



**Universidad de Chile**

Facultad de Economía y Negocios

Escuela de Economía y Administración

**“ANÁLISIS DE TRABAJO EN EQUIPO Y LIDERAZGO EN EQUIPOS  
MULTIDISCIPLINARIOS EN SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA”**

**Seminario para optar al título de Ingeniero Comercial, Mención Administración**

Participantes:

María José Garrido Toledo

María Fernanda Ugarte Moreno

Josefina Vodanovic Valdés

Director de Seminario:

Matías Sanfuentes Astaburuaga Ph.D

Santiago - 2011

## ABSTRACT

Este seminario de Título se inserta en la primera fase de un proyecto de investigación cuya finalidad es crear un instrumento de medición que permita evaluar las dinámicas de la colaboración, comunicación, trabajo en equipo y liderazgo en equipos multidisciplinarios en los servicios de salud pública de nuestro país. Bajo este contexto, el objetivo del trabajo que se presenta en los siguientes capítulos es comprender las dinámicas de trabajo en equipo y liderazgo al interior de los equipos médicos de salud pública. Dicha investigación fue realizada en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Posta Central.

Para lograr este objetivo, nuestro trabajo se dividió en tres partes: primero, un acercamiento teórico hacia los conceptos claves, lo cual se hizo por medio de la bibliografía que citamos en las referencias, sumado a un estudio de trabajos de investigación en equipos médicos ya realizados; segundo, realizamos un análisis a entrevistas grupales focalizadas, realizadas por el profesor guía de este seminario, Sr. Matías Sanfuentes Ph.D, en donde se habla acerca de los temas en estudio de la propia voz de los miembros de la Posta Central; y por último, trabajamos con la observación científica por más de tres meses, lo que finalmente nos permitió extraer resultados y conclusiones al respecto.

Los principales hallazgos de esta investigación fueron:

- El trabajo en equipo es un tema complejo, ya que no se tiene una idea común respecto a lo que significa y lo que implica.
- Existe confusión a la hora de asumir e identificar el rol del líder otorgado por la organización v/s el líder que emerge dada una situación.
- Las condiciones laborales que se generan dado un sistema maltratador y poco contenedor con sus participantes.

**ÍNDICE**

<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
Trabajo en Equipo y Colaboración	10
Liderazgo: Rol y Seguidor	13
Liderazgo y Dinámicas Institucionales en el Sector Público	16
Mecanismos de Defensa y Sistema Social Defensivo	18
La Violencia y La Dinámica del Maltrato	21
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>24</b>
Enfoque	24
Método de Observación	25
Metodología	25
Método de Análisis	26
Entrevistas Grupales	27
Metodología	27
Método de Análisis	29
<b>CAPÍTULO IV: HALLAZGOS DE OBSERVACIÓN PSICOANÁLITICA EN SERVICIO DE SALUD PÚBLICA</b>	<b>32</b>
<b>Descripción y Análisis de los Hallazgos en el Servicio Urgencia</b>	<b>32</b>
Lugar de Observación	32
Rol de Observadora en Servicio de Urgencia	33
Sensación de No Urgencia en un Servicio de Urgencia	37
La Desprotección y el Maltrato del Sistema	41
Violencia y Dinámica del Maltrato	43
<b>Descripción y Análisis de los Hallazgos en el Servicio de Quemados</b>	<b>46</b>
Lugar de Observación	46
Rol de Observadora en Servicio de Quemados	47
El Microclima de la Unidad de Quemados	49
Ejecución Ritual de Tareas	51
Cinismo y Statu Quo	53
Liderazgo y Médicos Fantasma	56

---

La Culpa	58
<b>Descripción y Análisis de los Hallazgos en el Servicio de Traumatología</b>	<b>61</b>
Lugar de Observación	61
Rol de Observadora en Servicio de Traumatología	62
Médicos Presentes pero Ausentes	64
El Desamparo	66
Rol Dominante de las Enfermeras	68
<b>CAPÍTULO V: ANÁLISIS CUALITATIVO DE ENTREVISTAS GRUPALES</b>	<b>71</b>
<b>Trabajo en Equipo</b>	<b>71</b>
<b>Liderazgo</b>	<b>73</b>
<b>Colaboración</b>	<b>75</b>
<b>Comunicación</b>	<b>77</b>
<b>Retroalimentación</b>	<b>79</b>
<b>Rol</b>	<b>80</b>
<b>Experiencia Laboral</b>	<b>82</b>
<b>Condiciones de Trabajo</b>	<b>83</b>
<b>Falta de Personal</b>	<b>85</b>
<b>Sobrecarga Laboral</b>	<b>86</b>
<b>Sistema en su Totalidad</b>	<b>87</b>
<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES</b>	<b>90</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>93</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>97</b>
<b>Registros de Observaciones</b>	<b>97</b>
Observaciones en Servicio de Atención de Urgencia en HUAP	97
Observaciones en Servicio de Quemados en HUAP	123
Observaciones en Servicio de Traumatología en HUAP	145
<b>Transcripciones de Audios de Entrevistas Grupales</b>	<b>164</b>
Entrevista Grupal #1	164

Entrevista Grupal #2	184
Entrevista Grupal #3	202
<b>Códigos y Familias de las Transcripciones de Audios de Entrevistas Grupales</b>	<b>232</b>
<b>Entrevista Grupal #1</b>	<b>232</b>
Códigos Entrevista #1	232
Familias Entrevista #1	235
<b>Entrevista Grupal #2</b>	<b>238</b>
Códigos Entrevista #2	238
Familias Entrevista #2	241
<b>Entrevista Grupal #3</b>	<b>243</b>
Códigos Entrevista #3	243
Familias Entrevista #3	250

*Nuestros sinceros agradecimientos a nuestro querido Profesor, Sr. Matías Sanfuentes, por darnos la oportunidad de trabajar con él. Gracias por su dedicación e importante aporte a nuestra formación.*

*También agradecemos a Rossana Cervellino por su colaboración y apoyo a lo largo de este trabajo.*

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

Las instituciones de salud pública ayudan a satisfacer una importante necesidad social, de la cual muchas organizaciones privadas arrancan por diversos motivos. Sin embargo, son el retrato de un sistema muy precario en cuanto al apoyo que da a sus miembros y a las innumerables fallas en su funcionamiento. Los altos niveles de exigencia y una excesiva jornada laboral son una muestra de ellas.

El presente estudio, se realizó en el Hospital de Urgencia de Asistencia Pública (HUAP), Posta Central, especializado en la Urgencia de adultos, y que además cumple con un carácter docente, ya que estudiantes de las carreras del área médica de diferentes universidades cumplen con su etapa de internado en los diferentes servicios del Hospital. Asimismo, se hace cargo de la administración del Servicio de Urgencia de Ambulancias (SUA) y del Sistema de Atención Médica de Urgencias (SAMU). Al ser un Hospital de Urgencia, opera de manera distinta al resto de los hospitales de la red asistencial, ya que este centro de atención médica se encarga principalmente de estabilizar a los pacientes, para poder derivarlos, posteriormente, al Hospital correspondiente a la zona del paciente.

El inmueble, que data del año 1911, cuenta con 22.500 m<sup>2</sup> de áreas administrativas y clínicas, todo un lujo para sus inicios, pero metros más que insuficientes para las necesidades de hoy en día. Dentro de este espacio se dispone de 42 camillas de atención de urgencias en box dobles en el primer piso, además de 298 camas para los pacientes que requieran hospitalización, que se encuentran distribuidas en las diferentes unidades. Y la cantidad de pacientes atendidos a diario en urgencias es de 400 personas.

Los médicos, el cuerpo de enfermería y auxiliares de enfermería, cumplen turnos en el servicio médicos especializado al cual corresponden. Los profesionales de apoyo, como los kinesiólogos y nutricionista, prestan sus servicios en todas las unidades del hospital.

En el siguiente estudio, se analizan las dinámicas de trabajo en equipo y liderazgo en los equipos multidisciplinario de la Posta Central, además de aportar en una investigación mayor cuyo objetivo es crear un instrumento que permita medir éstas y otras dimensiones que afectan al trabajo en grupos. La importancia de la construcción de esta encuesta, es poder revelar las características conflictivas al interior de los equipos, tales como la ambigüedad en la definición de roles,

responsabilidades y expectativas, y la falta de comunicación, para así evaluar cómo éstas afectan el desempeño y ejecución de la tarea.

La importancia del estudio de estos temas, radica en la ayuda que presta en el entendimiento sobre estos conceptos dada la brecha que existe entre lo que perciben las personas que trabajan en el HUAP, y lo que significa el trabajo en equipo y el liderazgo para las organizaciones. Por lo tanto, gracias a este trabajo se podrían crear medidas correctivas o de aprendizaje, en caso que sea necesario, además de apoyar las distintas actividades que estén asociadas al tema.

Desde nuestra perspectiva, el desarrollo y entendimiento de estos temas son de suma importancia en cualquier organización, y por lo mismo para nosotras represento un desafío introducirnos en la salud pública, no sólo por la crítica que esta recibe, sino que también, por conocer el funcionamiento del mundo laboral que aún no exploramos, ya que nos encontramos finalizando nuestros estudios de pregrado.

A continuación se presentará un trabajo basado en las observaciones realizadas por sus autoras, y en las entrevistas realizadas a integrantes del HUAP, sumado y apoyado a la bibliografía pertinente a los temas estudiados.



## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

En este capítulo se dará una descripción y explicación de las teorías que respaldan el estudio que aquí presentamos, en el cual se estudian equipos multidisciplinarios de servicios de salud pública, en relación al trabajo en equipo y liderazgo.

Comenzaremos hablando del Trabajo en Equipo y Colaboración, apuntando a la importancia de la existencia de la complementariedad en las tareas de cada miembro de una organización, sin dejar de lado el objetivo común que ya ha sido determinado; además, de explicar algunas dinámicas de grupo que pueden interferir en el cumplimiento del objetivo grupal o tarea primaria.

Luego, reflexionaremos sobre los roles que surgen en la Dinámica del Liderazgo: El Líder y los Seguidores, en particular, hablaremos de la importancia del reconocimiento hacia cada uno de estos papeles, y de cómo se emplean ciertos mecanismos para emplear el ejercicio del liderazgo, y que permiten manejar las incertidumbres y ambigüedades que rodean al propio rol en la relación líder-seguidor.

Tercero, nos referiremos al Liderazgo y Dinámicas Institucionales en el Sector Público que dan pie al surgimiento de algunos funcionamientos inconscientes en los individuos que conforman la institución, y que dificultan el trabajo y la forma en que se ejerza el liderazgo.

A continuación, indagaremos en los mecanismos de Defensa contra la Ansiedad y cómo los miembros de una organización se coluden formando un sistema social defensivo, que atenta contra el cumplimiento de la tarea, lo que podría explicar la ineficacia de una institución como consecuencia del sistema social bajo el que opera.

Por último, abordaremos el tema de La Violencia y La Dinámica del Maltrato en las instituciones. Presentaremos un fundamento teórico acerca del origen de la violencia, mostrando cómo ésta proviene desde la misma institución, lo cual deriva en un malestar generalizado en el sistema y en sus miembros, quiénes se encuentran desprovistos de contención y protección ante la dinámica de maltrato imperante en la organización.

## Trabajo en Equipo y Colaboración

En el estudio de la administración, el término “trabajo en equipo” es visto como la piedra angular de las organizaciones futuras [...]. Ello se debe, en buena medida, a la complejidad de las tareas que deben realizar los trabajadores<sup>1</sup>. El trabajo en equipo conlleva tener una tarea en común que logra motivar a sus miembros, a coordinar esfuerzos y cumplir con los objetivos planteados. Por otro lado, existe una complementariedad de las tareas que realiza cada individuo pero teniendo presente el objetivo que fue determinado en conjunto. También, se tiene consciencia del compromiso asumido por los integrantes del grupo para cumplir con la tarea y de las responsabilidades que se distribuyen. Por lo tanto, es importante dejar claro, desde el enfoque administrativo, su diferencia con el concepto de grupo.

Según Robbins<sup>2</sup>, un grupo se define como dos o más individuos, interactuantes e interdependientes, unidos para alcanzar determinados objetivos específicos. Y por tanto, el comportamiento está establecido por las metas organizacionales y dirigidas hacia su cumplimiento, además poseen una estructura, determinando funciones de trabajo, que los convierte en grupos formales o informales.

Se desprende de ambas definiciones, que un equipo de trabajo es un grupo con características especiales, como las de efectividad en las tareas y su reconocimiento por la organización, además de la consciencia de las habilidades individuales aportadas al objetivo común. En adelante, se hablará de grupos de trabajos pero bajo una mirada psicoanalista, es decir, de un grupo de personas que poseen muchas cualidades de un equipo de trabajo.

El comportamiento de los individuos en grupo está muy influenciado por las emociones que surgen al trabajar con otros, además de las que traen consigo. La ansiedad se presenta como un sentimiento predominante. Según el diccionario de la RAE, la ansiedad queda definida como un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, es decir, una respuesta fisiológica frente a una situación nueva. Por otro lado, Krantz<sup>3</sup> habla de la ansiedad como respuesta al nuevo orden al que están expuestas las organizaciones, al constante cambio en la forma de relacionarse con el entorno y

---

<sup>1</sup> AYESTARÁN S.; CERRATO J. La creación de equipos de trabajo en las organizaciones. En: S. Ayestarán (Ed.), *El Grupo como Construcción Social*. 1996. pp. 233.

<sup>2</sup> ROBBINS, S. Comportamiento organizacional. Teoría y práctica. 7ma ed. San Diego: Prentice-Hall Hispanoamericana, San Diego State University, 1999. pp. 218- 283.

<sup>3</sup> KRANTZ, J. Anxiety and the new order. En: KLEIN E.B.; GABELNICK F.; HERR M. *The Psychodynamics of Leadership*, 1998. pp. 77-80.

sus exigencias. También menciona el trabajo de Klein, en cuanto a los dos estados mentales primitivos, el esquizo-paranoide y el depresivo, que ayudan al mejor manejo de la ansiedad. Se puede decir, que ésta emoción es una respuesta a las necesidades de los individuos, las cuales pueden ser difusas e inconscientes.

Entonces, por un lado, se tienen necesidades particulares de pertenencia al grupo y así ser identificado dentro de éste, y por otro lado, la necesidad de no perder la individualidad e independencia dentro del conjunto de personas. Por lo tanto, estamos en presencia de fenómenos psíquicos que influyen en la forma en que actúan los individuos al trabajar con otros. Un autor relevante en la materia es Wilfred Bion<sup>4</sup>, el cual hace su aporte al considerar que el grupo tiene una mentalidad colectiva al ser un ente unido que responde a una cultura creada a partir de los deseos de los individuos que lo componen. La mentalidad grupal<sup>5</sup> está formada por la opinión, voluntad o deseo unánimes del grupo en un momento dado; lo que en caso de estar en conflicto (mentalidad y deseos) se produce molestia, enojo u otras reacciones. Los individuos contribuyen a ella de forma anónima e inconsciente.

Una forma de extender este concepto es con el término de ‘Grupo de Trabajo’, el cual se refiere a la existencia de una mentalidad grupal clara respecto de los propósitos y habilidades personales necesarias para cumplir con los objetivos del grupo. Es decir, estamos frente a un potencial equipo de trabajo que logra desempeñar su objetivo de manera exitosa.

En este caso la colaboración aparece como elemento clave para el desarrollo de la tarea base que fue definida por el Grupo de Trabajo. Dada la racionalidad de los miembros del grupo, cada uno aporta desde sus conocimientos y la voluntariedad de participar en el intercambio de ideas<sup>6</sup>. Esto es posible ya que se fomenta la contribución y el respeto por las habilidades de los individuos, es decir, se le otorga un valor al mérito del contenido compartido. La comunicación ayuda a que la colaboración sea efectiva puesto que es un sistema formal y aceptado para el intercambio de pensamientos y aportes entre personas. Según Vega Roberts<sup>7</sup>, la palabra colaboración se refiere a la situación particular donde un grupo de personas se reúne a trabajar en conjunto a razón de su membrecía en otros grupos que tienen tareas coincidentes. Por lo tanto, podemos aplicar este

---

<sup>4</sup> BION, W. Dinámica de grupo. En: *Experiencias en grupos*, ed. Paidós, Buenos Aires, 1972. pp. 115-154.

<sup>5</sup> GRINBERG L.; SOR D.; TABAK E. Grupos. Cap. 1. En su: *Nueva Introducción a las Ideas de Bion*, 1991. pp. 19-34.

<sup>6</sup> MILLER E. The Human Dynamic. Cap 5. En: STACEY R. *Strategic Thinking and the Dynamics of Managing and Organizing*, 1993. pp. 98-116.

<sup>7</sup> ROBERTS V. Conflict and Collaboration, managing intergroup relations. Cap. 20. En: OBHOLZER A.; ROBERTS V., *The unconscious at work: individual and organizational stress in the human services*, 1994. pp. 187-196.

concepto a los grupos interdisciplinarios que observamos en los distintos servicios de salud pública, donde la tarea de la Posta Central es la que va decantando en cada servicio.

En contraste al Grupo de Trabajo, existe el Grupo de Supuestos Básicos<sup>8</sup>. En este tipo de grupo, los individuos en su conjunto caen, inconscientemente, en supuestos básicos mentales en respuesta a emociones como ansiedad, temor, odio, amor, entre otros. Es decir, buscan evadir los sentimientos que provoca el trabajar con otros individuos y conectarse con la realidad de grupo. El primero de ellos es el Supuesto Básico de Dependencia<sup>9</sup>, donde la mentalidad grupal cree en la existencia de un ente protector que satisfará todas las necesidades y deseos de sus integrantes. El grupo se comporta como si su tarea primaria fuera proporcionar esta satisfacción. La dependencia hacia un líder protector, puede inhibir el crecimiento y desarrollo del grupo.

Luego, en el Supuesto Básico de Ataque-Fuga<sup>10</sup>, el grupo tiene la convicción de que existe un enemigo para el cual se tienen dos opciones a considerar, atacarlo o huir de él. Para el grupo le es indiferente cualquier posición, se encuentra igualmente preparado para ambas. Se forma un sentido de unión que sirve para evitar el tener que enfrentar las dificultades del trabajo en sí. Los miembros buscan que el líder les proporcione algún mecanismo para actuar apropiadamente frente a alguna tarea. Por otro lado, les da un sentido de unión así como de paralización frente a la tarea o dificultad en el trabajo.

El último es el Supuesto Básico de Apareamiento<sup>11</sup>, donde el grupo tiene la creencia inconsciente de que un objeto, ente, situación, etcétera: es la que los salvará del presente; el cual se representa en una pareja o en la figura del líder junto una persona externa. El grupo está enfocado hacia el futuro, pero como una defensa en contra de las dificultades del presente. Sostiene un sentido de esperanza como una forma de dejar que las dificultades circulen.

Los tres Supuestos Básicos, desarrollados por W. Bion, conllevan la presencia de un líder que representa los deseos y demandas de los integrantes del grupo, aunque se debe tener presente que no siempre este papel lo tomará una persona, también puede ser una idea u objeto inanimado. Por ejemplo, en el caso del Supuesto Básico de Dependencia, el líder es un ser supremo, lleno de

---

<sup>8</sup> GRINBERG L.; SOR D.; TABAK E. Grupos. Cap. 1. En su: *Nueva Introducción a las Ideas de Bion*, 1991. pp. 19-34.

<sup>9</sup> STOKES, J. The unconscious at work in groups and teams. Cap. 32En: OBHOLZER A.; ROBERTS V. *The unconscious at work*, 1994. pp. 315-324.

<sup>10</sup> STOKES, J. The unconscious at work in groups and teams. Cap. 32En: OBHOLZER A.; ROBERTS V. *The unconscious at work*, 1994. pp. 315-324.

<sup>11</sup> STOKES, J. The unconscious at work in groups and teams. Cap. 32En: OBHOLZER A.; ROBERTS V. *The unconscious at work*, 1994. pp. 315-324.

sabiduría y bondad que guiará al grupo en las dificultades que pueda enfrentar. De alguna manera el grupo pierde la capacidad de juzgar las situaciones y otorgar posibles soluciones, haciendo recaer en el líder estas responsabilidades.

### **Liderazgo: Rol y Seguidor**

El liderazgo, mirado desde el punto de vista organizacional, es un concepto clave para un efectivo funcionamiento en los equipos de trabajo, puesto que el líder es quien representa y guía a los demás miembros de un equipo, con el fin de concretar la tarea primaria previamente establecida. Según Rice<sup>12</sup>, todas las instituciones realizan tareas de manera simultánea, pero no en órdenes establecidos, dichas instituciones no pueden tener una tarea primaria, sino varias tareas, cada una de ellas puede ser la tarea principal en un momento dado. Además, cada parte de un complejo de instituciones tiene su propio término de tarea primaria, que lo diferencia de otras partes y del conjunto, y contribuye a la tarea principal del todo. Sin embargo, las contribuciones no son necesariamente iguales, y pueden estar en conflicto. Rice<sup>13</sup>, asegura que todas las instituciones establecerán mecanismos, tanto a nivel consciente e inconsciente, para la satisfacción de las necesidades humanas y para la defensa contra la ansiedad. El número y la distribución de tareas varían entre y dentro de cada organización y con el tiempo, y se entiende que en un momento dado, la tarea primaria debe ser sobrevivir, visto como la institución en su totalidad o fracciones de esta.

