	2	4	4	3	2	2
36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
37	4	5	5	4	5	5	5	4	4	1	5	3	4	5	5
38	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	3	4

Participante / Reactivo	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
39	3	0	0	2	3	2	5	2	2	2	2	3	2	3	3
40	2	2	2	3	2	2	3	2	2	1	5	5	4	2	2
41	5	4	4	3	3	3	4	4	3	1	5	3	4	3	3
42	0	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	2	1	0	0
43	0	2	5	5	5	3	3	4	4	0	5	5	5	4	2
44	4	1	2	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0
45	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	2	1	1	0	0
46	3	4	5	4	0	4	4	4	3	2	5	4	4	0	0
47	5	4	5	1	5	3	4	5	0	2	5	4	4	4	4
48	4	5	4	4	3	4	5	4	3	3	5	5	3	5	2
49	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
50	2	2	1	1	0	2	1	1	2	0	0	0	2	1	0
51	3	3	5	3	4	3	5	3	3	1	1	3	2	1	0
52	4	5	4	4	2	4	1	4	4	4	5	5	4	4	5
53	5	4	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4
54	4	5	4	4	4	5	4	1	2	0	5	4	5	4	3
55	3	4	1	2	1	1	4	1	1	0	5	4	1	1	0
56	1	3	5	4	0	1	4	3	2	0	5	4	4	0	3
57	2	4	5	5	0	1	4	3	1	0	5	5	4	0	4
58	5	5	5	5	4	4	5	3	3	0	5	5	4	3	3
59	4	4	3	4	3	3	3	3	2	0	4	2	3	0	2
60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
61	5	4	5	4	1	1	0	4	4	0	2	3	4	3	4
62	2	4	4	4	5	4	3	5	5	0	5	3	5	5	5
63	3	5	3	3	5	5	3	5	5	0	5	5	2	5	2
64	0	5	2	4	4	2	3	2	2	0	5	2	4	3	2
65	4	5	4	4	5	4	4	3	3	2	5	5	2	2	2
66	1	4	1	1	0	1	5	4	2	1	2	1	1	1	1
67	3	3	3	3	3	3	0	3	5	0	3	1	2	3	3
68	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1
69	0	0	0	1	2	1	0	1	0	0	0	0	2	4	1
70	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3
71	4	4	1	1	1	5	4	0	1	0	0	1	4	1	1
72	3	5	5	5	5	5	5	2	0	0	5	5	5	5	5
73	4	5	4	4	4	5	5	3	4	4	5	5	4	4	4
74	5	5	4	4	1	3	4	1	3	3	5	4	4	1	4
75	5	5	4	3	0	5	2	3	3	1	5	4	5	4	0
76	1	3	1	3	1	3	5	3	4	0	3	3	3	4	4
77	5	4	4	4	3	5	3	5	4	4	5	5	5	5	4
78	3	2	2	2	0	2	4	1	3	1	5	4	3	2	2



Participante / Reactivo	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
79	4	1	1	2	4	3	5	2	2	0	2	3	3	2	1
80	5	5	4	4	5	5	0	3	5	1	5	3	3	5	5
81	4	5	5	5	1	3	4	3	4	1	5	5	3	4	4
82	3	4	2	2	1	2	5	5	3	0	5	5	3	2	1
83	0	4	0	3	4	1	0	3	3	2	5	5	3	4	3
84	3	5	5	5	2	2	4	3	2	1	5	3	3	4	4
85	5	4	5	3	1	1	5	2	1	0	1	5	2	1	0
86	3	4	3	4	0	2	5	3	3	1	5	4	4	3	3
87	5	5	5	3	1	2	5	2	3	0	5	4	2	0	1
88	3	2	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	1	0	0
89	3	5	4	4	2	3	3	5	4	1	5	5	4	4	4
90	1	4	2	2	1	2	2	3	2	1	4	3	2	2	1
91	5	5	4	5	5	4	5	4	5	0	5	5	4	5	4
92	4	5	3	2	3	5	2	3	3	2	5	3	3	3	2
93	5	5	4	5	4	5	5	4	4	4	5	4	4	4	5
94	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3	5	5	4	3	3
95	4	4	3	4	3	4	4	4	3	4	5	5	4	5	5
96	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
97	3	5	3	3	5	3	1	0	2	5	2	4	2	5	4
98	4	3	3	3	0	1	0	1	1	0	3	1	2	0	0
Totales por reactivo	334	373	320	323	254	295	352	294	287	161	419	359	335	288	270
Promedio por reactivo	3,41	3,81	3,27	3,30	2,59	3,01	3,59	3,00	2,93	1,64	4,28	3,66	3,42	2,94	2,76