Por otro lado, el líder debe conocer su rol organizacional, que se refiere al espacio en donde el individuo y el sistema confluyen, en donde cada individuo posee un rol organizacional. Según Krantz y Maltz<sup>14</sup>, el rol es un elemento altamente complejo y crítico en toda organización, y está sujeto a una continua modificación y transformación a medida que las circunstancias dentro de una organización cambian.

Los seguidores son aquellos que trabajan en conjunto con el líder y son esenciales para el cumplimiento de la tarea primaria. El seguidor debe ser capaz de asumir su rol y la responsabilidad para apoyar y colaborar con el líder, pues de esta forma se compone el trabajo en equipo.

---

<sup>12</sup> RICE A.K. Learning for Leadership: Interpersonal and Intergroup Relations. Cap 2. En: RICE A.K. *The Basis of Conference Design: Primary Task and the Organization Model*, 1965. pp.9-27.

<sup>13</sup> RICE A.K. Learning for Leadership: Interpersonal and Intergroup Relations. Cap 2. En: RICE A.K. *The Basis of Conference Design: Primary Task and the Organization Model*, 1965. pp.9-27.

<sup>14</sup> KRANTZ J.; MALTZ M. A Framework for Consulting to Organizational Role. *Consulting Psychology Journal*, 49(2): 137-151, 1997.

A continuación, se explicarán algunas de las técnicas que se emplean al ejercicio del liderazgo y cómo los roles deben ser entendidos para la mejor comprensión de lo que sucede en los equipos médicos analizados en esta investigación.

Liderazgo y Tarea Primaria. La tarea primaria es la clave para un buen funcionamiento del liderazgo, y trata de la visión y la estrategia para el futuro, donde se debe incluir y tener como referencia esta tarea. Según Obholzer y Miller<sup>15</sup>, la tarea primaria en la mente de los miembros del equipo, no debe ser únicamente lo más importante, también hay que ser consciente de que en las organizaciones existen cambios internos y externos que afectan las dinámicas organizacionales. Por ende, adaptarse a estas circunstancias, sin dejar de lado la tarea primaria, es lo ideal. Acercándolo al punto de vista de los equipos médicos, muchas veces estos pierden de vista su misión principal, que es velar por el cuidado de pacientes, ya que al mecanizar sus tareas abandonan su foco.

Autoridad y Poder. Son características que están presentes en un líder. Según Obholzer y Miller<sup>16</sup>, la autoridad es necesaria pero no suficiente en un líder, y por su parte, el poder es contar con los recursos disponibles para promulgar e implementar las decisiones. El líder, determinado por la organización, es quién cuenta con la autoridad, pero muchas veces este individuo no es reconocido por el equipo, dando paso al surgimiento de ciertos inconvenientes. Según Miller<sup>17</sup>, en la medida que la persona sea capaz de prescindir de la organización como apoyo a su identidad, definirá una posición de fuerza en la cual estará para tomar decisiones reales, además será capaz de ejercer su autoridad en todo el sentido que lo implica, como una función de la capacidad de manejarse uno mismo en relación al rol y el rendimiento a la tarea. Por otro lado, se refiere al poder como mantención y aumento del estatus, y a tener control sobre otros. Es natural el surgimiento del liderazgo, el grupo necesita de uno para el cumplimiento de la tarea primaria. Cuando no existe un líder denominado, entonces nace uno que es elegido por el grupo, quién posee el poder necesario y se le otorgará la autoridad, ya que el grupo confía en que éste posee las características suficientes para satisfacer las necesidades de los miembros y para guiarlos hacia el cumplimiento de la tarea.

---

<sup>15</sup> OBHOLZER A.; MILLER S. (2004). Leadership, followership and facilitating the creative workplace. Cap.2, en Huffington C., Working Below the Surface: The Emotional Life of Contemporary Organisations (33-48).

<sup>16</sup> OBHOLZER A.; MILLER S. (2004). Leadership, followership and facilitating the creative workplace. Cap.2, en Huffington C., Working Below the Surface: The Emotional Life of Contemporary Organisations (33-48).

<sup>17</sup> MILLER E. Liderazgo, Creatividad, y Cambio en Organizaciones. Ediciones Copygraph, 2005. Pp. 116-151.

Rol y sus Limitaciones. Para Reed y Bazalgette<sup>18</sup>, un rol es un principio de regulación mental, basado en la compleja interacción de sentimientos, ideas y motivaciones que experimenta la persona, y que surge al trabajar en pos de un sistema, integrado consciente e inconsciente y expresado en conductas orientadas a objetivos. Plantean que en rol es limitado por dos ideas principales en cuanto al uso común de este: primero, los roles son prescriptivos, describe la posición que una persona ocupa dentro de una estructura organizacional, la que debe ser desempeñada según expectativas que individuos y grupos tienen respecto del cargo. Y la segunda limitación del rol es que éstos tienden a ser estáticos, pues no se reconoce que al adoptar un rol, la persona siempre se está relacionando en un contexto cambiante, tanto dentro de la organización como en el ambiente del cual depende para su supervivencia y desarrollo.

Bruce y John<sup>19</sup>, mencionan que un rol es asumido en la medida que la persona identifica el fin del sistema al que pertenece, relaciona su propio deseo con ese fin, hace propio el fin como miembro del sistema, elige la acción y comportamiento personal que, desde su posición, contribuye de mejor manera a lograr el fin del sistema. Cuando la persona asume el rol comienza otra etapa en que tiene autoridad para tomar acciones y permitir que se produzcan cambios de acuerdo al fin del sistema, para lograr una adaptación al contexto o ambiente, interno o externo de la organización.

El rol organizacional, según Krantz y Maltz<sup>20</sup>, es donde el individuo y el sistema se enfrentan. El individuo ejerce otros roles fuera de la organización tales como esposo/a, amigo/a, hijo/a entre otros, y paralelamente se asume que también ha ejercido otros roles organizacionales, y sumado a lo que el sistema espera de él. Es decir, existen impactos en la organización sobre el individuo, en términos de la experiencia de cumplir con un determinado papel, y muestra el impacto del individuo en la organización como un todo, visible en términos de cómo los individuos asumen sus roles y las fuerzas que influyen, que son expresadas mediante el rol.

Muchas veces podemos identificar cómo el sistema y la dinámica organizacional exigen y esperan comportamientos, actitudes, tareas y deberes que son distintos a los que el individuo cree necesarios de adoptar para ejercer su rol organizacional. Por otro lado, las historias personales

---

<sup>18</sup> REED B.; BAZALGETTE J. Organizational Role Analysis at the Grubb Institute of Behavioural Studies: origins and development. En: NEWTON J.; LONG S.; SIEVERS B. Coaching in Depth: The Organizational Role analysis approach. 1era. Edición. Inglaterra, H-Karnac(Book) Ltd., 2006.pp. 43-62.

<sup>19</sup> REED B.; BAZALGETTE J. Organizational Role Analysis at the Grubb Institute of Behavioural Studies: origins and development. En: NEWTON J.; LONG S.; SIEVERS B. Coaching in Depth: The Organizational Role analysis approach. 1era. Edición. Inglaterra, H-Karnac(Book) Ltd., 2006.pp. 43-62.

<sup>20</sup> KRANTZ J.; MALTZ M. A Framework for Consulting to Organizational Role. Consulting Psychology Journal, 49(2): 137-151, 1997.

pasadas también limitan el desarrollo del rol en la institución, ya que experiencias anteriores, personales o laborales, buscan adaptarse a la nueva situación organizacional. Igualmente, existen paradigmas sobre cómo deben ser los roles en ciertas dinámicas organizacionales, el problema o limitante es que éstas dinámicas muchas veces son producto de la idealización, ya que no son la realidad de cómo funciona la organización en cuestión.

Seguidor y Negociación. La relación entre líder y seguidor está en constante interacción con la negociación, ya que existen dinámicas organizacionales en donde el traspaso de la autoridad, entre miembros de un equipo, es un tema vulnerable, y que muchas veces es difícil de coordinar. Huffington, James y Armstrong<sup>21</sup> mencionan que uno de los principales desafíos del liderazgo es la capacidad de reconocer y manejar las incertidumbres y ambigüedades que rodean al propio rol en relación con los papeles de los demás miembros, en ambos sentidos vertical y lateral. Con esto, nosotros traemos la dificultad que se genera en los equipos, donde existen diferentes actores y donde el rol juega un papel fundamental para lidiar con la autoridad y el manejo de la ansiedad que nace en las relaciones líder-seguidor.

El liderazgo debe comprenderse para poder ejercerse en su totalidad. La especificidad de un rol en una organización es clave para que exista un ambiente de colaboración entre líder y seguidor, que pueda desarrollarse de manera efectiva y donde se centre su misión en la ejecución de la tarea en común.

## **Liderazgo y Dinámicas Institucionales en el Sector Público**

La calidad y eficiencia es lo que se debate cuando se habla de instituciones en el sector público y privado, pero según Hogget<sup>22</sup>, las organizaciones públicas no son sólo un medio de entrega sino también un elemento de la sociedad para auto gobernarse. Con esto se refiere a la complejidad de gobernar en sociedades pluralistas, en donde los organismos públicos son la intersección de las necesidades de conflicto y definiciones del bien común y por otro lado, los conflictos basados en la realidad, donde es el gobierno quién debe lidiar con la proyección de sus ciudadanos. Esto significa que las organizaciones públicas son también involucradas en el manejar

---

<sup>21</sup> HUFFINGTON C.; JAMES K.; ARMSTRONG D. What is the emotional cost of distributed leadership?. Cap. 4. En: HUFFINGTON C.; ARMSTRONG D.; HALTON W.; HOYLE L.; POOLEY J. Working below the surf, 2004. Pp. 67-82.

<sup>22</sup> HOGGETT P. Conflict, Ambivalence, and the Contested Purpose of Public Organizations. Consulting to Public Organizations: Revisiting the Concept of "Primary Task". Human Relations 2006. [en línea]. <<http://hum.sagepub.com/content/59/2/175.abstract>>. [Consulta: 17 diciembre 2011].



de la ansiedad social y los sentimientos colectivos, que son parcialmente conscientes y parcialmente inconscientes.

Según Hogget<sup>23</sup>, las organizaciones públicas realizan una serie de funciones que van ligadas directamente con la vida ética y emocional de la sociedad, a diferencia de las organizaciones privadas, puesto que las hace cargar con una responsabilidad mayor dada sus características. Por otro lado, comenta que la tarea de una institución pública alineada con el gobierno, como la protección de personas vulnerables, es imposible de cumplir y es inevitable el fracaso. Asimismo, la dificultad en la tarea primaria, también viene dada por los diferentes puntos de vista de los objetivos de la organización, donde no es sólo que las opiniones de los altos mandos a menudo difieren de las de los directivos, los usuarios del servicio y sus integrantes, sino que existe una diferencia de visión entre estos profesionales, dado que cambian sus puntos de vista respecto de la función de la organización, afectando la noción y claridad de todos los que se vinculan con la institución.

Las Dinámicas Institucionales son creadas por los miembros de las organizaciones, éstas sostienen relaciones personales y laborales que se generan dentro de cada grupo, en donde se traen consigo la forma consciente e inconsciente de cada individuo. Es por ello la complejidad de su estudio y la dificultad para trabajar y ejercer liderazgo de forma efectiva. Por otro lado, según Hutton, Bazalgette y Reed<sup>24</sup>, cada individuo percibe en su cabeza cómo las actividades y las relaciones están organizadas, estructurados y conectados internamente. Se trata de un modelo interno en uno mismo, es parte de un mundo interior, que se apoya en las experiencias propias de cada interacción, relación y actividad que se realiza, que dan lugar a imágenes, emociones, valores y respuestas propias, que por lo tanto pueden estar influyendo personalmente en la gestión y liderazgo, positiva o negativamente.

Por otro lado, el liderazgo en instituciones de salud pública, se torna bajo un escenario aún más complejo, ya que se debe lidiar con la toxicidad mental, y con las tareas y escenarios que nadie quiere ver y hacerse cargo. Hinshelwood<sup>25</sup>, plantea la hipótesis que los aspectos de la institución son significativamente determinados por el funcionamiento inconsciente de los individuos que

---

<sup>23</sup> HOGGETT P. Conflict, Ambivalence, and the Contested Purpose of Public Organizations. Consulting to Public Organizations: Revisiting the Concept of "Primary Task". Human Relations 2006. [en línea]. <<http://hum.sagepub.com/content/59/2/175.abstract>>. [Consulta: 17 diciembre 2011].

<sup>24</sup> HUTTON J., BAZALGETTE J, REED B. Organization in the Mind. Cap.6. En: NEUMANN J.E.; KELLER K.; DAWSON-SHEPHERD A. Developing Organisational Consultancy. Inglaterra. Ed. Routledge. 1997. pp. 113-125.

<sup>25</sup> HINSHELWOOD R.D. Thinking About Institutions, Milieux and Madness. Cap.2. En HINSHELWOOD R.D., The Anxious Institution and its Defensiveness, 2001. pp 41-46.

conforman la institución. Se lidia con la ansiedad, disociación y con las defensas que el sistema va creando para negar pensamientos y sentimientos que resultan insoportables.

Obholzer y Miller<sup>26</sup>, comentan que Bion utiliza el concepto de valencia<sup>27</sup>, en su sentido aplicado en el campo de un grupo humano inconsciente y procesos institucionales, puesto que se utiliza para significar la capacidad de combinaciones instantánea e involuntaria de un individuo con otro de compartir y actuar en supuestos básicos. Por ende, se genera una colusión entre los individuos, y se espera un líder que calme sus ansiedades y que sostenga al grupo. Muchas veces el líder no cumple con el ideal, y el sufrimiento en la institución es sumamente agresivo, donde la tarea primaria se ve afectada. Esta situación se ve empeorada cuando no existen instancias para exponer la problemática y tener una mirada grupal bajo un contexto individual.

### **Mecanismos de Defensa y Sistema Social Defensivo**

Los mecanismos de defensa contra la ansiedad son procesos psicológicos automáticos que inhiben el desarrollo total de la comprensión, del conocimiento y de nuestra capacidad práctica, por lo que cuando un individuo enfrenta la realidad, ya es demasiado tarde, pues el resultado es un sentimiento de fracaso, baja autoestima y más ansiedad. Sin embargo, estos mecanismos son muchas veces ineficaces, dando el paso al surgimiento de ansiedades secundarias.

Como resultado de un acuerdo colusivo inconsciente entre los miembros de una organización, nacen los sistemas sociales defensivos. Según Menzies<sup>28</sup>, una organización de carácter social está determinada por su tarea primaria, por los elementos técnicos que se encuentran disponibles para ejecutar esa tarea, y también por las necesidades de satisfacción social y psicológica de quienes constituyen la organización. De esta forma, los mecanismos de defensa contra la ansiedad surgen como parte de la cultura, estructura y modo de organización de una institución, determinadas por las necesidades psicológicas de sus miembros. Este sistema social surge además, para “evitar las experiencias de ansiedad, culpa e incertidumbre al eliminar

---

<sup>26</sup>OBHOLZER A.; MILLER S. Leadership, followership and facilitating the creative workplace.Cap.2.En: HUFFINGTON C..Working Below the Surface: The Emotional Life of Contemporary Organisation, 2004. pp. 33-48.

<sup>27</sup> Valencia, viene de la Física, se denota a la tendencia de un átomo para combinarse con los otros, Extracción: OBHOLZER A.; MILLER S. Leadership, followership and facilitating the creative workplace.Cap.2.En: HUFFINGTON C..Working Below the Surface: The Emotional Life of Contemporary Organisation, 2004. pp. 33-48.

<sup>28</sup> MENZIES, I. *El funcionamiento de los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad*, Ed. Hormé, Buenos Aires, 1994. pp. 55-124.

situaciones que le evocan ansiedades primitivas<sup>29</sup> a los individuos que forman la organización. Este sistema defensivo lo que hace es desvirtuar la función del sistema desviándolo de la tarea, lo cual podría verse reforzado si es que el grupo opera bajo algún supuesto básico.

A continuación, se explicarán algunas de las técnicas que se emplean para combatir la ansiedad, las que serán de gran utilidad para la mejor comprensión de lo que sucede en los equipos médicos analizados en esta investigación.

Disociación. Mecanismo que impide el contacto directo con la fuente de origen de la ansiedad, ya sea una acción o pensamiento. Desde el punto de vista del trabajo de los equipos médicos, esta ansiedad se origina en el acercamiento con los pacientes y sus familiares, por lo que el personal tiende a limitar el contacto con las personas que atienden.

Negación de Sentimientos. Fenómeno bajo el cual se niega o intenta aplazar la realidad en la cual se encuentra inmerso un sujeto. Es lo que intenta la llamada “distancia profesional” en el mundo de los profesionales de la salud (o para cualquier caso en que el trabajo implique de manera inherente el contacto con otros), con la cual se pretende controlar los sentimientos que produce el contacto con los pacientes, limitando la adquisición de compromisos y reduciendo el contacto mutuo de las personalidades. Este fenómeno es pan de cada día en los hospitales, lugar en donde el personal de manera inevitable crea relaciones estables y prolongadas, ya sea con sus colegas o pacientes tratados, y que en muchas ocasiones son quebradas de manera abrupta, pues ante esto, el sistema reacciona negando el dolor y los sentimientos perturbadores que se han dado en el marco de las relaciones.

Despersonalización. Este es un mecanismo psíquico en el cual se experimenta una desconexión de la relación que se puede generar entre individuos, y por tanto, de la ansiedad que este vínculo pueda provocar. En el área médica muchas veces se vivencia la despersonalización, cuando los profesionales médicos se centran en el proceso científico implícito, restándole toda importancia a las relaciones personales con los individuos tratados, prestándole la atención más a un “objeto de estudio” que a un paciente, muchas veces refiriéndose a ellos no como personas, si no como números de cama o por la denominación de la enfermedad en tratamiento.

---

<sup>29</sup> CZANDER, W; EISOLD, K. Psychoanalytics Perspectives on Organizational Consulting: Transference and counter-transference. *Human Relations*, 56(4): 475-490, 2003.

Ejecución Ritual de Tareas. La toma de cualquier decisión sobre la cual se desconoce el resultado, siempre traerá ansiedad y algún grado de conflicto. Es por ello, que dentro de las organizaciones que bajo algún mecanismo evitan la ansiedad, se reduce el número de decisiones a adoptar, y se promueve la mecanización del trabajo, ejecutando un listado de tareas, establecidas por el sistema, como si fuera un ritual inquebrantable. También es importante señalar, que un grupo que actúa bajo este mecanismo, se encuentra a su vez atrapado bajo el supuesto básico de dependencia, dilapidando la capacidad de pensar y el juicio propio.

Dilución de la Responsabilidad. Proceso en el cual los miembros de un grupo no asumen la responsabilidad de su propio rol, es decir, “alguien” es el responsable, pero yo no lo soy. Muchas veces, y siempre que es posible, se compromete a otras personas en la adopción de medidas y en la evaluación final de estos sucesos.

Si bien, se han descrito cada uno de los mecanismos que hemos encontrados pertinentes para el contexto de este estudio, es importante aclarar que las técnicas anteriormente descritas funcionan, comúnmente, de manera conjunta.

Es importante destacar que todas las organizaciones operan bajo un sistema social defensivo, ya sea en un mayor o menor grado, no apoyando a sus miembros en la difícil misión de lograr un dominio de la ansiedad que se deriva de la tarea primaria de la organización, induciéndolos a retornar a métodos más primitivos de defensa.

Los individuos al estar inmersos en organizaciones estructuras socialmente de manera defensiva se adaptan al sistema, reorganizando sus defensas psíquicas, incluso haciéndolos regresar a un nivel de maduración inferior al que se tenía antes de hacerse parte del sistema, lo cual atenta contra la individualidad de cada uno de sus miembros.

Según Menzies<sup>30</sup>, “el éxito y la viabilidad de una institución social están íntimamente vinculados con las técnicas para contener la ansiedad”, debido a que los mecanismos de defensas socialmente estructurados atentan contra eficacia de la ejecución de la tarea primaria de la organización. En términos más prácticos, esto se podría traducir en que las malas prácticas para evitar la ansiedad provocan mayor ansiedad, lo que podría afectar los niveles de rotación de los individuos que pasan por la organización, aumentando este índice, lo que a su vez deriva en un

---

<sup>30</sup> MENZIES, I. *El funcionamiento de los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad*, Ed. Hormé, Buenos Aires, 1994. pp. 55-124.

insuficiente grado de entrenamiento para realizar las labores propias de cada persona asociadas a su rol, afectando entonces la ejecución de la tarea primaria de ese sistema. En consecuencia, y según lo señala la misma autora, la ineficacia es consecuencia del sistema social con el que se opera.

## **La Violencia y La Dinámica del Maltrato**

Las instituciones públicas cumplen una importante labor social, que muchas organizaciones en manos de privados no realizan por motivos de sus propios intereses<sup>31</sup>. A su vez, acarrear ciertas deficiencias desde el punto de vista de los recursos (económicos, humanos, tecnológicos, etcétera) y de su funcionamiento. En muchos casos son instituciones desprotegidas, que se hacen cargo de la realidad que la sociedad en su conjunto no quiere ver y que pretende ocultar, como por ejemplo el caso de la salud en nuestro país, en donde existe una innegable diferencia social en su acceso. Esta desprotección implica un maltrato constante hacia todos los actores involucrados, tanto a los trabajadores como a las personas a quienes sirve la institución, lo que se traduce en un sistema entrampado en una rutina violenta. Es por esto que es suma importancia resolver primero el concepto de “violencia”.

Bajo la teoría aplicada por Foladori<sup>32</sup>, la violencia surge como un fenómeno de la cultura, que se origina cuando se interrumpe el curso “natural” de un movimiento, siendo un acto netamente humano, ya que carecemos de mecanismos de contención propios de la agresión, puesto que los límites de nuestras acciones están dadas por las normativas sociales. Es una agresión sin límites y sin control, por lo que su fin es la destrucción total. En una situación de violencia, la huída no es posible para su víctima, por más que ésta desee escapar. La violencia responde además, a una situación de desigualdad o desfase entre los involucrados desde el puesto social que ocupan, pues inevitablemente alguno de los actores funcionará sometiendo al otro por medio del poder que tiene y que ha obtenido por delegación (no es poder personal). Esto lleva al autor a plantear que la violencia implica un lugar de poder delegado desde la institución, siendo esta última la fuente de origen de la violencia.

---

<sup>31</sup> FOLADORI H. Intervención en un Hospital Geriátrico. En su: *La Intervención Institucional, Hacia una clínica de las Instituciones*, 2008. pp. 123-152.

<sup>32</sup> FOLADORI H. Violencia: La institución del maltrato. En su: *La Intervención Institucional, Hacia una clínica de las Instituciones*, 2008. pp. 199-214.

El mismo autor<sup>33</sup> explica que los sistemas adoptan mecanismos de delegación de poder sobre algunos agentes para poder sostener el orden institucional. El origen de este orden proviene del estado y de sus normas explícitas que determinarán la estructura y la forma que tomará un sistema o institución. Así es como los miembros de una institución se encuentran sometidos al cumplimiento de reglamentos y por lo tanto, al orden institucional. Por lo tanto, la violencia también puede ser concebida como la renuncia al poder por parte de los integrantes de la institución, quién se apropia de éste. Por consiguiente, el autor concluye que “la violencia está en el mismo acto de la fundación de la institución”, pues ésta rompe el poder igualitario que todos poseen antes del nacimiento de la organización como tal.

Acuña y Sanfuentes<sup>34</sup> señalan que el malestar que se evidencia en los miembros de las instituciones de salud pública, son resultado del abuso de poder que soportan los profesionales y técnicos del Hospital, bajo un sistema violento, deshumanizado y empobrecido en las relaciones del trabajo, preocupado de aumentar la eficiencia sanitaria a como dé lugar, en vez de brindar la contención y protección a sus miembros del persistente sufrimiento que les produce la competencia en el empleo, el clima de violencia y la dinámica del maltrato constante en el sistema.

La dinámica del maltrato en la institución, y para el caso particular de un servicio hospitalario público, puede afectar tanto a quienes se encuentran inmersos de forma permanente en el sistema (trabajadores), o a quienes sólo están de paso en este (pacientes y sus familiares), y se evidencia de diversas maneras, ya sea en la infraestructura deteriorada en que pudiese operar la organización, o también en la forma en que se relacionan quienes son parte de este sistema, en donde se pueden encontrar formas de maltrato que van desde la intervención verbal agresiva hasta el contacto corporal hostil.

Sin embargo, la sociedad y sus instituciones nos hacen creer que estas dinámicas maltratadoras, y el sufrimiento que ello implica, han ido tendiendo a su desaparición. Según el trabajo de Christophe Dejours<sup>35</sup>, detrás de esta fachada está el sufrimiento de quienes trabajan. Por un lado, está el sufrimiento de quienes asumen tareas que implican riesgos para su salud, en condiciones bastante parecidas a las prácticas realizadas en épocas pasadas; en segundo lugar, están

---

<sup>33</sup> FOLADORI H. Violencia: La institución del maltrato. En su: *La Intervención Institucional, Hacia una clínica de las Instituciones*, 2008. pp. 199-214.

<sup>34</sup> ACUÑA E.; SANFUENTES M. *Abuso Institucional: Atrapados entre la Vocación de Servicio y la Eficiencia Organizacional*. Trabajo empírico – Investigación. Universidad de Chile. 2011.

<sup>35</sup> DEJOURS C. El trabajo entre el placer y el sufrimiento. Cap. 2. En su: *Trabajo y sufrimiento, cuando la injusticia se hace banal*, 2009. pp. 39-52.

quienes asumen riesgos por prácticas aplicadas desde épocas más recientes y que también atentan contra la salud de quien realiza esta labor; y por último, el sufrimiento de los miembros de la organización que no se sienten capaces de cumplir con las exigencias y responsabilidades de la institución, ni tampoco de poder llevar una relación con el público que se atiende.

Para Dejours<sup>36</sup>, este sufrimiento hace que cualquier tipo de esfuerzo en el trabajo no otorgue la satisfacción a lo esperado en el plano material, social, afectivo y político, levantando una serie de defensas contra este sufrimiento, pero que finalmente traerá de igual manera consecuencias en el funcionamiento psíquico y en la salud mental de quienes trabajan en estas organizaciones.

---

<sup>36</sup> DEJOURS C. El trabajo entre el placer y el sufrimiento. Cap. 2. En su: *Trabajo y sufrimiento, cuando la injusticia se hace banal*, 2009. pp. 39-52.

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### Enfoque

Este estudio se inserta en la primera etapa de un proyecto de investigación que busca conocer la realidad organizacional en cuanto a la colaboración, comunicación, trabajo en equipo y liderazgo en equipos multidisciplinarios en los servicios de salud pública de nuestro país, mediante la confección de un instrumento de medición para esas dimensiones.

Entonces, esta primera etapa busca la recolección de información y la realización de un diagnóstico sobre las dinámicas de trabajo en equipo y liderazgo que se evidencian en un Hospital público, que para esta investigación tendrá como objeto de estudio el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Posta Central.

De esta manera, el enfoque de nuestra investigación es Cualitativo y la forma de recolectar la información será a través de esta misma metodología. La investigación cualitativa es “cualquier tipo de investigación que produce hallazgos a los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación (...). Algunos de los datos pueden cuantificarse, por ejemplo con censos o información sobre los antecedentes de las personas u objetos estudiados, pero el grueso del análisis es interpretativo<sup>37</sup>”.

Nuestro análisis pretende comprender las dinámicas del trabajo en equipo y el liderazgo desde la perspectiva del personal de salud de la Posta Central de Santiago, para poder utilizar estos hallazgos en la posterior confección de una encuesta que pueda evaluar estas dimensiones.

Las técnicas que empleamos para la recolección de datos fueron la observación y las entrevistas grupales, lo que implicó que el análisis de estos datos recolectados siguiera dos procesos en paralelo, ya que por un lado se analizaron las entrevistas, desde las cuales se extrajo la información desde una mirada interna de la organización, y por otro, los hallazgos encontrados en las observaciones, que contribuyó desde una perspectiva más externa de la organización.

---

<sup>37</sup> STRAUSS A.; CORBIN J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada*. Colombia, Universidad de Antioquia, 1998. 341p.



Una vez que ambos análisis estuvieron listos, procedimos a hacer un cruce de la información obtenida para poder sacar las conclusiones de este trabajo, apoyadas del marco teórico que se presenta en este mismo informe.

## **Método de Observación**

### **Metodología**

El método de observación es una herramienta que consiste en la observación sistemática a una organización, bajo una mirada atenta y rigurosa de las dinámicas de ésta. Su principal propósito es la obtención de información a través de los hechos objetivos que se observen, así como también, a partir de las vivencias que emerjan de la propia experiencia subjetiva del investigador. Para ello, quién ejecute la tarea de la observación “deberá estar tan abierto a la experiencia como le sea posible<sup>38</sup>”, de manera que pueda “tomar conciencia de las ansiedades y presiones existentes<sup>39</sup>” en las dinámicas que ocurren en la organización bajo estudio.

El observador elige una hora y lugar determinado para realizar su tarea, ojalá manteniendo una constancia en estas variables durante el proceso del método, de manera de no sesgar los resultados. Mientras se realizan estas sesiones el observador no debe tomar apuntes, pues sólo debe limitarse a prestar atención a lo que sucede en el lugar de observación, de manera de no interrumpir su foco en ésta.

Skogstad, en su trabajo<sup>40</sup> indica que el observador debe estar atento a tres tipos de fenómenos: a) a los eventos objetivos, es decir, a todo lo que pueda ver y escuchar en el lugar, b) a la atmósfera emocional que se pueda percibir del lugar y c) a las propias experiencias internas que emerjan, como lo son los sentimientos e impulsos, asociaciones, imágenes, recuerdos, etcétera. La tarea del observador puede estar llena de ansiedades y tensiones, que son aquellas que le informan y muestran aspectos sustanciales de la dinámica de la institución observada, lo cual implica un desafío para el observador el ser capaz de identificar estas señales ya que pueden ser muy útiles como fuente de datos.

---

<sup>38</sup> SKOGSTAD W.; Psychoanalytic observation, the mind as research instrument. *Organisational and Social Dynamics*, 4(1): 67-87, 2004.

<sup>39</sup> CZANDER, W; EISOLD, K. Psychoanalytic Perspectives on Organizational Consulting: Transference and counter-transference. *Human Relations*, 56(4): 475-490, 2003.

<sup>40</sup> SKOGSTAD W.; Psychoanalytic observation, the mind as research instrument. *Organisational and Social Dynamics*, 4(1): 67-87, 2004.

Las observaciones fueron realizadas por las autoras de este trabajo, para lo cual se realizaron diez sesiones de observación en cada servicio médico, con una frecuencia de una vez por semana, con una duración de una hora, lo que se traduce en que cada una de nosotras estuvo a cargo de observar durante tres meses una Unidad de Atención Hospitalaria Especializada de la Posta Central, los cuales fueron: Urgencia, Quemados y Traumatología.

### **Método de Análisis**

El análisis de las observaciones fue un proceso transversal durante la realización de este trabajo de estudio, dada la metodología que implica esta técnica de recolección de información.

En las siguientes líneas explicaremos el proceso que involucró este método para que posteriormente pudiéramos extraer resultados válidos.

Registro. Una vez finalizada cada sesión de observación, y tan pronto como fuera posible, se procedió a registrar todo aquello de lo cual se tenía recuerdos, y que por supuesto, apuntara al objetivo de esta investigación. Dentro de estos registros debe haber información respecto de eventos objetivos observados, información sobre la atmósfera emocional del lugar observado, y también, datos acerca de las experiencias internas que vivencia quién está observando.

Reuniones de supervisión. Cada observación estuvo seguida de una reunión grupal de supervisión, guiada por el Profesor Guía de esta investigación, Sr. Matías Sanfuentes. En estos encuentros se realizó la lectura de los registros con el objetivo de procesar y analizar en grupo acerca de las ansiedades y dudas ligadas a los hallazgos encontrados en cada uno de los servicios médicos bajo estudio. Estas discusiones grupales de carácter continuo, ayudaron al surgimiento de nuevos significados que a su vez, nos ayudaron a mejorar la capacidad de observar.

Obtención de hallazgos. Estos, se fueron construyendo en base a las reflexiones que se hicieron en los espacios de supervisión de las observaciones, en conjunto con la información de los registros. En esta etapa fue fundamental el aporte bibliográfico con el que contábamos, de manera que fuimos intentando que cada uno de los hallazgos encontrados tuviera un sustento teórico que avalará nuestras ideas.

Validación de resultados. Se recurrió a la evidencia disponible de observación y a las reuniones de supervisión, y según las discrepancias encontradas, se desarrollaron hallazgos y conclusiones que pudieron ser mantenidas o modificadas en caso de que fuera necesario.

## **Entrevistas Grupales**

### **Metodología**

Una entrevista “es la relación directa establecida entre el investigador y su objeto de estudio a través de individuos o grupos con el fin de obtener testimonios orales<sup>41</sup>”. Esto hace que podamos comprender las acciones de los individuos a través de los significados que ellos mismos le otorgan a la realidad en que se encuentran.

Para este trabajo, se efectuaron tres entrevistas focalizadas en los temas en estudio, liderazgo y trabajo en equipo, y realizadas sin una pauta estructurada de preguntas, ya que éstas son guiadas por medio de un guión flexible con las principales variables que se querían conocer. Este estilo abierto, permite obtener una mayor riqueza de las entrevistas, lo cual requiere de una buena formación académica y expertiz por parte del entrevistador. En base a este último punto, quienes desarrollaron las entrevistas grupales en la institución estudiada fueron el Profesor Guía de este trabajo, Sr. Matías Sanfuentes Ph.D, y el profesor de la Universidad de Chile, Sr. Eduardo Acuña.

### **Selección de la Muestra para las Entrevistas**

La muestra para estas entrevistas fue seleccionada de manera aleatoria, pues se solicitó a la Dirección de la Posta Central que enviara personal de los diferentes servicios médicos para tres entrevistas focales que representaran a los equipos multidisciplinarios, de acuerdo a la disponibilidad de horario de los trabajadores.

En la primera y segunda entrevista se solicitó la participación de:

- Médicos
- Enfermeras(os)
- Profesionales de Apoyo
- Técnicos Paramédicos

---

<sup>41</sup> TAMAYO M. El proyecto de Investigación. En su: *El proceso de la investigación científica*, 2004. pp. 97-190.

Para la tercera entrevista se solicitó que también participaran Auxiliares de Apoyo.

### **El Guión de Entrevistas**

El guión de entrevista que se presenta no es un protocolo estructurado, sino que es un listado con las áreas generales de la información que se requiere en el marco de este estudio, de esta forma “en la situación de entrevista el investigador decide cómo enunciar las preguntas y cuándo formularlas. La guía de la entrevista sirve solamente para recordar que se deben hacer preguntas sobre ciertos temas<sup>42</sup>”.

Contextualizar y conocer a los integrantes: La entrevista comenzó contándole al personal qué era lo que se estaba haciendo, y que buscaban conocer la experiencia de cada uno dentro de la organización. Se les comentó que este ejercicio era voluntario y que la participación era de gran colaboración. Se propone la presentación breve de cada integrante, conocer la función que desempeñan en el Hospital y se da comienzo a las preguntas.

Comprensión de conceptos en estudio: Preguntas por medio de las cuales se quería conocer la noción que el personal entrevistado tenía acerca de los conceptos que se tratarían, e indagar acerca de la realidad percibida sobre estos, en la organización a la cual pertenecían.

*¿Qué entienden por liderazgo? ¿Existe en esta institución? ¿Cómo se da?*

*¿Qué entienden por trabajo en equipo? ¿Existe en esta institución? ¿Cómo se da?*

Determinantes: Ya habiendo reflexionado sobre el significado de las dinámicas de trabajo en equipo y liderazgo en el Servicio de Salud estudiado, se preguntó a los entrevistados sobre determinantes u otras habilidades que facilitan el ejercicio del liderazgo y del trabajo en equipo.

*¿Qué habilidades son importantes para el trabajo en equipo pueda operar más adecuadamente?*

*¿Qué habilidades son importantes para que el ejercicio del liderazgo pueda operar más adecuadamente?*

---

<sup>42</sup> BALCAZAR P.; GONZÁLEZ-ARRATIA N.; GURROLA G.; MOYSÉN A. Entrevista a Profundidad. En su: “Introducción a los métodos cualitativos de investigación”, Paidós, Barcelona, 1996. pp. 63-98.

Dificultades. Una vez que se han conversado sobre los elementos que facilitan el ejercicio de estas dimensiones, se preguntó sobre las dificultades que los miembros de la organización encuentran para poder desarrollar dichas dinámicas de mejor manera.

*¿Qué dificultades existen para que el liderazgo pueda ser ejercido efectivamente?*

*¿Qué dificultades existen para que se logre el trabajo en equipo?*

*¿Existen los espacios que permitan reflexionar sobre estas dificultades?*

Colaboración. Este es un elemento clave para el desarrollo de la tarea base que es definida por el grupo de trabajo. Es por ello que quisimos indagar en este concepto con las siguientes preguntas.

*¿Existe colaboración entre ustedes, tanto a nivel de equipo como a nivel institucional?*

*¿Existe algún espacio en el cual se pueda facilitar la colaboración?*

Manejo de estrés. El estrés es un problema muy frecuente en personal sanitario, debido al alto contacto con personas y a las jornadas de trabajo excesivas<sup>43</sup>. Es por eso, que quisimos indagar en el manejo de este problema de salud mental, tanto a nivel individual como a nivel organizacional.

*¿Cómo los afecta el estrés en las relaciones de equipo?*

*¿Qué es lo que hacen ustedes para manejar el estrés?*

*¿Qué es lo que hace la institución para manejar el estrés?*

### **Método de Análisis**

Una vez realizadas las entrevistas, comenzó un conjunto de procedimientos destinados a facilitar la interpretación de estas para así, finalmente, poder comprender cómo se viven y se

---

<sup>43</sup> SANFUENTES M. Una mirada actualizada sobre el síndrome de burnout. *Psiquiatría y Salud Mental*, 25(1): 50-66, 2008.

manifiestan las dinámicas del trabajo en equipo y el liderazgo en los equipos multidisciplinares de la Posta Central.

A continuación, explicaremos los pasos seguidos para la realización de este análisis.

Transcripción de entrevistas. Se trata de la reducción de la grabación de la entrevista a formato texto. Las transcripciones fueron realizadas por las autoras de este seminario de título, y consistió en un trabajo riguroso, de forma que cada una de éstas fuera un retrato fiel de las grabaciones. Se identificaron a los actores y se les colocó el tiempo cuando se finalizó cada interrupción.

Codificación de entrevistas. Los códigos suelen ser la unidad básica de análisis, puesto que habitualmente los análisis se basarán en ellos. “Podemos entenderlos como conceptualizaciones, resúmenes o agrupaciones de citas, lo que implicaría un segundo nivel de reducción de datos<sup>44</sup>”.

A medida que se realiza la lectura de las entrevistas se van asociando párrafos, oraciones, frases o palabras a una categoría, o fenómeno, de interés a la que se le ha puesto una etiqueta. “El propósito de denominar a los fenómenos es permitir a los investigadores reunir acontecimientos, sucesos u objetos similares bajo un encabezamiento clasificativo común. Aunque los acontecimientos o sucesos puedan ser elementos discretos, el hecho de que compartan características comunes y significados relacionados permite agruparlos<sup>45</sup>”.

El proceso de codificación lo realizamos con un software especializado en análisis cualitativo, llamado ATLAS/ti. Cabe destacar, que esta herramienta informática no automatiza el proceso de análisis, sino que ayuda a los investigadores en la agilización de muchas actividades que implica el análisis cualitativo y su interpretación.

Creación de Familias. “De la misma forma que podemos agrupar citas en códigos, podemos crear otro tipo de agrupaciones, de diferentes características, a las que se denomina familias y que nos permitirá agrupar al resto de los componentes<sup>46</sup>”. Esto implica que los códigos de todas las entrevistas serán agrupados de forma manual, sin el uso del software, según su contenido, en las

---

<sup>44</sup> MUÑOZ J. Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS/ti, versión 2.4. Universidad Autónoma de Barcelona, 2003.

<sup>45</sup> STRAUSS A.; CORBIN J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada*. Colombia, Universidad de Antioquia, 1998. 341p.

<sup>46</sup> MUÑOZ J. Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS/ti, versión 2.4. Universidad Autónoma de Barcelona, 2003.

familias que se establezcan. Cabe destacar que un mismo código puede pertenecer a más de una familia.

Establecimiento de vínculos. Una vez terminada la tarea de asociar cada código a cada familia, comenzamos a establecer los vínculos establecidos entre las categorías definidas, de manera de relacionar a los códigos entre sí mismos para poder establecer conclusiones a través de los vínculos establecidos.

Validación de resultados. Para validar los hallazgos encontrados recurriremos a la evidencia de los códigos y familias de todas las entrevista grupales. Y según las discrepancias encontradas se realizaron los hallazgos donde estos fueron mantenidos o modificados en caso de que fuera necesario.

## **CAPÍTULO IV: HALLAZGOS DE OBSERVACIÓN PSICOANÁLITICA EN SERVICIO DE SALUD PÚBLICA**

### **Descripción y Análisis de los Hallazgos en el Servicio Urgencia**

#### **Lugar de Observación**

La Unidad de Urgencia se encuentra en el primer piso de la Posta Central. Según la estructura de la institución, ésta pertenece al Centro de Responsabilidad Urgencia. Este centro está compuesto por Urgencia, Medicina, Quirúrgica, Admisión y Odontología Maxilo Facial.