Participante / Reactivo	31	32	33	34	35	36	37	38	39	Totales por participante	Medias
1	3	2	5	2	2	3	2	1	2	113	2,90
2	1	0	2	2	1	1	0	1	1	49	1,26
3	1	3	2	0	1	0	0	3	5	97	2,49
4	1	1	1	0	1	0	1	1	1	38	0,97
5	3	4	5	1	5	4	4	5	5	150	3,85
6	3	1	5	1	1	0	0	1	2	88	2,26
7	2	3	4	4	3	3	1	2	3	107	2,74
8	3	3	4	3	4	2	2	2	2	110	2,82
9	2	3	5	2	4	4	2	4	5	126	3,23
10	1	1	4	1	1	4	4	3	1	97	2,49
11	5	5	5	5	5	5	4	5	5	179	4,59
12	4	2	4	4	4	2	3	2	5	128	3,28
13	3	3	4	2	4	3	1	3	4	135	3,46
14	1	4	2	2	1	4	4	4	3	96	2,46
15	4	3	3	4	5	3	3	3	3	141	3,62
16	3	3	3	1	3	2	3	4	5	121	3,10
17	2	0	3	0	1	0	0	0	0	32	0,82
18	5	4	4	4	5	5	4	4	5	157	4,03
19	4	3	3	3	4	4	4	4	4	143	3,67
20	2	1	5	2	4	1	4	1	4	105	2,69
21	3	2	3	4	3	2	2	2	5	99	2,54
22	2	2	2	4	4	4	1	2	2	84	2,15
23	1	2	3	3	3	1	1	1	4	91	2,33
24	2	2	2	3	3	2	3	3	2	117	3,00
25	3	3	3	3	4	4	3	3	4	128	3,28
26	5	5	5	5	5	5	5	5	5	186	4,77
27	4	5	5	4	5	5	5	5	5	164	4,21
28	4	4	5	4	5	3	0	2	2	134	3,44
29	4	5	5	3	3	5	5	5	5	157	4,03
30	2	4	3	5	5	3	4	3	4	145	3,72
31	3	3	3	2	3	4	4	1	3	116	2,97
32	4	4	4	4	4	4	4	4	4	156	4,00
33	1	1	4	4	3	2	2	2	1	86	2,21
34	2	4	5	4	2	5	3	3	3	123	3,15
35	2	2	2	2	2	2	2	2	2	92	2,36
36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0,26
37	3	3	4	4	5	1	3	3	5	152	3,90
38	4	4	4	4	4	4	4	4	4	155	3,97

Participante / Reactivo	31	32	33	34	35	36	37	38	39	Totales por participante	Medias
39	2	2	2	2	4	1	2	1	3	68	1,74
40	2	5	3	4	3	3	5	5	5	122	3,13
41	3	2	5	4	4	3	4	4	5	134	3,44
42	1	1	1	0	2	1	2	1	1	31	0,79
43	2	5	5	5	5	5	2	5	2	136	3,49
44	2	0	2	0	2	0	1	0	2	40	1,03
45	1	2	1	0	0	0	0	0	1	20	0,51
46	4	5	4	5	5	4	3	4	3	132	3,38
47	4	2	4	2	4	0	3	2	4	117	3,00
48	4	3	4	3	5	4	4	5	5	150	3,85
49	0	0	0	0	0	0	0	0	3	33	0,85
50	0	1	4	0	1	2	2	2	3	58	1,49
51	2	3	2	0	0	3	2	2	2	86	2,21
52	5	4	5	5	0	4	5	4	5	151	3,87
53	4	5	5	4	5	5	4	4	5	178	4,56
54	4	5	5	1	5	4	3	2	5	133	3,41
55	4	1	5	1	4	1	1	1	2	78	2,00
56	3	3	4	4	1	3	3	3	1	93	2,38
57	4	3	5	5	1	3	3	3	1	104	2,67
58	4	4	4	4	4	4	4	4	4	146	3,74
59	2	1	4	2	4	2	1	1	4	90	2,31
60	1	0	4	2	0	0	2	0	2	18	0,46
61	5	4	5	5	0	5	3	4	5	138	3,54
62	3	5	5	3	3	4	5	4	4	154	3,95
63	3	2	3	4	5	3	5	3	5	145	3,72
64	4	2	5	4	4	4	2	4	5	120	3,08
65	3	3	4	4	3	2	1	1	2	123	3,15
66	1	1	1	0	0	1	2	1	1	58	1,49
67	0	3	3	0	1	4	3	3	5	98	2,51
68	2	1	2	1	1	2	2	1	2	55	1,41
69	0	1	0	0	0	1	0	0	0	19	0,49
70	3	3	3	3	3	3	3	3	3	134	3,44
71	3	1	1	1	4	1	0	0	0	71	1,82
72	5	5	5	5	5	2	5	5	5	158	4,05
73	3	3	5	4	4	4	4	4	5	156	4,00
74	3	2	3	4	4	3	1	3	4	116	2,97
75	3	2	5	2	5	3	3	3	5	135	3,46
76	1	1	3	1	3	3	1	3	2	106	2,72
77	5	4	5	4	4	3	3	3	5	159	4,08
78	3	2	4	3	3	3	3	3	3	100	2,56

Participante / Reactivo	31	32	33	34	35	36	37	38	39	Totales por participante	Medias
79	3	2	3	2	1	3	3	3	5	99	2,54
80	3	4	5	1	5	3	5	4	2	160	4,10
81	3	4	4	4	4	4	4	3	5	148	3,79
82	2	2	5	5	4	2	4	2	3	117	3,00
83	1	2	3	3	4	3	3	3	4	117	3,00
84	3	3	4	4	4	4	1	4	4	137	3,51
85	2	2	4	2	3	1	1	2	1	79	2,03
86	3	3	4	4	3	3	1	2	4	128	3,28
87	5	2	3	4	4	3	1	3	4	111	2,85
88	2	1	1	0	1	1	1	1	1	40	1,03
89	3	3	4	4	4	4	4	4	5	140	3,59
90	2	1	2	2	2	2	2	2	3	87	2,23
91	2	4	3	4	2	4	3	4	4	155	3,97
92	3	3	5	3	3	3	3	3	4	128	3,28
93	4	5	4	4	5	4	5	5	5	176	4,51
94	4	4	4	4	4	4	3	3	4	144	3,69
95	3	5	4	4	4	4	3	3	5	148	3,79
96	4	4	4	4	4	4	4	4	4	145	3,72
97	2	2	4	3	4	2	3	2	4	128	3,28
98	3	1	2	2	1	2	1	3	1	75	1,92
Totales por reactivo	298	295	380	303	334	305	291	302	365		
Promedios por reactivo	3,04	3,01	3,88	3,09	3,41	3,11	2,97	3,08	3,72		