Esta unidad realiza un Proceso de Atención de Urgencia, donde todos los pacientes, excepto los que consultan en urgencia dental, deben ser evaluados por el enfermero ubicado en el box “Selector de Demanda”, y él le indicará el sector de atención correspondiente. Por otro lado, si el paciente es derivado a “Box Diferido” quiere decir que su patología es leve y que pudo haber sido resuelto en menos tiempo en su consultorio y/o SAPU; por ende la atención a estos pacientes podría demorar en esta unidad. Por el contrario, si el paciente es derivado a “Urgencia”, quiere decir que la patología necesita evaluación minuciosa y que puede requerir de cierto tiempo de espera. Si el paciente es derivado a “Emergencia” quiere decir que la patología es de mayor cuidado y es necesaria atención rápida y oportuna. Y por último, si en el Proceso de Atención de Urgencia el paciente es derivado a “Traumatología” quiere decir, que la patología debe ser atendida por el especialista.

Esta unidad es la que recibe más pacientes en comparación a las demás unidades. Aquí es donde llegan todos los casos, con una atención de 24 horas. La entrada a esta unidad está limitada a familiares, de esta manera se intenta tener mayor control y menor flujo de personas que no necesitan ser atendidas.

Existen 24 box dobles para atender a pacientes. La unidad también cuenta con una sala de enyesado, rayos, box de reanimación, oficinas de administración, registro de hospitalización, salas para el personal de trabajo y también para el servicio de limpieza. En este primer piso se encuentra todo lo necesario para el funcionamiento de un Hospital. Por otro lado, cuando los casos que llegan a la unidad de Urgencia son de mayor gravedad, los pacientes son destinados a otros pisos de la Posta o bien, son derivados a otros centros hospitalarios.



Los pasillos de esta unidad componen la sala de espera de pacientes, familiares y los distintos servicios de atención tales como el SAMU, SAPU, CRS, el Servicio de Maipú o Compañía de Bomberos de Maipú. Estos pasillos generalmente son la ubicación de camillas con pacientes a la espera de ser atendidos o por la obtención de alguna resolución medica. El escenario de los pasillos es casi siempre el mismo, el tránsito de personas es alto y las esperas para acceder a algún tipo de atención médica son largas.

La seguridad en esta unidad es bastante importante, existen dos servicios de seguridad que operan en el lugar, uno de estos servicios proviene de la Posta Central, y el otro es un servicio externo. Los guardias que componen este servicio de seguridad son quienes vigilan y permiten el acceso a pacientes y familiares a la unidad de Urgencia. Ellos mantienen el control y el flujo de personas en los pasillos, controlando la atención de los pacientes y lidiando con los familiares.

El ambiente que se percibe en la unidad no es grato ni acogedor, por otro lado, existe mucha espera en los pacientes, y según eso, se generan espacios que ayudan a familiares y pacientes a permanecer ahí. Los picnic, la televisión, las llamadas por celular y las conversaciones entre pacientes y familiares, entiendo que son formas de escapar y alivianar la sensación de desatención y la falta de amabilidad que se exhibe en la unidad. Por otro lado, se observa un personal desconectado con el entorno, que no se vincula con el escenario, puesto que la participación de ellos es completamente dogmatizada y ajena a la realidad existente, sólo se ve relación y contacto cuando el paciente está siendo atendido.

Existe congestión en el traslado de pacientes en camillas y muchas veces esto genera roces entre el personal que traslada y las personas que se encuentran en los pasillos, ya que en varias oportunidades pude observar como este recorrido se realizaba sin mucha preocupación y pasaban a llevar a personas, golpeándolas e incluso afectando a los mismo pacientes que eran trasladados. Por otra parte, existen largas filas para acceder a la sala de yeso, y es difícil percibir la presencia de personal médico y cuando se les logra ver constantemente caminan agitados y con prisa, invalidando a los pacientes a referirse a ellos y preguntar por demoras y atenciones.

### **Rol de Observadora en Servicio de Urgencia**

El proceso de observación se llevó a cabo en diez ocasiones, una hora cada semana, en donde semana a semana me ubicaba en lugares estratégicos para realizar mi tarea. Las ubicaciones no fueron siempre las mismas, ya que en esta unidad los espacios deshabitados muchas veces eran

difíciles de encontrar por la realidad de esta unidad, puesto que en la mayoría de mis visitas el servicio se encontraba con muchas personas y con bastante movimiento.

La primera observación fue distinta a las posteriores, me imagino que se debe por el impacto que generó en mí, ya que no sabía muy bien a lo que me iba a enfrentar. Nos dirigimos, mis compañeras y yo, ansiosas a la Posta sin saber muy bien qué nos esperaba, pasamos por la oficina de nuestro contacto en el Hospital, y definitivamente no la sentí muy a gusto con nuestra anticipada visita. Esta fue la única vez que comenzamos la observación todas juntas. Como yo observaba en el primer piso de la Posta, fui a dejar a cada una de mis compañeras a sus respectivos pisos, y cuando debía ir mi unidad me bajo más intensamente la ansiedad.

*Era dura la primera visita, me aterraba pensar que Urgencia tenía la fama de ser el servicio más violento y más expuesto, además, luego de estar en Quemados era suficiente, ya que había sido muy amenazante la visita y los pacientes que se encontraban en ese servicio me habían producido desconfianza y un poco de miedo.*

*Me fui por las escaleras al primer piso, donde debía instalarme, estaba un poco nerviosa. Cuando llegué al servicio, me di cuenta que era un poco caótico. Cuando arribé, comencé a ver donde era el mejor lugar para ubicarme y realizar mi observación. Me ubiqué en el pasillo, no había asientos, estaba en una intersección, desde esa perspectiva tenía tres ángulos para poder observar.*

*En un par de segundos dos guardias comienzan a discutir al lado mío, me puse nerviosa, un guardia llegó a separarlos para que no pasara a mayores. Esta escena me dejó un poco asustada, me pregunte si esto era habitual o que sólo era una casualidad.*

Las primeras observaciones resultaron difíciles y muchas veces desagradables, caminaba por los pasillos para identificar mi lugar de observación, miraba a mi alrededor e inconscientemente buscaba quienes podían significar peligro para mí. La reiterada presencia de carabineros y gendarmes me aterraba en un principio, por otro lado, la constante visita de reos esposados, encadenados de pies y vigilados por carabineros armados me hacía pensar adonde estaba y qué era lo que me podía suceder, en el fondo cuáles eran mis riesgos en el lugar. El hecho de que carabineros y gendarmes estuvieran armados, me generaba peligro, mi pensamiento era “si no necesitaran las armas, no las traerían consigo”, por ende creía que a lo mejor, en alguna situación, ellos iban a actuar, ya que sentía que algunos reos podían intentar escapar o agredir a alguien,

además de que varios pacientes y familiares que acudían a la Posta me generaban una sensación extraña de inseguridad y desconfianza.

*Me llama la atención la cantidad de carabineros que hay el día de hoy, muchos de ellos usan chalecos antibalas. Ese nivel de protección en los carabineros me produce ansiedad, y un poco de miedo, pienso que me podría pasar algo, racionalmente sé que es una sugestión. Veo entrar a un militar con metralleta, quedé impactada, ahí sentí miedo de verdad y comencé a pensar en donde estaba metida. La verdad es difícil de descifrar qué me pasa, porque no me siento amenazada cuando estoy ahí, si no que desprotegida. Creo que si algo llegara a suceder nadie se enteraría y por otro lado no sería una urgencia en la Posta.*

Los guardias de seguridad de la Posta son quienes tienen el control de la unidad, por lo que inmediatamente al comienzo del proceso quise formar lazos para sentir la aceptación, ya que en mis primeras observaciones, en varias oportunidades, me vi enfrentada a situaciones que desaprobaban mi estadía en el lugar. Sin embargo, al pasar las semanas, comencé a analizar por qué necesitaba ser aceptada por los guardias, y me di cuenta que yo no era la única que buscaba eso, la aceptación por parte de los guardias era fundamental, ellos controlaban el acceso. Este poder que ellos concebían, generaba un ambiente extraño, donde en muchas ocasiones se veía influenciado por el coqueteo y flirteo entre personas externas a la Posta y los guardias. Creo que dar pie para generar esta instancia gatillaba mayor vulnerabilidad en los guardias y de esta manera las mujeres obtenían mayor poder-sumisión a través de una forma sexual, y así lograr complicidad, permitiendo de manera más liberada y aceptado nuestro acceso. Me refiero a un poder-sumisión, ya que ellos podían aceptar o no este jugueteo, en donde la mujer claramente se ve atrapada en un estado de dependencia. En mi experiencia, en varias oportunidades, me vi envuelta en situaciones poco agradables y difíciles de delimitar con los guardias, me refiero a saludos de beso en las mejillas, a tener que sentir la obligación de entablar conversaciones de cordialidad, a despedirse de manera diferenciada, etcétera.

Asistir cada semana a la unidad no era una complicación, lo que sí muchas veces me sentía incomodada por el servicio de seguridad, los guardias, por lo comentado anteriormente. Eran ellos quienes me autorizaban la entrada a la unidad, y muchas veces la actitud autoritaria y displicente de algunos de ellos, me producía ansiedad y me surgía inseguridad, puesto que ponía en juicio la autorización a observar.

*Como en casi todas mis observaciones, al final siento el deber de despedirme amablemente del guardia para así asegurar mi próximo acceso. Esto me hace pensar, cuán dispuesta estoy en caer en este juego de erotización y flirteo. Me incomoda la sensación de tener que responder con algún contacto físico para mantener esta complicidad.*

Definitivamente mi relación con los guardias fue clave en mi proceso. Dejando de lado el poder, la autoridad y el coqueteo, para mí ellos eran reflejo de conocimiento en lo que hacían en el Servicio, estaban coordinados entre ellos, y manejaban la unidad. Se comunicaban constantemente con los woki toki y parecían conocer muy bien el funcionamiento de atención y espera en los pacientes, por esto mismo, paralelamente, los pacientes y familiares se dirigían a ellos con respeto y confianza ya que reflejaban competencia y autoridad.

Con referencia a mi rol como observadora, creo que mi presencia no afectó considerablemente la dinámica institucional, de hecho creo que fui yo misma quien se vio obligada a sentirse parte de la organización. Yo esperaba que los guardias me reconocieran cuando iba llegando a la unidad, de esta manera yo buscaba la sensación de que ellos se hicieran cargo de mi presencia y que brindaran protección en caso de necesitarlo.

Por su parte, mi rol de observadora muchas veces fue difícil de cumplir, en ciertas oportunidades sentí el deber de salirme de él, esto actos de rebeldía respondían al sistema, pues que, la dinámica de maltrato y el sufrimiento que se vivenciaba era agotador y doloroso para mí. A su vez, creo que fui muy sensible con el sufrimiento de los pacientes y familiares, ya que muchas veces sentí impotencia y asombro por la incompetencia de los equipos médicos quienes en varias oportunidades no se hacían cargo de situaciones abrumadoras y desagradables.

*Al frente mío se encontraba una mujer esperando ser atendida. Se veía desorientada, estaba sucia, y mal vestida, tenía la polera corrida, se veía drogada. Ella se levanta y comienza a deambular por los pasillos, se veía mal, se tambaleaba cuando camina, en dos oportunidades estuvo a punto de caer al piso. Nadie del Hospital se acercó para ayudarla, o preguntarle algo. Pasan médicos, enfermeras, paramédicos, auxiliares y nadie ayuda a nadie. Luego un auxiliar de servicio se acerca a una médica o paramédica (no pude diferenciar) para informarle la situación de la señora, pero la mujer no quería hacerse cargo, y respondía “que le vamos hacer...”*

Este tipo de situaciones eran las que me causaban dolor y rabia, sentía que nadie se preocupa realmente de los pacientes, el equipo de la Posta solo hacía su trabajo y no existía vinculación. Entiendo esto como un mecanismo de defensa de los equipos de trabajo, de esta manera no conectarse con la realidad y no lidiar con la inmensidad de sentimientos y preocupaciones que pueden llegar a surgir. Pero como yo era un externo a la organización, estos mecanismos eran reprochados en mi mente y por otro lado, en algún grado me sentía responsable. El solo hecho de saber que yo no sería un paciente del Hospital me generaba culpa y un sentido de solidaridad que me conectaba aun más responsablemente con los pacientes y familiares, quienes más encima representaban al sector de mayor vulnerabilidad y desprotección de nuestra sociedad, los adultos mayores.

El resto de las interpretaciones se desprenden en una serie de hallazgos que reflejan la realidad y cómo se vive el trabajo en equipo en la Posta Central. En parte, lo que esta metodología de observaciones busca, es interpretar la realidad a través de una mirada exterior pero a la vez conectada con los acontecimientos que ocurran.

### **Sensación de No Urgencia en un Servicio de Urgencia**

Sensación de no urgencia en un Servicio de Urgencia es lo que se puede observar en ésta Unidad de la Posta Central. Esta frase parece un juego de palabras más bien ligero, pero de aquí desprende el reflejo de una potente dinámica institucional. Sin embargo, este Hospital supone ser una referencia nacional<sup>47</sup> en el manejo de pacientes, a consecuencia, es difícil imaginar cómo son los otros servicios públicos del país.

En mis observaciones presencié innumerables episodios en donde pacientes hacían ver su insatisfacción al sistema, puesto que aludían principalmente a las demoras, la mala atención y la falta de contacto y comunicación del personal de la Posta con ellos. Por otro lado, muchos de ellos no sabían si serían atendidos o si alguien del Hospital se les acercaría a darles alguna explicación o comunicarles la situación en la que se encontraban.

*Cuando llevaba unos minutos sale un señor que estaba en una sala. Se veía enojado, comenzó a descargarse con un señor que estaba sentado en los mismos asientos que yo. Comentaba que llevaba más de ¾ de hora y que aún no lo atendían, que si él tuviera*

---

<sup>47</sup> Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Misión, [en línea], <[http://www.huap.cl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=96&Itemid=73](http://www.huap.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=96&Itemid=73)> [consulta: 12 de Diciembre 2011]

*plata, no estaría ahí, estaría pagando la consulta a un médico. Que de esa manera él no tendría que estar ahí como un mendigo pidiendo que lo atendieran. Agregó que él no tenía la culpa de ser pobre, que Dios le había mandado eso. Comentó muchas cosas de este estilo. Luego de un rato pasó un guardia, y el señor le preguntó: ¿Por qué se demoraban tanto?, ¿Dónde estaban los médicos? Y otras cosas más. El guardia no dijo mucho al respecto. El señor preguntó sobre algún libro de reclamo o con quién debía hablar para dar su opinión. El guardia le dijo y señaló dónde podía encontrar a alguien para hablar y donde podía hacer su reclamo por escrito. El señor bastante enojado se dirigió a informaciones, donde el guardia le había dicho. A su regreso se acerca a una señora de la Posta y le pregunta sobre los registros de llegadas. Le dijo a la señora que llevaba mucho tiempo ahí y que nadie lo atendía. Le preguntaba qué era lo que sucedía.*

Esta situación, sin duda, me causa rabia, el señor que se encontraba alzando la voz en público no era escuchado, ni atendido por nadie. Era como si no hablara, el personal de la Posta pasaba por el pasillo junto al señor y era como si no existiera, no se escuchaban comentarios. Una señora de la Posta, me imagino que enfermera, estaba parada en el umbral de la puerta mirando toda esta situación y a ratos se desviaba con la televisión que estaba encendida en frente de ella. Análogamente, los demás pacientes y familiares no se atrevían a decir mucho, de hecho percibía un ambiente incómodo por los reclamos del señor, por otro lado, el decía lo que todos veían y vivían en esa Unidad, y que nadie decía.

Al transcurso de las observaciones, lidiar con el sentimiento de no urgencia en el lugar, me llevó a analizar qué era lo que yo entendía respecto a un Servicio de Urgencia, y ahí fue cuando comencé comprender la idea de organización en la mente que yo tenía al respecto. Luego de poner en juicio mi mente, me comencé a mimetizar con el sentimiento de no urgencia, ya que pacientes muy graves ya no me sorprendían y muchas veces no cuestionaba la falta de atención. Cuando ya sentía ese adormecimiento ocurre lo siguiente:

En mi quinta Observación:

*A los minutos que llevaba ahí, se acerca el otro señor del servicio de Maipú, y me pide cambiarme de asiento para sentarse en la esquina. Le contesté amablemente que no podía porque necesitaba mirar para ese lado. Él, un poco intrigado me preguntó por qué, y le conté lo que hacía. Luego de eso se sentó al medio, y comenzó hablar y a contarme ciertas cosas. La verdad yo no quería entablar una conversación, sentía que no era mi deber,*

*pero por otro lado me interesaba lo que hablaba, ya que comenzó a descargarse sobre el funcionamiento del sistema.*

*Comenzó a relatar que él había venido con el señor porque tenía un dolor en el pecho y que era probable que fuera un pre infarto, y que si no lo atendían podría ser un infarto, pero como en la Posta el servicio era tan malo, debían esperar como cinco horas para que atendieran al señor, ya que no habían camas disponibles.*

*Me sentía un poco incómoda escuchando eso, porque el señor y su familiar estaban muy cerca, y él hablaba como si no estuvieran ahí. Claro, para él esto es normal, pero no creo que lo sea para el señor pre infartado y su familiar, y menos para mí.*

*Me informé de varias cosas, me preguntó si había escuchado la “alarma”, y definitivamente dije que no, nunca, no sabía qué era. Esa alarma es la llamada para la sala de reanimación, donde se van los pacientes mas graves y críticos, él dijo que eran aquellos que tenían riesgo de muerte. Me la indicó y nunca había visto movimiento ahí, quedaba al lado de donde me sentaba pero al cruce de la intersección. (...)*

*Al frente de ese episodio se encontraba un señor en silla de ruedas que también se veía bastante mal, me da la impresión que la persona que lo acompaña es su madre. Me llama la atención la madre, solloza y con las manos se secaba las lágrimas. El señor de silla de ruedas estaba babeando y la mujer constantemente le limpia la baba con un paño. El señor se ve débil y deteriorado, no sé qué edad tiene, pero creo que representa más edad de la que tiene. Es bastante flaco y no emite sonido.*

*(...)En unos minutos que me desconecté y estaba viendo la televisión de enfrente, empieza a sonar la alarma fuerte, muy fuerte y larga. Me asusté, no sabía qué estaba pasando. Y cuando veo corriendo a la señora con el señor de silla de ruedas, veo que se dirigen a la sala de recuperación. Ahí mismo por primera vez, vi al Servicio de Urgencia en acción. Llegaron como diez personas corriendo de todos los pasillos, guardias, enfermeras, médicos, paramédicos. La señora salió llorando con la silla vacía, la ingresaron a la oficina que está ubicada al lado del box de reanimación. Un médico y una enfermera entraron con ella, después de un rato la señora salió de la sala y se veía mal, muy afectada. Al señor de silla de ruedas no lo vi más, nunca lo vi salir de aquella sala.*

En los cuarenta minutos que llevaba ahí nadie se acercó a asistir al paciente, ni médicos, ni enfermeras, ni paramédicos, ni auxiliares de servicio, a pesar de que todos pasaban por el lugar como si esta escena no fuera de importancia. Pero como digo, no existe sentido de urgencia y gravedad. Para plasmar el episodio en unos minutos, comienza la alarma de reanimación, la mujer llevaba al señor de silla de ruedas corriendo al box de reanimación, pasaron en frente mío la mujer lloraba, y un equipo compuesto de guardias, enfermeras/os, médicos, paramédicos se concentraron en la habitación y la señora salió destrozada con la silla de ruedas vacía. Me imagino, que si de haber atendido antes al señor o si alguien hubiese realizado algún acercamiento para prestar ayuda, la situación ocurrida no se hubiese llevado a cabo.

Esto demuestra la carga que muchos de los servicios externos y familiares deben soportar día a día, sin más remedio que esperar a que el caso del paciente sea de suficiente gravedad para el Servicio de Urgencia.

A continuación, otro caso para asimilar lo que constantemente en los pasillos de Urgencia ocurre:

*En un minuto una señora del pasillo comienza a pedir ayuda, su familiar se estaba ahogando, y pedía ayuda porque no podía respirar. Me asusté, nadie iba en ayuda, no salieron médicos, ni enfermeras, ni nadie. Mucha gente se acercó, yo estaba asustada, se escuchaban los gemidos de la señora, y un señor del SAMU la asistió. Ya no se escuchaban los gemidos y eso también me tranquilizó, pensé que sonaría la alarma y no sucedió.*

Estos hechos definitivamente reflejan la poca urgencia con que se atienden los casos, de hecho esta señora no fue atendida por alguien de la Posta, sino de un externo. Por el contrario, no es un problema de personal, porque siempre se encuentran en los pasillos, dando vuelta o conversando, o viendo televisión, se observa un exceso de personal.

En los pasillos de Urgencia se puede observar una dinámica bastante impresionante, donde por un lado están los pacientes en condiciones funestas y poco saludables, y por el otro lado están los que pertenecen a la organización acostumbrados a este escenario donde a diario se desvinculan con la realidad del servicio, donde existe una obligación ineludible al trato y mejora de los pacientes, que sin duda no se visualiza y que no se comprende como una de las tareas primarias del Servicio. Con esto comprendo, que el sentido de no urgencia es la dinámica institucional, que a



pesar de que muchos de los pacientes que asisten presentan riesgo de vida o se encuentran en condiciones realmente deplorables, sin embargo, de cuentas las cosas terminan funcionando, y los pacientes son atendidos.

En suma, creo que esto es un tema de evasión a la realidad por parte del sistema, donde están adormecidos en una dinámica, evitando el contacto con la realidad, donde en muchas oportunidades me da la impresión que no se pueden hacer cargo de la urgencia del sistema y para ello es mejor generar este sentido de no urgencia en un Servicio de Urgencia, ya que es difícil sobrevivir en una institución con estas características.

### **La Desprotección y el Maltrato del Sistema**

La necesidad de protección es lo que busca el ser humano, y cuando nos referimos un Hospital lo normal es asociarlo a seguridad, cuidado, protección entre otras cosas.

Para comprender mejor este análisis, es necesario ubicar cual es el perfil de los pacientes que acude a la Posta Central y en especial al Servicio de Urgencia. El perfil es claro, no se necesita ver o conocer estadísticas para poder inferirlo, son personas de bajos recursos, que no tienen acceso a un servicio de salud privado, no cuentan con los medios económicos para pagar una consulta privada. Por otro lado, la desigualdad y desprotección del Estado, condiciona a que muchos de los ciudadanos vivan su vejez en sectores públicos como la HUAP.

La pobreza, el deterioro y la muerte son una suma de elementos que nos lleva a la desprotección que existe en la Posta, en donde los recursos son limitados, en el cual muchas veces el sistema no puede responder o sostener a pacientes y familiares que acuden al servicio.

Los que acuden al servicio, son personas que ya vienen con mucho maltrato, es decir ellos vienen a replicar más de lo mismo, en el fondo no existen grandes contrastes en relación a lo que viven en la cotidianidad.

En la observación nueve:

*Casi al final de mi observación, la chica que se paseaba constantemente, se asoma por el box número dos, y a pocos segundos un médico sale y le dice que se tiene que ir, que se vaya para afuera. El tono de voz es un poco autoritario y bastante agresivo, ella no dijo nada, el médico camino hacia la intersección donde se puede ver la salida de Urgencia, y*

*esperó a que la chica pasará caminando por el frente, el médico quería corroborar que se fuera de Urgencias. Ella iba caminando por atrás del médico, él la mira y le señaló la salida. Me dio rabia, impotencia, el trato fue demasiado, el tenía una cara de enojo, no creo que haya tenido un buen día, no lo justifico para nada, pero me cuesta imaginarme que ese enojo se haya producido por la chica que estaba esperando a su familiar.*

En este caso la joven no hace ningún tipo de comentario o mala cara, más bien muestra un acto de sumisión, por otro lado, el médico no muestra delicadeza, ni comprensión según la situación del familiar.

*Llega una camilla con una señora humilde, bastante viejita, se me ocurre que tenía unos 80 años o más está acompañada de su hija, y vienen con el Servicio de Urgencia de Maipú. La hija, le dice a la señora que la médica que las había atendido era insoportable, la madre no le toma atención y ésta lo señala nuevamente, pero la señora no hace comentarios. Me da la sensación de que sabía lo que la hija le decía pero no sacaba nada diciendo o fomentándole lo ocurrido con la doctora. Me da la impresión de que ella le autoriza a la médica que la trate así, se siente menos que ella. Me pregunto cómo debe ser el trato hacia algunos pacientes, y el escuchar a la señora, me intranquiliza imaginar que una médica haya sido pesada, y no mostrar respeto con una señora de edad, creo que se sienten superiores y el estrato social es relevante en la relación paciente/médico.*

Nuevamente se puede apreciar un maltrato del sistema, donde existe desprotección y falta de cuidado hacia los pacientes, quienes aceptan estas situaciones una y otra vez.

El poco contacto que existe paciente-personal en la Posta es impresionante, se puede identificar como la transferencia y contratransferencia hacen que esta dinámica sea aun más potente y que cause mayor daño para ambas partes. Creando mayor desvinculación del personal con el cuidado del paciente y agregando mayor sentido de desamparo a los pacientes y familiares.

Se desprenden dos lados opuestos los cuales creo que son importantes de mencionar; el pacientes/familiares y los que trabajan en el Servicio, ambos son víctimas y conforman la dinámica de maltrato. Se deduce un sistema maltratador que no sólo agrede a los pacientes y familiares, sino a los que trabajan en este servicio, se observa como el personal acude a una perfecta disociación del cuidado de los pacientes para así no conectarse con la realidad y analizar más profundamente la desprotección y el maltrato que existe en el lugar de trabajo en el cual están insertos.

### **Violencia y Dinámica del Maltrato**

Cuando Foladori<sup>48</sup> habla de violencia se refiere, en primer lugar a un fenómeno de la cultura o sociedad, y segundo, donde lo social le atribuye un sentido, que atenta contra lo natural. La violencia supone una actividad de destrucción del sujeto, donde la víctima no puede escapar de la acción del victimario. En el fondo la violencia viene generada por la sociedad, está incluido en nuestra cultura, y apunta a la agresión de una persona, quien está incapacitada para evadir dicha situación violenta. Por otro lado, se refiere a lo natural, por ejemplo, en el sentido de que un terremoto no es violento, ya que no atenta contra lo natural, pero un tiroteo en un banco, si es violento, ya que los individuos que están en el banco no pueden escapar de aquella realidad y pueden ser agredidos.

Según lo antes aclarado, se le atribuye al Servicio de Urgencia un carácter constantemente violento, donde lo natural es corrompido por la dinámica de maltrato que existe en el lugar.

Una de estas situaciones se presentó en mi tercera observación, cómo relato a continuación:

*Al pasar un tiempo dos médicas pasan al lado mío, y una de ella se acerca a mí y me dice sin tono de pregunta que hago en el suelo, que me pare, que está sucio, y que me siente en los asientos de espera. La médica era mayor, y el tono de voz con el que se dirigió a mí no fue muy amistoso. Me dio rabia y le dije que no podía hacer lo que me pedía, porque estaba observando, en un proyecto de investigación. A ella no le importó lo que le decía, bastante reacia a mis palabras, con tono de autoridad y bastante pesada me dijo que no podía estar sentada en el suelo. Estaba un poco nerviosa e intimidada, me paré y me quedé ahí, las médicas se fueron y me dio una impotencia impresionante, hasta me dieron ganas de ponerme a llorar.*

La otra médica que estaba presente no dijo nada, pero tampoco dio señal de sentirse avergonzada por lo que su compañera me decía o el cómo se dirigió a mí. La profesional de la salud fue violenta, me sentí obligada a obedecerla, seguramente ella sentía poder en la Unidad. Sigo sin comprender por qué dejé que me tratara de esa forma, en un sentido me dio miedo. En mis otras observaciones pensaba sobre la escena y no quería topármela nuevamente, el sólo acordarme de lo

---

<sup>48</sup> FOLADORI H. Violencia: La institución del maltrato. En su: *La Intervención Institucional, Hacia una clínica de las Instituciones*, 2008. pp. 199-214.

sucedido me hacía sentir vulnerable. Por otro lado, pensaba qué era lo que a ella le molestaba, y se me viene a la mente dinámica del maltrato, seguramente ella estaba acostumbrada a dirigirse así hacia los pacientes y familiares y que el sistema se dirigiera así hacia ella. Analizar como el sistema se dirige al personal de servicio es un tanto abrumador.

En este Servicio los carabineros y gendarmes son parte de recinto, y ellos son personajes claves en la dinámica que se puede observar. Los carabineros circulan diariamente por los pasillos, la mayoría andan armados, y muchas otras llevan a reos esposados a realizar exámenes y diversos trámites. Estas dinámicas institucionales definitivamente no son lo que todos entendemos como lugar de trabajo, y para los médicos, enfermeras, paramédicos, y auxiliares de servicio tampoco lo son, ya que deben lidiar con esta dinámica diariamente, donde muchas veces son los mismos pacientes y familiares son quienes violentan y agreden al sistema. Esto me hace preguntarme y reflexionar en torno a lo difícil que debe ser estar ahí todos los días.

Observación número siete:

*Mientras pensaba lo tranquilo que estaba el lugar, entra un reo esposado de manos y piernas, estaba acompañado por dos gendarmes con metralletas que colgaban de sus hombros. El reo vestía de bata blanca, abierta en el frente y se podía ver hacia adentro, se veían los calzoncillos. Me pareció un poco violento, erótico y sexual esta escena. Definitivamente no quería ver esto. Fue una mezcla extraña y me pareció inapropiada la bata del reo, por cierto él se veía orgulloso con la bata, tenía cerca de 50 años pero se veía ejercitado y en buen estado físico. Se me viene a la mente, “claro él es peligroso, se siente peligroso y poderoso, más encima genera una escena que vulnera a las mujeres”.*

En este relato se puede cuestionar el ambiente de un Hospital Público, donde pacientes esposados, gendarmes armados se pasean violentando la institución. En esa observación, yo no podía salir de ahí y evitar el contacto visual y físico con el reo y los gendarmes, es imposible desconectarse con esta escena en particular.

Paralelamente los guardias de la Posta, generan sentimientos y actitudes defensivas que son propios del ser humano, ya que constantemente los pacientes y familiares son vigilados por ellos y deben mostrar un grado de sumisión y respeto para ser aceptados. Los guardias de seguridad son bastante incisivos en preguntar a las personas que hacen ahí, que esperan, a donde van y con quién

están. Las personas responden de manera pasiva y con un temeroso tono de voz. Se vive un ambiente de desconfianza y amenaza.

*En un minuto un guardia comenzó a pasearse con órdenes médicas, preguntando persona por persona si era paciente o familiar, y si era familiar debía indicar de quién lo era. Cuando llegó a mí, le conté lo que estaba haciendo, pero solo volvió a preguntar “paciente o familiar”, le contesté que en ese caso era familiar. El guardia no me entendía. Luego le volví a aclarar y ahí continuó. Luego de terminar el pasillo, ingresó a un box y entregó las órdenes médicas.*

Se observa poder en el trato de los guardias, ellos se relacionan de manera directa con los pacientes y familiares, son vistos como los dueños de los pasillos de este Servicio de Urgencia. En general son bastante agresivos cuando ven mucho movimiento en los pasillos y tratan de mantener control en el sector sacando a las personas que no deben estar ahí. Creo que para ellos también es difícil lidiar con la violencia del sistema y prefieren mantener ambientes neutralizados y desocupados, para así tener mayor control.

En resumen la violencia es parte de esta dinámica institucional, en donde todos, en algún sentido, participan para conformarlo. Por otro lado hay que tener claro quiénes son los que acuden aquí, y en qué condiciones se encuentran, ya que muchos de los pacientes y familiares son delincuentes, por lo que vienen esposados y vigilados, influyendo en el comportamiento de los integrantes de la institución.

## **Descripción y Análisis de los Hallazgos en el Servicio de Quemados**

### **Lugar de Observación**

El Servicio de Quemados se ubica en el segundo piso del Hospital, y cuenta con dos sectores: uno en donde se encuentran los pacientes críticos y otra, donde están los pacientes hospitalizados de mediana y baja gravedad. Es en ésta última, en donde se realizaron las observaciones. La tarea principal de esta unidad es proporcionar una asistencia integral al paciente quemado, trabajando en su recuperación y rehabilitación otorgando las asistencias necesarias, que van desde procedimientos quirúrgicos y curación de lesiones, hasta la rehabilitación kinésica.

Al recinto se accede por un pasillo, por el que se llega primero a la sala de espera. Este recinto está separado del servicio médico en sí, por dos corridas de puertas, generándose un espacio en donde se encuentra una mesa con carpetas y diferentes documentos. Cruzando estas puertas se accede al pasillo principal del sector de hospitalización del Servicio de Quemados. El corredor tiene un aspecto iluminado y limpio, y la mayoría del tiempo está despejado. El único mobiliario que existe son un par de mesas a los costados de las puertas de entrada a las salas de pacientes, en donde están los archivadores con las fichas de los pacientes de cada una de ellas. El recinto cuenta con cinco salas de hospitalización, de las cuales solo dos están en constante uso, una para damas y la otra para varones. Frente a las habitaciones se encuentra el baño, una Sala de Área Sucia y la estación de enfermería, y más al fondo del servicio se encuentra la Sala de Personal, en donde los profesionales y técnicos cuentan con un lugar de descanso y recinto para poder almorzar.

La rutina que se observa en el lugar de estudio se caracteriza por ser un lugar bastante tranquilo, rasgo que evidentemente dependerá, en su mayor o menor grado, al número de pacientes que se encuentren hospitalizados. Generalmente, reina un ambiente silencioso con el sonido de los televisores de cada sala como única música de fondo. También se oyen conversaciones esporádicas entre los miembros del equipo tratante, quienes lucen bastante familiarizados entre sí y muy cómodos en su lugar de trabajo. El pasillo principal se encuentra, por lo general, despejado, tomando mayor vida cuando se encuentran los kinesiólogos desarrollando las actividades de rehabilitación de los pacientes, haciendo que ellos caminen por el corredor como actividad para la recuperación del movimiento tras varios días, o incluso semanas, de reposo.

### **Rol de Observadora en Servicio de Quemados**

Las observaciones se realizaron los días lunes, tratando de asistir siempre en la primera jornada del día, para evitar la fuga de personal que existe durante la tarde, de manera que pude ver el trabajo realizado tanto por el personal del piso, como también el realizado por los profesionales transversales del Hospital.

Mi primera observación fue la más difícil ya que el Hospital en sí, me generaba una gran ansiedad, lo que se potenciaba aún más con las asociaciones mentales que se pueden hacer con un recinto público como éste, al tratarse de un Servicio de Urgencia en donde se pueden observar escenas bastante fuertes, sobre todo para el ojo de quién no está familiarizada con el lugar. El Servicio que observaría, Quemados, también me generaba ansiedad e inquietud, pues el saber la naturaleza de las lesiones que ahí se tratan me parece impactante. Me atemoriza el hecho de enfrentarme cara a cara con esa realidad, personas desmembradas o con grandes cicatrices que dejan en evidencia el dolor que debe haber provocado esa herida. Y es justamente a lo que me vi enfrentada durante la primera observación en el Servicio de Quemados, que se evidencia en el siguiente extracto.

*El Servicio de Quemados se ubica en el segundo piso, desde las escalas se ve como un lugar oscuro y muy antiguo. La sala de espera está separada del servicio médico en sí, por dos puertas. Luego de estas, el lugar luce más moderno, iluminado y limpio. En un comienzo estuve en la sala de espera de pacientes, ya que primero necesitaba hablar con la Secretaria del Servicio para informarle sobre mi presencia y el trabajo que realizaría. En los primeros minutos me acompañó una de mis compañeras de tesis, estuvimos todo el rato juntas y tomadas del brazo. Cruzamos las puertas para preguntar por la secretaria, ahí nos dijeron que debía estar en su oficina ubicada a un costado de la sala de espera y si no, debería estar por llegar. Cuando caminamos nuevamente hacia la sala de espera, nos cruzamos de frente con un paciente, quién me miró de manera muy intimidante y acosadora. Me puse muy nerviosa. Mi compañera partió rumbo a su lugar de observación, casi escapando de aquél lugar.*

*La espera fue larga y dura, pues se encontraba presente el hombre que me había mirado. Me mantuve de pie sosteniendo firmemente mi cartera, me tiritaban las manos y me sentía muy, pero muy ansiosa. Sentía que aquél hombre estaba cerca, y que lo hacía casi por molestarte o provocarme, en ese momento lo único que pensaba era que apareciera luego*

*la secretaria para poder ingresar pronto a la unidad, me sentía en un lugar encerrado, sin escapatoria, ni siquiera había una ventana que iluminara aquel lugar.*

Como muestra el relato, el impacto que generó en mí ese lugar provocó respuestas cognitivas y físicas, que dejan en evidencia la inhospitalidad y frialdad del sitio, y muestra lo fuerte que puede resultar esta experiencia para alguien del “mundo externo” al entrar en contacto con la realidad que se vive a diario en la HUAP.

A medida que pasaron las semanas y fui asistiendo a más jornadas de observación, la ansiedad fue disminuyendo y me fui sintiendo más cómoda. El lugar dejó de ser intimidante y sesión a sesión me fui sintiendo más cómoda. En esto me ayudó mucho el buen clima que se vive en el Servicio de Quemados, en el cuál se percibe una gran diferencia en comparación al resto del Hospital, una unidad pequeña y altamente especializada.

Durante las jornadas que observé, no generé mayores vínculos con las personas del lugar, sólo algunas conversaciones de corta duración, cuando se me preguntaba que hacía en el lugar. En algunas de estas conversaciones sentí que mi presencia les intimidaba, por lo que se acercaron a mí en ciertas ocasiones de manera directa y violenta.

En mi tercera observación:

*De repente, sale de la sala de personal una auxiliar y va directamente hacia mí, y me pregunta si es que estoy esperando a algún paciente o si necesito algo. Le explico, una vez más, que estoy haciendo un estudio de clima laboral autorizado por la dirección, ella me pregunta que qué es lo que estoy viendo, si a los pacientes o a quiénes trabajan ahí. Me complica un poco la pregunta, ya que no quiero que crean que los estoy evaluando, por lo que trato de buscar las palabras precisas, pensando una a una antes de hablar. Le digo que sólo quiero observar las interacciones entre quienes trabajan ahí, y que no estoy evaluando, si no que sólo observando. Ella me dice que me preguntaba porque nadie sabía que hacía yo ahí. Esto me extraña, ya que esto se traduce en que mi presencia no pasaba tan desapercibidamente como yo pensaba. La misma kinesióloga de antes, que justo estaba ahí, se da vuelta y por primera vez me habla y comenta “así que usted está de observadora”. A lo que yo le respondo que sí, que la idea es ver cómo se relacionan en el trabajo. Ella solo me sonríe y se va.*



Me producía sentimientos encontrados, ya que por un lado me generaba ansiedad que el personal pensara que yo fuera una especie de “ojos” de la dirección y que los estaba evaluando y/o controlando, y también por otro lado no quería estorbar ni perturbar con mi presencia, lo que al parecer sí sucedía, ya que como lo muestra la reseña anterior, el personal se acercó de manera violencia hacia mí a “encararme” y exigirme explicaciones sobre mi presencia.

### **El Microclima de la Unidad de Quemados**

La Unidad de Quemados es un servicio altamente especializado. Es un área relativamente nueva del Hospital, y dentro de ella se percibe un ambiente distinto a lo que se vive en las otras unidades<sup>49</sup>. En mis sesiones de observación percibí que la mayoría del personal se sentía cómodo y tranquilo en su lugar de trabajo, y que también, existían buenas relaciones interpersonales, tanto con los miembros del nivel jerárquico superior como con los pares. Esto lo pude evidenciar en cosas simples, por ejemplo en las muestras de acercamiento entre el personal del equipo, con sus saludos cordiales y amistosos, dándome la sensación de ser un símbolo a la pertenencia al grupo, como se ejemplifica a continuación:

*Quién hace las curaciones es una enfermera, apoyada por un paramédico joven. La enfermera entra y sale de sala, ya que revisa las fichas. En una ocasión en que se encontraba en el pasillo, una funcionaria está entrando a la otra sala. La enfermera le pregunta si está reemplazando a M.E., que es la kinesióloga que trabaja en este piso, a lo cual la joven mujer responde que sí, ya que la otra persona estaba con vacaciones por una semana. Ante ésta respuesta la enfermera le sonríe y le dice “bienvenida”. Esto me hace sentir un buen clima en el lugar, un ambiente amistoso. La kinesióloga le dice gracias y entra a la sala.*

Otro aspecto que me llama la atención del lugar es la buena disposición que existe para atender las consultas e inquietudes de los pacientes y sus familiares, dado que existe una notoria diferencia en el trato que se les da a estos últimos, en comparación a los otros servicios médicos del Hospital. Si bien es cierto, hoy en día la medicina considera que el hecho de que un paciente tenga visitas y esté acompañado contribuye a su recuperación, los hospitales públicos, en general, no están adaptados en su totalidad para tener a demasiado público circulando por las salas de

---

<sup>49</sup> Elemento corroborado en Entrevista #1, en donde enfermera de Servicio de Quemados, en la intervención n°2 señala: “(...) somos como bien aparte en relación a la situación de hospital, como que no nos ubican mucho, estamos como bien separados. Pero dentro de lo que es quemados, yo creo que a pesar de que somos todos jóvenes, yo creo que hay una buena forma de trabajo (...)”.

hospitalización, lo que genera estrés y tensiona al equipo médico que trabaja en el lugar. Ésta es la realidad que se vive en la mayor parte de la Posta Central. Sin embargo, en el Servicio de Quemados se vive una dinámica distinta. Durante mis observaciones pude distinguir un buen trato hacia las visitas de los enfermos. Se percibía una actitud empática hacia ellos por parte de los funcionarios, a quienes vi explicar con actitud de paciencia y respeto las dudas que se planteaban y a su vez señalando como es que podían ayudar de mejor forma a su enfermo, cómo lo que relato en mi sexta observación:

*Mientras en el pasillo, sale una visita de la primera sala y le pregunta a una auxiliar paramédico, por algo que le pasa a su enfermo, y le dice que cuando baja el brazo se le pone negro. Justo aparece la kinesióloga y la auxiliar le comenta la situación que le plantea la señora (visita), y en conjunto comienzan a explicarle que es normal, que la persona ya debe comenzar a moverse, etcétera. Observé toda esa situación y sentí que la mujer se fue satisfecha con la respuesta y que el personal fue muy empático.*

Esta escena muestra cómo en esta unidad opera una dinámica completamente distinta<sup>50</sup> al resto del Hospital, dinámica que protege el ambiente, y a quienes se encuentran en él. Y es esta “protección” al lugar la que me explica otras dinámicas de algunos de los profesionales del lugar, como por ejemplo del personal de enfermería, pues cada vez que se presentaron en el servicio ejercían un rol de liderazgo y de cabeza del área. El resto de los funcionarios, como los paramédicos y los profesionales de apoyo también los tratan como tal, lo que me hace apreciar que las enfermeras viven su rol desde esa perspectiva también, lo que me lleva a concluir que lo que buscan proteger es la sensación de tener todo bajo control y a su vez, la satisfacción de guiar un servicio que sobresale a la situación general del Hospital, y que es reconocido por su excelencia. La siguiente viñeta es extraída de mi cuarta observación mientras una enfermera realizaba curaciones, al interior de una sala, a los pacientes hospitalizados.

*Observo que ella ejecuta la curación y el paramédico hace su labor, él le pasa algunos insumos, cambia las sábanas, etcétera. Veo que cada uno realiza su labor, pero entre ellos conversan, me da la sensación de trabajo en equipo, me sorprende. La enfermera a ratos sale de la sala a revisar las ficha de los pacientes, en una ocasión se acerca a mí y me*

---

<sup>50</sup> Elemento corroborado en Entrevista #1, en donde enfermera de Servicio de Quemados, en la intervención n°4 señala: “(...)Creo que nosotros los hacemos bastante bien en ese sentido y en relación al resto del hospital, yo creo que nosotros somos más bien solitos, dentro de lo que es quemados. Así lo vivo yo por lo menos con mi turno o en relación a lo que hablamos de turno a turno con los colegas, porque igual es como bien específico, hay cosas como muy específicas en la tarea de quemados.

*pregunta que es lo que hago, ya que ella ve que no vengo a visitar a pacientes, ni espero a nadie. Y le respondo que estoy haciendo un estudio de clima laboral del Hospital, ella me pregunta si tengo alguna credencial o algo, y yo le digo que tengo un correo de autorización, que no alcanzo a mostrarle porque ella se interesó mucho cuando le empecé a contar que yo estudiaba ingeniería comercial en la Universidad de Chile. Ella me comentó que tenía un sobrino ahí, y que le parecía raro que yo tuviera que hacer este trabajo. Después que volvió a entrar a la sala me miraba hacia el pasillo, en donde yo me ubicaba, y me decía desde adentro “las cosas que a veces nos toca hacer por trabajo”. Cuando me preguntó no la sentí intimidante ni violenta, me pareció amistosa y simpática. Me sentí cómoda hablando con ella.*

*El equipo sigue trabajando en la curación de los pacientes, y de pronto la enfermera me mira y me dice que si no quiero una silla, que como voy a estar parada toda la hora observando. Y me ofrece una silla que está al interior de la sala, y es un paramédico quien me la pasa. Me siento muy cómoda, y aceptada. Creo que es esto lo que reafirma mi confianza para poder mirar sin vergüenza ni culpa a los pacientes, me siento avalada.*

Este relato, en su primera parte ilustra la reacción de la enfermera ante la incertidumbre que le generaba mi presencia, sobre todo cuando le comento que realizo un estudio, pues ella reacciona de inmediato solicitándome algún permiso para permanecer en el lugar. Sin embargo, una vez que ella logra asociar mi tarea a la imagen de su sobrino, dejó inmediatamente de ser una presencia perturbadora para ella, por lo que a su vez, dejó de ser un peligro para el ambiente, pues la situación está bajo control, lo que refuerza la idea de la satisfacción que brinda la sensación de tener todo controlado.

### **Ejecución Ritual de Tareas**

Desde las primeras sesiones de observación, recibí muchas miradas de parte del personal, en un principio fueron pocos los que se acercaron a preguntarme por mi rol en el lugar, ya que la mayoría sólo se acercó a preguntar si es que esperaba a ver a algún paciente, sin indagar más ante la negativa de mi respuesta.

Esta desconexión del personal con su medio, la viví de distinta manera según el tipo de profesional, y se asocia de gran manera a como se ejecutan las tareas según cada especialista. Así, los médicos y paramédicos fueron a quienes percibí más desconectados con el entorno, limitando su

comportamiento a los establecido a cada una de las tareas que sus roles involucran. Por otro lado, el personal de enfermería fue a quién noté más involucrado con las actividades del servicio que iban más allá de su propia tarea (relacionada con el tratamiento y cuidado de pacientes), pues además de interesarse en mi labor, las vi comprometidas con labores de docencia, al mostrar y guiar a las alumnas de enfermería, así como también, las observé siendo el nexo entre los familiares de los pacientes y los médicos a cargo de ellos.

El personal paramédico, que son los técnicos en enfermería y los auxiliares, en su mayoría se interesó por saber si mi intención era visitar a algún hospitalizado, ya que hacer pasar a las visitas de los pacientes es parte de su tarea. Luego de escuchar mi negativa hacia su pregunta, seguían con su trabajo, y se olvidaban de que yo estaba ahí, haciéndome sentir como un fantasma, como se ejemplifica en un relato de mi segunda observación:

*La auxiliar siguió haciendo sus labores en esa sala, la sala de varones. De pronto se acerca y me pregunta qué es lo que necesito, y yo de inmediato le respondí que yo formaba parte de una investigación de clima laboral que se estaba haciendo el Hospital, y que contaba con la autorización (le muestro el documento) y que solo tenía que observar. Ella, tras escuchar la palabra observar, me dice “ah, observar” y hace un gesto con la mano como señal de su desinterés y desinvolucramiento en el tema. Luego, se va nuevamente a la sala a seguir con su trabajo. Eso me lleva a pensar que aquí todos se preocupan solo de su trabajo, al parecer, nada más les interesa.*

Como se observa en la escena anterior, este tipo de comportamiento, le permite al personal evitar la toma de decisiones de situaciones que no les compete directamente con su rol, de manera que no deben cargar con la responsabilidad de las posibles consecuencias que podrían traer esas decisiones. Por lo tanto, existe un efecto de dilución de responsabilidad, es decir, “alguien” u “otros” son los responsables, no “yo”. Cada uno se encasilla en su rol y en las tareas asociadas a ese rol, por lo que ante la aparición de un hecho extraordinario a lo cotidiano, nadie es capaz de hacerse cargo.

Los médicos, quienes son la cabeza del servicio según la jerarquía establecida por la institución, mostraron un comportamiento similar.

*Veo que se acerca un médico, por lo que me preparo para observarlo bien, siento que no me puedo perder ningún detalle de su estadía en el área, ya que la visita de estos*

*profesionales ha sido escasa durante el tiempo que he estado observando. De inmediato se pone a revisar fichas, esta es la única tarea que he visto realizar a los médicos durante mis jornadas de observación. Su labor la asocio a una máquina, de inmediato se me va la mente a una película que habla de la maquinización del hombre (“Tiempos modernos”): Toma archivador, lee ficha, firma y pasa al siguiente archivador, toma archivador, lee ficha, firma y luego al siguiente, y así progresivamente pasa a la siguiente mesa, hasta que llega al último archivador, firma y se retira. En ningún momento toma contacto con alguien del equipo médico, solo recibió un saludo de la secretaria del servicio. Incluso este médico tuvo que entrar a la sala de mujeres, pero de igual forma no saludó a nadie. Me da la impresión que son como una especie de “fantasma escritor”, hacen su trabajo y se van.*

El comportamiento de los médicos no deja de llamarme la atención, ya que como mencioné, ellos son la autoridad máxima en cualquiera de los servicios de la Posta, ya que el comportamiento real difiere de la conducta que se espera de la autoridad intitucional, del cual se esperaría mayor control y vigilancia, lo que claramente aquí no sucede. Esto también lo vi reflejado en la actitud que tuvieron hacia mi, pues su falta de interés hacia una persona extraña en el lugar, que sería yo, y el silencio de ellos ante esta situación, también comunica algo sobre este desgano por asumir responsabilidades y en vez de ellos, enfocarse solo en la ejecución de sus tareas.

Por otro lado, surge esta fantasía de la robotización del ser humano, representada por la imagen de una película, visión que no es menor, puesto que delata como estos profesionales realizan su trabajo de forma mecanizada sin tener un segundo de reflexión, y sin siquiera detenerse para relacionarse con el resto del personal, ni para establecer contacto alguno con los pacientes más allá de las visitas médicas, lo cual refleja también el grado de despersonalización que impera en estos profesionales de la salud. Esto último, se refleja en la reseña anterior en donde ellos están tratando con casos clínicos, representados por las fichas médicas, y no con personas, de esta manera no tienen que lidiar con las emociones que surgen al involucrarse con estas.

### **Cinismo y Statu Quo**

En el Servicio de Quemados se percibe un buen ambiente. Quienes trabajan ahí se conocen entre ellos, conocen a los pacientes, y entre todos existe un buen trato, en términos de la amabilidad y el respeto con que se tratan. Como ya lo comenté anteriormente, este es un servicio pequeño, con

personal especializado, lo cual hace que se genere un clima bastante hospitalario para quienes trabajan ahí.

Sin embargo, en algunas de las sesiones ocurrieron algunos hechos que me permitieron revelar que en el lugar no existe un espacio que permita regular y contener el estrés que generan las actividades que se desarrollan en el lugar, de manera que este no sea abrumador, ni tampoco de un lugar en donde se pueda cuestionar la forma en que se desarrolla el trabajo. Percibí que existe una necesidad de hacer sentir de que “todo está bien”, y de lograr mantener el statu quo en el que el grupo está atrapado, perdiendo cualquier posibilidad de que los individuos que están ahí cuestionen el ambiente en el que se encuentran, que es a lo cual me refiero con “cinismo”, ya que se trata de una actitud cínica frente a la negación de lo que realmente sucede en el sistema. Esto a su vez, hace que ellos proyecten en el exterior todos los elementos negativos que perciben del sistema en el que están inmersos. Esto lo distinguí en particular, en algunas ocasiones cuando algunos miembros del personal me confiaron ciertos acontecimientos, de tal manera, que sentí que buscaron en mí el romper con el cinismo con el cual conviven y por otro lado, lograr generar un espacio en donde pudieran sacar a la luz los sentimientos y emociones que les afloran ante los hechos que denuncian.

Una de estas ocasiones se presentó en mi primera observación, como relato a continuación:

*El hombre, se acercó a preguntarme que hacía ahí de manera muy confrontacional, sentí que mi presencia le estorbaba. Le comenté que se trababa de un estudio de clima organizacional y le mostré la hoja con la autorización entregada por la encargada del estudio en la Posta. Él de inmediato cambió la cara y me comentó una situación que a él le pareció inaceptable: Una señora había buscado por todo el Hospital, sala por sala a su hijo, y nadie había sido capaz de darle una respuesta. Finalmente, él la ayudó a obtener información, lo que concluyó en que su hijo había sido dado de alta hace cinco días. Yo le comenté que lamentaba mucho la situación de esa madre, que seguramente debe haber estado desesperada. Luego de esto, él ingresó a una sala y se fue. Este relato anterior me llamo la atención ya que lo sentí como un desahogo por parte de él, ante las diversas situaciones que seguramente a él le molestan o que le parecen injustas, y vio en mí a una persona que posiblemente podría denunciar estas situaciones ante la administración de la Posta. Esto me rectificó la falta de espacios que existen en el Hospital para plantear los problemas que puedan haber.*

El hombre de la escena anterior era un auxiliar paramédico, quién dejó en evidencia la falta de un ambiente que permita al personal del servicio verter las emociones que habitualmente ocultan y que les provocan altos niveles de tensión emocional e inestabilidad. La denuncia que este hombre realiza es en contra del sistema que opera en Hospital, o más bien, de la inoperancia imperante en el recinto médico. Sin embargo, el técnico me plantea a mí su malestar, cómo buscando escapatoria a un sistema que no es capaz de contener sus emociones, sino que sólo refuerza las rutinas defensivas, como la negación, que emergen a partir de situaciones como las narradas a partir de mi décima observación.

*Observo que un auxiliar, un hombre mayor, arregla y limpia una de las camas desocupadas. Me saluda desde adentro y sonrío. Luego que termina su tarea, sale de la sala y se encuentra con otra auxiliar, más joven que él. El hombre mayor le dice al joven que él bajará a las 12:30, asumo que se refiere a la hora de colación. El joven no emite palabra alguna, pero hace un gesto de aprobación y se retira de la sala. Acto seguido, se acerca hacia mí el auxiliar, y de inmediato comienza a explicar que él estaba limpiando una de las camas, ya que estaba muy sucia por que los jóvenes que trabajaban en esa área del Servicio, al parecer (por el gesto que hizo), no hacían muy bien su labor. Me señala que el lleva 25 años trabajando “al frente”, es decir, en el área de pacientes críticos del Servicio de Quemados, pero que viene a ayudar aquí de vez en cuando. También me hace alusión a su reciente conversación con su colega más joven, y me dice “Usted vio como me respondió”, con un gesto de total desaprobación. Luego me comenta que así son las cosas en esta institución, con tono de queja. Enseguida, llama a su colega mujer y se retiran a almorzar.*

En este último extracto de mi décima observación, pude apreciar que como consecuencia del statu quo, nace también un desahogo ante la insatisfacción personal acerca del trabajo, debido, a la falta de reconocimiento que la institución entrega hacia ciertos “sacrificios” que realiza el personal. Este hombre que aparece en el relato, cuenta su trabajo haciendo énfasis en que él estaba desarrollando una labor que no le correspondía, pero que ante la falta de personal “competente”, él debe redoblar sus esfuerzos para que el sistema pueda operar bien, esfuerzo que es poco valorado y sin una recompensa hacia su gestor.

La importancia de estos dos casos puntuales, es que reflejan que pese a la inexistencia de espacios de catarsis y a la falta de retribución por parte de la organización, los individuos siguen

actuando en virtud de proteger el ambiente y statu quo en el que están, lo cual les produce un costo en la salud física y mental, que finalmente reducirá la efectividad del sistema total.

### **Liderazgo y Médicos Fantasma**

Los médicos forman parte de un sistema que, tradicionalmente, funciona de una manera jerárquica. En el ámbito interno, esto se evidencia en las diferencias que se hacen según la especialidad (siendo algunas más “prestigiosas” que otras), según la institución en donde se ejerza la práctica de la medicina (privada o pública), y por último, según el tipo de pacientes atendidos (atención primaria o consultas médicas). Desde el punto de vista externo, los médicos son la cabeza del cuerpo médico de las instituciones de salud, liderando a enfermeras y los demás profesionales de la salud<sup>51</sup>.

Durante las observaciones, la práctica del liderazgo por parte de los médicos fue escasamente advertida. Si bien, la autoridad máxima del servicio es un médico, pareciera que éstos se escabullen del liderazgo que la estructura jerárquica les brinda, dejando todo en manos de su segundo mando: el cuerpo de enfermería. El rol de líder de los médicos es ejercido como quién tiene “la última palabra” ante la toma de decisiones, pero en la práctica quién guía al equipo de profesionales de la salud, no son ellos.

En mi tercera observación:

*Lo primero que me llama la atención es una enfermera que conversa con un médico, él está viendo y evaluando cuantas camas tienen disponibles. Ella le dice que no hay camas. El médico se asoma a la primera sala y hace un conteo, luego camina hacia adentro y mira la segunda sala, dice que quedan solo “n” camas para mujeres. La enfermera le insiste en que no hay disponibilidad, que tendrán a los pacientes solo para “vegetar”, lo que me hace pensar en que se refiere a que no dan abasto para brindarles la atención necesaria. Algo conversan, están lejos y no los escucho. Luego, el médico abandona el servicio.*

---

<sup>51</sup>ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Manual de Ética Médica, 2da. Edición, 2009 [en línea]. <<http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/index.html#manual>> [consulta: 05 diciembre 2011].



*La misma enfermera comienza a ordenar las fichas clínicas, revisa y revisa carpetas, abre y cierra archivadores. La noto con una actitud de desagrado. Habla en voz alta, se queja del desorden, en un momento dice algo como, “qué atroz el desorden, aquí no sé por dónde comenzar”. Yo en ese minuto estaba muy cerca de ella, por lo que sentí que lo decía en voz alto a propósito, como en señal de desahogo. Yo solo miro lo que hace, no le respondo nada. De pronto, sale de una de las salas una kinesióloga, que yo ya he visto antes, y le pregunta por la ficha de un paciente. La enfermera le responde que “por ahí estaba”, pero que “los médicos revisan las fichas y dejan todo tirado”. Esto lo dice en tono de queja, y me recuerda lo que ya he escuchado sobre los “diostores”. Siento que su actitud fue distinta cuando estaba el médico presente en el lugar (como “dueña de casa sin marido presente”), pues ante la presencia del médico ella se somete al poder y control que le brinda la estructura jerárquica al hombre, pero ahora que éste ya no está presente, me da la sensación que ella vuelve a sentirse como la “jefa” del lugar.*

El extracto anterior, representa a la única vez que divisé a un médico en contacto con otro funcionario del Servicio de Quemados, ya que siempre los observé realizando tareas por sí solos, sin ningún tipo de interacción con el resto del equipo. Como ya mencioné antes, este médico ha venido a dar la última palabra en cuanto al número de camas disponibles, recibiendo la refutación por parte de la enfermera, quién expresa la incapacidad del sistema para recibir más pacientes, lo que destapa la existencia de asimetrías de información acerca de la realidad del sistema en el cuál están inmersos los individuos.

Más allá de la decisión que finalmente haya tomado el médico, este relato sumado a que fue la única vez que vi a un médico involucrado en el funcionamiento del servicio, muestra la falta de comprensión por parte del gremio médico del “rol del líder” que la institución les otorga, lo que dificulta que exista un ambiente de colaboración donde el médico y su equipo, es decir, el líder y sus seguidores, puedan desarrollarse de manera efectiva y en donde centren sus esfuerzos en la ejecución de la misma tarea primaria.

*En otro momento se acerca otra mujer, una paramédica, y me pregunta que si espero a alguien, a lo que respondo que no. Ella me pregunta entonces que qué es lo que necesito, y yo le explico mi labor en el lugar, a lo que ella me vuelve a preguntar: “¿Sabe la jefa?”. Con esta pregunta se me vienen dos cosas importantes a mis pensamientos: lo primero, es que ella sabe y asume que no tiene la autoridad suficiente para “aceptarme” o*

*“rechazarme” en el lugar, pues ella no me solicita que le muestre la autorización, a diferencia del personal de enfermería que si me ha solicitado la autorización. Y segundo, es que la mujer indica a la autoridad como una mujer, es decir a la Jefa de enfermería, cuando en realidad, quién es la autoridad máxima del servicio es un médico hombre. Esto demuestra el liderazgo que tienen las enfermeras en el lugar, el cual se les reconoce.*

La escena anterior, extraída de mi décima observación, muestra como ante la falta de asunción del liderazgo que implica el rol de los médicos, los miembros del equipo de profesionales de la salud otorgan la autoridad a la líder de enfermería, ya que posee las características suficientes para satisfacer tanto las necesidades de dirección y supervisión, así como las de protección y apoyo, de los individuos. Desde esta perspectiva, se ve cómo los médicos ejercen su rol de líder, sólo encargándose de la gestión hacia arriba y hacia afuera, es decir, haciendo el nexo del servicio de atención médica con la administración y otros organismos externos, desconectados totalmente con el liderazgo interno que el sistema espera que ejerzan hacia abajo y hacia adentro, de manera de guiar a todos los miembros de la unidad médica que se encuentran detrás del líder. En consecuencia, existe una barrera que bloquea el ejercicio de la autoridad hacia todos los niveles del sistema, lo que provoca una gestión distante y una disociación entre el vínculo externo y el liderazgo interno, lo cual crea una sensación de “médicos fantasmas” al interior del Servicio de Quemados.

### **La Culpa**

Como ya lo hemos mencionado, el Servicio de Quemados se caracteriza por ser una unidad altamente especializada, por lo que la demanda por hospitalizaciones varía de manera inconstante, lo que implica que durante ciertos períodos de tiempo las camas se encuentren todas ocupadas, y en tanto que a veces el servicio se podría encontrar con una cantidad mínima de pacientes.

Las primeras semanas de observación las dos salas de hospitalización estaban completamente ocupadas, situación que fue cambiando a medida que avanzó el tiempo, pues mientras más cerca estaba el día del término de mis sesiones de observación, menor era la cantidad de pacientes que se encontraban siendo tratados en el recinto.

Junto a la sensación de poca actividad, me comenzó a surgir un fuerte sentimiento de culpa por no haber aprovechado de mejor forma las primeras sesiones en mi rol como observadora, cuando el servicio se encontraba lleno de pacientes y por ende, había más movimiento de personal y podía observar una mayor cantidad de procedimientos que realiza el equipo de atención de la

unidad. Me cuestiono fuertemente mis competencias y capacidades para realizar esta labor, y comienzo a dudar si la falta de actividad del lugar es un problema del sistema o si es falta de percepción mía.

En mi novena observación:

*El tiempo pasó muy lento y hubo muy poca actividad, por lo que rápidamente mi mente comienza a irse a otros temas. Me comienza a bajar un fuerte sentimiento de culpa. Pienso que me gustaría haber aprovechado mejor el tiempo en las primeras observaciones, debí haberme atrevido a mirar más al interior de las salas cuando todas las camas estaban ocupadas, lo cual hacía que la presencia del personal fuera mayor.*

El sentimiento de culpa es una emoción destructiva que se puede experimentar por algo que hemos hecho o por algo que no hemos sido capaces de poder realizar. Es a esto último lo que apunta como posible causa de este sentimiento que inunda esta unidad médica, la cual me afectó a mí como observadora, pero que posiblemente surge como un espejo del conflicto interno con que luchan a diario los profesionales del Servicio de Quemados de la Posta Central ante su incapacidad de hacer algo por la realidad que se vive en ese recinto hospitalario, puesto que ellos trabajan un área que se asemeja a una “realidad paralela” dentro de este Hospital, y que ya ha sido descrita a partir del “microclima” que ahí existe.

Tras la sensación de culpabilidad que sentí en mi penúltima observación y su posterior análisis, algunas situaciones que habían ocurrido en sesiones pasadas cobraron un mejor sentido y me hicieron comprender el funcionamiento con el que habían operado ciertos empleados del servicio en algunas sesiones anteriores.

*A penas entro me voy al lugar de siempre, al frente de la segunda sala, una señora, una auxiliar paramédica, me mira con cara de interrogante y me saluda, pero me sigue mirando de manera sonriente como diciéndome que le explicara qué es lo que necesitaba. Yo le digo que estoy haciendo un estudio de clima laboral, y que ya llevo varias sesiones, sólo que nunca nos habíamos visto (acudí en otro horario). Ella me pregunta que qué es lo que necesito, y le comento que sólo observar cómo funciona el sistema. Seguido de esto, me dice que en este momento hay sólo siete pacientes, que hay poco movimiento, porque a veces el lugar está lleno. Me cuenta también que iban a trasladar a una paciente a pabellón y que pronto vendrá un médico a hacer un procedimiento. Me entra la duda de si*

*lo hace por justificar el poco movimiento o si de verdad lo hace por contarme lo que está pasando en ese momento. Asocio a la baja cantidad de pacientes que se encuentran en el Servicio, y al “relajo” que produce esto en el personal, a que hay pocos pacientes a que este todo abierto, el ambiente luce relajado. Llega otra auxiliar y la primera mujer le comenta a esta última que si me había visto antes, y le cuenta un poco de lo que yo hago.*

En la escena anterior, de mi séptima observación, se evidencia la actitud de la mujer ante una persona extraña al sistema, que sería yo en mi rol de observadora, que ante sus ojos viene a “vigilar” la forma de funcionamiento del lugar y a “controlar” el cómo se están haciendo las tareas, cuando en ese determinado momento el lugar de trabajo se encuentra bastante pasivo y quieto, y con muy poca presencia de personal. Lo mismo sucede en mi octava observación:

*Voy al lugar que me ubico siempre y una paramédica me pregunta si vengo a ver a alguien y le explico mi rol en el lugar. Ella, de manera reactiva pero amable, me dice que ya hizo sus curaciones, y el paramédico que escuchó nuestra conversación, también me comenta que ella me había visto otras veces pero no sabía lo que yo hacía, y que sus pacientes están afuera, como excusándose de su inactividad.*

Esta paramédico también muestra comportamiento reactivo ante el posible enjuiciamiento que yo podría hacer dadas las condiciones del lugar y la dinámica de trabajo del servicio, que se diferencia notoriamente con lo que sucede en el resto del Hospital, lo cual evidentemente genera ansiedad y presión sobre el equipo médico de esta unidad, quienes sienten la necesidad de explicar por qué no están muy atareados.

Este conflicto interno se ve intensificado con la frontera que existe y que separa a la Unidad de Quemados del resto del Hospital. Vega Roberts<sup>52</sup>, señala que al intensificar las relaciones interdepartamentales (o entre unidades en este caso) se contribuye de mejor forma a la tarea primaria, lo cual a su vez reduce las rivalidades que puedan existir, los conflictos y los sabotajes inconscientes del trabajo de los demás a través de los departamentos. Además, los miembros de esta unidad clínica, al estar desocupados y no poder colaborar con otros grupos, además de sentirse culpables, pierden la oportunidad de ser reconocidos por su trabajo, y por lo tanto, están constantemente privados de satisfacciones positivas que son posibles en la profesión.

---

<sup>52</sup> ROBERTS V. Conflict and collaboration: Managing intergroup relations. Cap. 20. En: OBHOLZER A.; ROBERTS V. *The unconscious at work: individual and organizational stress in the human services*. 1948. pp. 187-196.

## **Descripción y Análisis de los Hallazgos en el Servicio de Traumatología**

### **Lugar de Observación**

La unidad de traumatología se encuentra en el cuarto piso de la Posta Central, comparte este espacio con el servicio de Cirugía, tanto de mujeres como de hombres. Según la estructura de la institución, Traumatología y Cirugía, pertenecen al Centro de Responsabilidad Quirúrgico.

Este centro de responsabilidad es el encargado de otorgar una respuesta durante las veinticuatro horas del día, en atención cerrada de las hospitalizaciones quirúrgicas del Hospital, esto según las necesidades que se presenten en el sistema de Urgencia del adulto. Por lo tanto, existe una cadena en la atención del paciente donde traumatología participa en la recuperación (hospitalización) final del operado.

Dentro de las atenciones que corresponden a Traumatología, se encuentran las cirugías de fractura c/sin luxación, de columna, retiro de elementos OST y cirugía TMT segmentaria.

Por lo tanto, es una unidad de tamaño pequeño que cuenta con siete salas de pacientes, una estación de enfermería, salas de descanso para enfermeras/os, técnicos paramédicos y auxiliares, además de una sala de médicos. Estos espacios sirven como lugar de esparcimiento y para compartir con los diferentes profesionales.

La estación de enfermería se presenta como el territorio donde ocurren la mayoría de las interacciones entre los distintos profesionales. Es el territorio donde se reúnen los técnicos paramédicos y las enfermeras a coordinar su trabajo, además que sirve como registro de las recetas de los médicos. También hay un panel con la distribución de los médicos asignados a cada sala de pacientes y aquellos que están inscritos para una posterior operación. El pasillo también tiene la característica de ser un espacio muy concurrido y para distintas funciones, se encuentran las máquinas de administración de medicamentos, carros con utensilios, además de servir para los paseos de los pacientes internados, de sus familiares y el mismo personal.

El ambiente de este servicio de atención es, en primera instancia, muy tranquilo y hasta cierto punto alegre. Pero pronto se transforma en un lugar de mucho trabajo y gritos. Es parte de la cultura del lugar que las instrucciones y peticiones se hagan con gritos, pero que a la vez se mantenga como un lugar agradable para la estadía del paciente.

### **Rol de Observadora en Servicio de Traumatología**

El proceso de llevar a cabo diez observaciones, de una hora cada una, en el pasillo de la unidad, fue a momentos largo e intenso. Fue una travesía el ir internándome en la cotidianidad del lugar y a la vez, tomar consciencia de la contratransferencia que estaba experimentando.

El día escogido para mis observaciones, fueron los lunes en horas de la tarde pero luego fue evidente que un mejor horario era a mediodía. La razón de lo expuesto, es que existía una mayor interacción entre el personal gracias a las actividades realizadas en ese horario, por lo que mi trabajo podía considerarse más fructífero.

Las primeras sesiones fueron muy tranquilas, en el aspecto de que mi disposición frente a la tarea de observar era muy abierta. El ir todas las semanas a un Hospital público, cuando se tienen los típicos prejuicios y estereotipos, puede causar un cierto desasosiego. Por lo tanto, me dediqué a hacer una descripción del lugar que estaba mirando, tratando de familiarizarme con el entorno y así lograr asentarme con traumatología. Como se muestra en el siguiente extracto de la segunda sesión:

*Llegué al pasillo de Trauma tranquila. Hice un paseo para ver más de cerca las salas y los pacientes que se encontraban en ellas. Las primeras salas son de mujeres de mayor edad para luego seguir con la de hombres y las aisladas. También me fijé en la sala de personal; donde se encontraban los camarotes de descanso de turno, es una sala pequeña que da la sensación de encierro.*

La ansiedad frente a la enfermedad y el interactuar del personal de atención, fue apareciendo en las sesiones posteriores. Una vez que logré ubicarme en el espacio físico, el desafío era conectarme con las relaciones que ocurrían ante mis ojos. Para esta experiencia, me apoyé en las reuniones de supervisión, donde se exploraba lo que me estaba pasando con lo que observaba. La primera sensación que apareció, fue la de sentirme como una máquina más en el pasillo, el siguiente relato lo muestra:

*Un familiar estaba esperando fuera de una sala. Se quedó mucho rato de pie y nadie le decía nada. Después de un tiempo, una técnica creo, le dice que su paciente estaba en la sala hace mucho rato, además le dice que salió a buscarlo pero que nadie contestó. El estaba a mi costado y nunca nadie preguntó por él. Con esto me doy cuenta de lo enfocadas que están en sus tareas que no se dan cuenta o no les toman atención a las*

*personas ajenas en el pasillo. Lo mismo pasa conmigo, la otra Jefa, que me vio la vez pasada, tampoco me dijo nada al verme de nuevo. Tengo la sensación de ser una máquina más en el pasillo, inanimada.*

Después vino una incomodidad relacionada con la oscuridad del lugar. Ésta tuvo lugar en varias observaciones, lo que hizo preguntarme cómo sería trabajar en un sitio donde se tiene esta sensación tenebrosa. También me cuestioné si era producto de mi ánimo de aquellos días. Puedo decir, que fue una mezcla de ambos, lo antiguo y poco renovado del lugar, junto a mi disposición a conectarme con aquello, creó una atmósfera extraña pero que venía del lugar de observación.

*Llegando, me llama la atención lo oscuro que se encuentra el pasillo. No recuerdo si siempre está así pero me causa un desasosiego que no me explico. Hago mi paseo por el pasillo buscando una silla, no la encuentro pero dado que hay mucho movimiento, decido no pedir una y quedarme de pie, frente a la estación de enfermería pero ahora al lado de otra sala (más al fondo).*

Luego, empecé a sentirme parte de la unidad. Con esto quiero decir que una parte de mí, buscaba pertenecer al lugar que estaba observando. No fue hasta las últimas sesiones de supervisión, que me concilié con la idea que parte de esta necesidad de pertenencia, era una contratransferencia de las personas que trabajan en la unidad. Es decir, que una vez empiezas a vivir en este ambiente, aparece la necesidad de ser reconocida por los demás, formar lazos.

*Uno de los auxiliares, muy amablemente me trae una silla para que pueda tomar asiento. Le agradezco su interés. Encuentro que esta muestra de interés es otra razón por la que me siento parte de su día, aunque me sigo sintiendo incómoda escuchando todo lo que hablan.*

Lo anterior me hace reflexionar sobre mi rol de observadora, si de verdad estoy asumiendo mi rol de acuerdo a la tarea primaria que conlleva, en conjunto con lo que el sistema aporta. Siento que esta necesidad de pertenencia guarda relación con una defensa contra la ansiedad que representa mi rol de observadora, de protegerme de las sensaciones que me produce el estar en la Posta Central. Lo más difícil fue conectarse con el dolor de los pacientes, la violencia del sistema y el desapego del personal de servicio.

El resto de las interpretaciones se desprenden en una serie de hallazgos que reflejan la realidad y cómo se vive el trabajo en equipo en la Posta Central. En parte, lo que esta metodología de observaciones busca, es interpretar la realidad a través de una mirada exterior, pero a la vez, conectada con los acontecimientos que ocurran.

### **Médicos Presentes pero Ausentes**

Luego de algunas observaciones en el área de Traumatología, se hace visible la ausencia de los médicos. En una primera instancia se atribuye a lo acotado de la observación, es decir, que dentro de la hora que estoy presente, es posible que los médicos se encuentren en su horario de colación o en algún otro servicio (como Urgencia). Pero luego de algunas interacciones con médicos y testimonios de técnicos paramédicos sobre el rol del médico, se nota que su presencia es muy escasa.

*Un familiar se acerca para preguntar por el doctor que atiende a su enfermo, le dicen que debe averiguar por el médico asignado a su sala. Le dicen el nombre del médico pero que si quiere hablar con él, tiene que ir a golpear a la puerta de la sala de doctores, a ver si lo encuentra. Una Sra. de blanco dice con mucha seguridad y cierta rabia: la verdad es que aquí los doctores apenas se ven, vienen en la mañana, hacen su ronda y después se van al policlínico o al quirófano.*

En esencia, lo presentado arriba, es lo que se vive en la unidad; los médicos realizan sus tareas en los momentos en que tienen para ello, pero sin quedarse un tiempo mayor para resolver dudas o preguntas de los parientes. El rol que asumen los médicos es meramente funcional, no exploran la posibilidad de realizar un trabajo en equipo más eficiente con el resto del personal.

Es importante mencionar el papel de líder que posee el médico, que es dada por su tarea primaria pero que no asume por distintas razones. En primer lugar, el liderazgo es otorgado por la cadena jerárquica de decisiones en el sistema de salud. Es decir, el que tiene la última palabra respecto del bienestar del paciente, es el médico en su calidad de profesional con mayor conocimiento y entrenamiento. En segundo lugar, los médicos pierden el sentido de su tarea al tomar superficialmente lo demandado por el equipo de trabajo. Se puede decir que las responsabilidades que les confiere su cargo no son asumidas y se desconectan de todo aquello que esté fuera de su percepción de lo que se debe realizar como médico. Con esto me refiero, a que la forma en que toman su rol difiere de lo esperado por el resto del equipo, asumiendo tareas y



responsabilidades sin considerar el sistema en que se encuentran. Lo anterior afecta en gran medida al tipo de relación que tienen con el resto del equipo. Por último, esta dilución de responsabilidades puede simbolizar que los médicos no quieren conectarse con la realidad que los rodea, esa realidad que es más dolorosa y por ende, más difícil de enfrentar.

En el relato expuesto al principio de este análisis, se nota una injusticia o rabia hacia los médicos de parte de una técnica paramédica, la cuál es resultado de la concepción que tiene el personal de este líder que no asume su responsabilidad. Formalmente, no existen espacios para dialogar estas inquietudes o desacuerdos de responsabilidades, por lo que lo hacen a modo de catarsis con personal externo, como parientes o profesionales de otros servicios, en la unidad de atención.

*Lo que siento de los médicos es bien extraño. Siento que están distantes, no hay mucho contacto con el resto del personal. Por lo menos los que vi hoy, buscan las carpetas de los pacientes, se pasean viendo las salas y no piden mucha ayuda y cuando lo hacen se ven torpes. Es como si no supieran cómo hacerlo. Es extraño.*

Por lo mismo, no hay una transferencia de conocimientos hacía las enfermeras o los técnicos paramédicos. Se observa que su rol es definitorio en la condición y tratamiento del paciente, mas no en un trabajo con las demás personas de la unidad.

Lo anterior, se puede relacionar con la edad de los médicos. Los que veo en las primeras observaciones son jóvenes, se nota que no llevan mucho tiempo en la Posta Central, por lo que dan una impresión de incomodidad de participante nuevo. Se siente esta torpeza por el mismo hecho de no poseer una mayor relación con el resto del equipo, de no crear lazos para un trabajo eficiente.

*Otro momento importante sucede entre un médico y algunos paramédicos y enfermeros. Llega el médico a la estación de enfermería y observa unos papeles, se pasea un poco y vuelve. A lo que llega un enfermero y le pide que firme las recetas de una sala. Le responde que esa no es su sala y que hay un médico asignado por sala. El médico empieza a quejarse del funcionamiento del lugar. Da a entender que no le gustan esas cosas, que le estén pidiendo firmar recetas que no le corresponden, que él maneja de una buena manera su sala, y ve con frustración y rabia el que otros colegas no hagan lo mismo con las suyas. Da a entender que no es culpa de los paramédicos o los enfermeros (las personas que estaban presentes en específico) sino que de sus jefes y colegas que ni siquiera le ponen*

*las fechas a las fichas. También dice que le da rabia ver a las personas que son las encargadas tomar café abajo y no estén presentes donde se necesitan. La forma en que dice todas estas cosas es de manera calmada y profesional, pero se nota que no le gusta la situación y está cansado con que sigan pasando cosas de ese estilo. También menciona, que deberían quejarse con sus jefes de la situación, porque no puede ser que las recetas estén esperando ser firmadas y por ende administradas al paciente de forma tardía.*

En esta viñeta, queda en evidencia las consecuencias de la ausencia de los médicos. Lo importante de firmar las recetas médicas de los pacientes queda delegada a la persona que se quiera hacer cargo, no existe una urgencia en llevar a cabo la tarea. Una vez más, el sentido de urgencia se pierde dado que los médicos no se encuentran en rol y diluyen varias de las responsabilidades que les atañen. Claramente, se afecta el funcionamiento del resto del equipo ya que no pueden avanzar en sus tareas diarias, lo que genera un sentimiento de injusticia hacia estos seres que se encuentran ausente de sus compromisos.

### **El Desamparo**

La falta de una protección o resguardo es otro tema presente en la unidad de Traumatología. La manera en que se manifiesta es a través de la pérdida de sensibilidad o de conexión con las emociones, en especial de las personas que trabajan en este piso. Las enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares están expuestos a emociones muy fuertes, como las de ver y tratar médicamente a personas enfermas, además de enfrentar las frustraciones y rabias de los familiares presentes en todo momento.

Una de las técnicas para evadir esta situación, de resistir muchas emociones, es la despersonalización con los pacientes. En una ocasión la enfermera Jefa de turno menciona lo siguiente:

*(...)Acá todo es un número, la paciente 128 que tiene tal condición. Y de hecho es un poco así, casi todo es por el número de la cama del paciente... ahh es de la 08 o la 706.*

Si bien puede ser una manera en que se hace más fácil entender alguna instrucción, también ayuda a los trabajadores a alejarse del paciente. Así, no se crea un lazo con éste, que más tarde pueda significar algún dolor por su empeoramiento de salud o posible muerte. Se podría decir que el hablar de los pacientes por su nombre va de la mano con el tiempo que permanecen en la unidad

hospitalizados. Es decir, se va creando una rutina diaria alrededor del paciente que se queda por semanas en la unidad, aumentando la confianza con él, en cuanto a la cotidianidad de su presencia más que por su persona.

Algo parecido ocurre con los mismos pacientes, hay algunos que muestran interés por tratar de hacer más amena su estadía, conversando con el personal y preguntando por asuntos personales. Esto tiene que ver con la cotidianidad que se vive en un sector que es de hospitalización y por ende recuperación de pacientes.

*Los pacientes ya se saben los nombres de los paramédicos, los llaman por su nombre y piden a alguno en especial. Ya se ha generado algún grado de confianza. Escucho la interacción entre una paramédico y una paciente, es una abuelita con operación de cadera; se tratan con mucha confianza, bromeando entre ellas.*

Otra manera de enfrentar la ansiedad propia del trabajo en Traumatología, es la dilución de la responsabilidad. Con esto quiero decir que todas las personas del equipo de trabajo, tienen cierta capacidad para ayudar a algún paciente, resolver la duda de un familiar, etcétera, pero no lo hacen. Se guían por la estructura jerárquica para resolver un problema. Cuando algún percance no tiene que ver con la tarea propia de algún profesional, rápidamente es despachada hacia la persona correspondiente de dicha solución. Lo anterior ocurre hasta en situaciones donde existe la capacidad de respuesta por parte del profesional.

*Un hecho que me llamó la atención fue la preocupación del familiar de una paciente. Se encontraba muy alarmada por la reacción que estaba sufriendo, creo que su madre, por lo que buscaba la solución con alguna enfermera o alguien que la pudiera ayudar. En primer lugar recurre a una técnico paramédico a la que le cuenta toda su situación, la técnico la escucha pero siento que es más por el deber de escuchar que porque quiera ayudarla. De hecho una vez termina su relato, le responde que la persona que puede hacer algo por ella es alguna enfermera, a lo que le contesta la familiar que lo ha hecho pero no hacen nada de todas maneras. Entonces, la paramédica le dice que hable con la Jefa de enfermeras, la señala y la familiar va en su búsqueda.*

El desamparo también se encuentra condicionado por el ambiente de la Posta Central. Es decir, la sensación de edificio antiguo junto a un entorno abandonado pero limpio, crean en las personas que conviven en este lugar, el sentimiento de querer escapar de ahí. El mismo paseo de

pacientes en vestimentas viejas y rotas, aumenta la impresión de abandono frente a la enfermedad. Los siguientes extractos de observaciones, muestran cómo me afectaron elementos como el ambiente del lugar:

*De nuevo, al llegar siento como si entrara a un lugar más tenebroso; que todo esté oscuro me perturba un poco. Da la sensación de un mayor deterioro o enfermedad.*

*Hoy se siente más enfermo el ambiente por los ruidos que percibo, se escuchan sonidos de vómitos complicados y quejidos de dolor por lo mismo. Además del hecho que explicitan las paramédicos de la diarrea. También por el estado en que se pasean un par de paciente, de mirar muy enfermo y desgastado.*

### **Rol Dominante de las Enfermeras**

Desde las primeras observaciones se hace notar una fuerte presencia de las enfermeras, en especial de las enfermeras jefas de turno. Ellas son las encargadas de controlar y estar pendientes de todo lo que ocurre en la unidad, deben supervisar las curaciones, estar presentes cuando el médico las necesite, responder consultas de otras enfermeras o paramédicos, entre otras tareas propias de su profesión. De alguna forma, gestionan el trabajo del equipo. Es cierto que existen tareas que son rutinarias y no necesitan mayor control, pero se hace sentir que las enfermeras son las “dueñas de casa”.

Este es un concepto que se conecta con varias situaciones de gestión o de relación con los demás profesionales. Se puede ver que con los médicos, la relación es de respeto pero con un toque de igualdad en el poder de tomar decisiones. De alguna manera, la ausencia constante de los médicos en la unidad, que por jerarquía son los de mayor poder, les otorga a las enfermeras, presentes en todo momento, el liderazgo del equipo.

*Otro hecho que me causó curiosidad fue cuando las dos jefas de enfermeras ven a un Médico. Lo llaman todas risueñas pidiendo su ayuda en algo. El se acerca y las abraza con confianza. Se nota que se llevan bien y pueden bromear entre ellos. La Jefa #1 se queda conversando con él de forma respetuosa.*

También es visible que la relación con los paramédicos y auxiliares es de tipo autoritaria, en el sentido que las enfermeras tienen la última palabra en la toma de ciertas decisiones. En muchas

ocasiones se observó que este grupo funcionaba como equipo, en cuanto al cumplimiento de la tarea primaria de la unidad de servicio. Existe una base de confianza entre ellos que hace posible que se logre delegar tareas, así como respetar aquellas decisiones que no se comparten. Esta confianza nace del sistema de turnos del Hospital. Este mecanismo logra contener a los empleados al representar una estabilidad frente al caos de la enfermedad y el mismo sistema hospitalario, además de permitir crear lazos al convivir con otras personas.

También es importante analizar el siguiente caso:

*Más tarde pasa lo siguiente: llega una enfermera diciendo que una pariente de la abuelita de tal sala anda diciendo que quiere pedir un traslado al Hospital Militar y justo el doctor la había dejado en tabla para operarla al día siguiente. El motivo que cuenta esta situación, lo veo como de validación de su actuar, porque lo que busca esta enfermera es la aprobación de su accionar al mencionar este hecho, de traslado, al médico encargado. Luego aparece esta pariente (sabiendo que había quedado para la operación) y le pregunta al médico en qué situación está su hermana, a lo que le contesta que ya no la operarán porque sabía que la trasladarían y no podían perder el quirófano. Al saber esta noticia, la pariente queda en shock, le dice al médico que sólo estaba preguntando el procedimiento para el traslado, que no había nada fijo. Empieza a llorar y a rogarle al médico que haga algo, éste le dice que no puede hacer nada porque no puede perder la cama de quirófano y que tendrá que esperar hasta el jueves para saber si la operan. Aumenta la desesperación de la pariente, golpea la pared en actitud de culpa y desconcierto, porque sólo había comentado el hecho de traslado, sin confirmar nada. El médico le dice todas estas cosas a la pasada, continuó caminando a lo que tenía que hacer y deja a la señora en el pasillo. Una técnica paramédica trata de tranquilizarla diciéndole que tenga paciencia y que podrán operar a su hermana. Se tranquiliza un poco pero más tarde veo que está buscando alguna solución con otro médico.*

Lo que me gustaría rescatar es el actuar de la enfermera. El que buscara la validación de su accionar frente a la situación de un paciente, muestra que el sistema en que operan con el resto del equipo es deficiente. Esto guarda estrecha relación con la dilución de responsabilidades y el rol asumido por cada profesional. Si la persona asume un rol desde una perspectiva poco integradora, es decir, sin considerar sus propias capacidades en concordancia con lo que el sistema está pidiendo de él, se pierde el sentido de su labor dentro del Hospital. Así, caen en la dilución de

responsabilidades, además de responder con mecanismos de defensa frente a la tarea primaria de atención del paciente.

La presencia física y psicológica de las enfermeras es fuerte. Son la cara visible y las responsables de que el trabajo se realice de acuerdo a los estándares asumidos en la Posta. También se encuentran expuestas a esta presión, de la cual se protegen teniendo una actitud más distante con los pacientes. No ocurre lo mismo con su equipo de trabajo. Se puede llegar a tener una relación de camaradería con el resto por el hecho de convivir varias horas al día, siendo su segundo hogar. Un ejemplo del nivel de confianza que se puede llegar a tener, es el siguiente:

*Los gritos son otra constante en el piso. Entre técnicos paramédicos y enfermeras las instrucciones o llamadas de atención se hacen a gritos entre las salas. Y lo curioso es que se contestan, aunque a veces cuando les interesa solamente.*

El liderazgo ejercido por las enfermeras jefas de turno, va acompañado con el comportamiento del grupo de paramédicos y auxiliares. Con esto quiero decir, que existe una dependencia del grupo hacia esta líder protectora, que los auxiliará en caso que ocurra alguna eventualidad. Si hablamos de niveles de dependencia, en este caso sería leve, puesto que cada uno conoce las tareas pertinentes a cada profesional pero a modo de preservar su statu quo, quiebran la armonía del ambiente con prácticas como la despersonalización y la falta de conexión con el paciente y el mismo sistema.

## **CAPÍTULO V: ANÁLISIS CUALITATIVO DE ENTREVISTAS GRUPALES**

Luego de realizar el proceso de asignar los códigos<sup>53</sup> a las citas de cada entrevista, procedimos a identificar las familiares que existían, es decir, ciertos tópicos comunes acerca de los que trataban estos códigos en su contenido. Enseguida, a cada código se le designó una familia, aunque en ciertas ocasiones algunos códigos fueron asignados a dos o tres familias, dado su contenido.

Para el desarrollo del análisis de las familias, se trabajó con la información de las tres entrevistas, de esta forma, se obtuvo un resultado con mayor consistencia, que sustentó nuestro análisis.

A continuación se describen los análisis para cada familia, los cuales se realizaron a partir de la codificación de las entrevistas. Estos códigos se encuentran adjuntos en el anexo de este informe.

### **Trabajo en Equipo**

Según la visión de las personas que participaron en las entrevistas, es posible definir el concepto de trabajo en equipo y cuáles son los factores que hacen posible que sea un trabajo efectivo o que se dificulte.

Por lo tanto, trabajo en equipo se relaciona a una condición necesaria en la vida profesional de las personas, pero que sufre de varias contradicciones. En primer lugar, se habla de la sincronización de las tareas y las interacciones vinculadas a ellas. Es decir, si una de las tareas a cumplir es la atención del paciente, y en especial de aquéllos críticos, se exige realizar un buen trabajo en equipo. En segundo lugar, se desprende que este es un concepto que guarda relación con el reemplazo de personal de ciertas áreas. Esto se corresponde con la sincronización de las personas más que de las tareas, unido a la imagen de suplir las fallas del otro. Por último, se percibe que existen diferencias en la efectividad del trabajo, dependiendo del tipo de profesional y del área en que se desempeña, puesto que el trabajo en equipo se da entre profesionales del mismo tipo, por ejemplo enfermeras con enfermeras, médicos con médicos, etcétera., y la calidad de éste, dependerá

---

<sup>53</sup> Códigos Entrevistas Grupales, se encuentran en el Anexo.

del servicio de atención en que trabaje la persona, percibiéndose una desigualdad. También, se reconoce que el trabajo en equipo es sinónimo eficiencia, lo que en definitiva es un aporte a aquellas visiones más pesimistas sobre el tema.

Por otro lado, se habla de las características o factores que mejoran el trabajo en equipo. Una de las más mencionadas, es el nivel de afiatamiento del grupo. Con esto, nos referimos a la relación que existe entre los miembros del equipo y la confianza con que la fundan. Es decir, las buenas relaciones interpersonales y su estabilidad en el equipo, favorecen el trabajo en grupo. Otro punto es la conversación y el respeto por el trabajo de cada uno, donde la comunicación es clave para una mayor eficiencia en el grupo, además del tipo de relación que se tenga con el resto del equipo, en cuanto a la disposición o la actitud con que se enfrentan al trabajo. Lo anterior sin dejar de lado al paciente, ya que se observa que el trabajo en equipo se da de mejor manera con quienes permanecen cercanos a los pacientes. Entonces, el reconocimiento y respeto por el aporte que realiza cada profesional o auxiliar, es valorado como una de las bases de un buen trabajo en equipo, ya que demuestra el conocimiento y las habilidades de cada persona. Por último, la cantidad de personal involucrado en la atención del paciente, también repercute en la efectividad del trabajo entre las personas, ya que éste se ve opacado por la falta de personal.

Dentro de los elementos que entorpecen o dificultan el trabajo en equipo, se pueden encontrar la existencia de un ambiente hostil, sobrecarga laboral y desorden del sistema. Esto se respalda con la percepción de que la estructura institucional genera roces en ciertas áreas de servicio y que las largas jornadas laborales demandan buenas relaciones entre los miembros de un equipo. Es decir, las personas que trabajan en la Posta Central sienten que la dificultad de trabajar en equipo es atribuido a las condiciones propias de la organización, como por ejemplo al problema que presenta el mover a pacientes de un servicio de atención a otro, su traslado a otras instituciones, etcétera. También es posible dilucidar que la alta rotación de personal perturba la manera en que trabajan los grupos, ya que en primer lugar afecta el nivel de afiatamiento y, por ende, la comunicación que existe. Al mismo tiempo, las habilidades personales, como las de guiar y generar un buen trabajo en equipo, influyen en la manera en que se enfrenta y conduce el trabajo en equipo.

Para finalizar, es importante recalcar la visión que tienen algunos de los consultados, acerca de la presencia de trabajo en equipo en el Hospital. Por ejemplo, se menciona que a nivel organizacional no existe trabajo en equipo, pero que a nivel de servicios de atención, éste se da; exponiendo que cuando se quiere lograr una coordinación entre los mismos servicios, no es posible



lograrlo por las condiciones en que el sistema funciona. Por otro lado, hablan del poco trabajo en equipo que se produce entre médicos y enfermera(os), lo cual afecta el desempeño del resto del personal. La percepción sobre de la falta de unión entre las personas y de que no se está realizando bien la tarea, se genera por las dificultades que presenta el sistema al considerarse rígido en la solución de conflictos, y por las personas que participan en éste al no mostrar una actitud más dispuesta para trabajar con el resto. Por último, no hay que dejar de lado las opiniones respecto de los médicos, ya que cuando se habla de trabajo en equipo, no se les incluye puesto que no se perciben como presentes en la conformación de equipo.

## **Liderazgo**

El liderazgo puede ser un concepto muy subjetivo, puesto que depende de las experiencias de cada persona y de la percepción que tenga sobre el nacimiento de un líder, como se muestra en las respuestas del personal del HUAP. Por lo tanto, su definición queda establecida según la experiencia de los entrevistados y por ende, del reflejo de lo que cada uno vive en esta organización. Así, la forma en que el liderazgo se ve afectado por el propio sistema, sus características y cómo se relaciona con la tenencia de poder, son temas recurrentes que merecen de análisis.

La concepción que se tiene de liderazgo es la de comunicar correctamente qué se necesita y requiere para que funcione el equipo, es decir, corresponde a una manera de llevar a cabo la tarea primaria del equipo, siendo éste el beneficiario final al permitir crear un ambiente oportuno para expresar las opiniones del personal. También se habla acerca de la existencia de roles informales que permiten liderar equipos, lo que muestra la importancia que los entrevistados le otorgan a lo que no se encuentra estructurado por el sistema.

De las entrevistas se desprende que existe una falta de liderazgos positivos, lo que en definitiva deteriora el cuidado del paciente, por otro lado, se afecta la generación de instancias de análisis del trabajo, en donde se evalúe lo que está realizando el equipo en relación al paciente. Entonces, el sistema hospitalario y las relaciones entre el personal de atención, se ven influenciados por la carencia de una figura o idea de líder que los contenga en el cumplimiento de su tarea. En concreto, la falta de liderazgo hace que se pierda el foco principal del equipo. También se puede decir, que es la conformación del sistema la que impide practicar un liderazgo eficiente para llevar a cabo los objetivos, en cuanto a que es un sistema que demanda ciertos comportamientos de sus

miembros. Por otro lado, el abuso de liderazgo que se produce en situaciones complejas como la toma de decisión sobre un paciente crítico, afecta la forma en que las personas distinguen y valoran el liderazgo para un buen trabajo en equipo, ya que la forma de actuar de las personas que asumen el papel de líderes, es arbitraria y poco justa, tanto con el resto del personal como con el paciente.

Dentro de las características de un buen líder o los elementos necesarios para un liderazgo eficaz, se puede desprender que la percepción de autocrítica, empatía y democracia se muestran como las habilidades necesarias para liderar, ya que se valora cuando una persona asume que hizo mal su trabajo pero que busca la forma de remediarlo y aprender de esa experiencia. Por otro lado, el liderazgo implica saber escuchar a los demás por igual. Es decir, se valoran estilos democráticos en la toma de decisiones, el respeto por uno mismo y por el resto, así como las buenas relaciones entre los miembros del equipo. También se menciona, que un líder debe ser capaz de lidiar con la condición de espera de los pacientes, que refleja el nivel de presión y ansiedad al que se ven expuestos los trabajadores. Por lo tanto, los buenos líderes serán aquellos profesionales que gustan de trabajar con personas, siendo éstas pacientes o miembros del equipo de trabajo.

Por su parte, otro tema abordado por los consultados, fue la forma en que emerge un líder. En primer lugar, se dice que el liderazgo nace de la persona más que de la estructura del sistema, por lo que las características personales son más esenciales que la estructura a la hora de definir un líder. También, se dice que un líder natural toma decisiones en situaciones de riesgo, por lo que se atribuye una identificación al liderazgo natural y formal. Por otro lado, existe una relación entre la tenencia de poder, que puede ser otorgado por el sistema, y el liderazgo. Con esto se quiere decir, que los trabajadores de la Posta Central asocian el tema del liderazgo con aquellos personajes que tienen poder dentro de la estructura organizacional. Es así, como los médicos y las jefas de enfermería, aparecen como los líderes por naturaleza de cada servicio de atención. Por ejemplo, se dice que los médicos asumen mayores niveles de poder y responsabilidades en cuanto a la toma de decisiones y a las tareas que realizan, por lo que en consecuencia, tienen el respaldo para tomar ciertas atribuciones sobre el equipo de trabajo. Por lo mismo, existe un sentimiento de abuso de poder y autoritarismo que desvirtúan el liderazgo, además de la prepotencia por parte de médicos con el resto del equipo, que en definitiva logra crear una imagen poco colaborativa al no considerar las opiniones del personal. Todo esto nace, por otro lado, de la competencia por el poder que existe entre los médicos y enfermeras, ya que éstas asumen el rol como la cabeza y nexo de los servicios médicos. En esta confrontación, se tienen diferentes percepciones de quiénes son los verdaderos poseedores de poder, que en algunos comentarios se confirma en médicos y enfermeras. Lo

anterior, también guarda relación con la ausencia de los médicos en los servicios, demandando en las enfermeras un mayor protagonismo.

Además, hay elementos que dificultan el ejercicio del liderazgo. Entre éstos se hallan la falta de habilidades personales, las cuáles entorpecen el trabajo con otras personas; la presión y sobrecarga de trabajo; y la deshumanización del sistema de atención, lo que en definitiva perturba el ambiente y el ánimo de las personas que trabajan en un sistema tan agobiante.

Una última acotación al tema es el siguiente consejo sobre la formación de profesionales, dado por uno de los entrevistados, éste dice que se debe tener conocimiento en las universidades de liderazgo y trabajo en equipo; por lo tanto, se tiene consciencia de la importancia que este tema posee para el desarrollo de sus actividades cotidianas y así lograr cumplir con el objetivo final, el cuidado y resguardo del paciente.

## **Colaboración**

El tema de la colaboración se encuentra muy ligado a la capacidad del grupo de trabajar en equipo, además de la comunicación que se genera entre ellos. A partir de las entrevistas realizadas, inferimos que el personal tiene la concepción de cómo la colaboración puede afectar el rendimiento y el bienestar de los equipos de trabajo, mostrándose lo que provoca la falta de colaboración y las formas en que se presenta en el trabajo.

Una de las maneras en que se fomenta la colaboración, es a través de la amabilidad y buenos tratos del personal, asimismo, cuando se valora la experiencia obtenida en el tiempo, y también cuando existe una buena recepción de los distintos servicios hacia los profesionales de apoyo, como nutricionistas, kinesiólogos, radiólogos, etcétera., los cuales cumplen una labor más esporádica pero igual de relevante en la recuperación del paciente. Por otro lado, se cuentan con reuniones administrativas con el fin de mejorar los procedimientos, así como la interacción entre los miembros del equipo. Además, se dice que uno de los beneficios de una colaboración efectiva, es el ayudar a evitar roces entre el personal de atención, y ésta mejora cuando existe una mayor dotación de médicos, dado lo limitado que es este grupo de profesionales y lo poco presente que se encuentran en los servicio de atención, también el flujo del sistema se ve facilitado con la colaboración del equipo. Por otro lado, se promueve una mayor conexión entre los diferentes profesionales como elemento a considerar para lograr un mejor trabajo en equipo. Ahora, otros comentarios de los entrevistados dicen que existe colaboración y proactividad frente a las tareas del

equipo y que se reconoce la colaboración entre enfermeras y paramédicos, puesto que se valora a los compañeros de trabajo como parte de una familia a la cual deben lealtad.

Si bien existen comentarios positivos acerca de la colaboración, son más aquellos que hablan de las dificultades y problemas en su ejecución. Una de las críticas, es que la colaboración entre las personas sólo es posible en momentos críticos, como cuando hay que coordinar el traslado de un paciente, y que la falta de intercambio de conocimientos entre profesionales, deteriora el buen funcionamiento del sistema, al no permitir crear instancias para conversar sobre lo que se está haciendo. La evaluación de desempeño afecta la colaboración, ya que se percibe como un sistema que no contribuye al trabajo realizado dado que se basa en criterios poco justos, como la antigüedad en la institución y las remuneraciones de cada profesional. Por lo tanto, frente a esta situación el personal se desmotiva, provocando un ambiente poco contenedor hacia la frustración y otras emociones que nacen de la carencia de un elemento importante para llevar a cabo un buen trabajo. Por otro lado, se reconoce que la falta de colaboración provoca roces en el personal y dificulta el trabajo, ya que se genera un ambiente de poco contacto con lo que ocurre con los demás. Esta carencia de cooperación que se da entre los distintos profesionales, acompañada de la falta de flexibilidad de roles, es percibida como dolorosa, afectando el desarrollo de la tarea de todo el equipo e institución. También se atribuye a una falta de reconocimiento por parte de médicos y a la ausencia de reciprocidad que existe entre jefes y subalternos. Del mismo modo, la escasez de solidaridad y valoración hacia la experiencia, anula la colaboración entre los diferentes profesionales. Así, el desahogo es una forma de lidiar con la frustración de la falta de colaboración, el cual se manifiesta con conversaciones entre miembros del equipo y también en su propio hogar.

Otro punto relevante, es la existencia de una menor capacidad de pensar colaborativamente, es decir, darle importancia a un espacio para pensar en conjunto sobre el cumplimiento de objetivos y la forma en que están llevando a cabo. De las entrevistas, se desprende que esta menor capacidad de pensar colaborativamente, se le atribuye a las nuevas generaciones de profesionales, puesto que son menos generosos a la hora de cooperar con el resto del equipo. La sobrecarga de trabajo dificulta el contacto entre el personal y superiores, lo que conlleva a una menor colaboración, aun que también mencionan que pese a esto, el logro de acuerdos, favorece el trabajo colaborativo.

## **Comunicación**

Con respecto a la comunicación, los entrevistados abordaron diferentes aspectos. En primer lugar, nos referiremos a lo que se habló del estado actual de la dinámica de la comunicación y cómo ésta es manejada, tanto por los equipos médicos de la Posta, como también por las autoridades. Luego, revisaremos la importancia atribuida a que la comunicación sea mejorada para poder trabajar de manera sobresaliente, y luego se revisan las dificultades encontradas por el personal para poder gestarla de buena forma al interior de sus grupos de trabajo.

Actualmente, la comunicación se da por medio de dos canales: verbal y escrito. Los trabajadores consultados señalaron que es la comunicación verbal la que se prefiere como vía de contacto, siendo éste un canal informal de comunicación, ya que se da en reuniones improvisadas en los pasillos o en las salas de personal, pero que no es algo programado ni planificado con anterioridad. El canal formal, es el que se da a través de comunicados por escrito, sin embargo, los entrevistados manifiestan que la comunicación escrita se utiliza como mecanismo para evitar el contacto con personas non-gratas, de manera de no tener que lidiar con ellas de manera directa, lo cual queda en evidencia cuando señalan que muchos de los conflictos se resuelven sin dialogar.

Los entrevistados acusaron la inexistencia de espacios establecidos por la institución para que se dé la comunicación de manera más abierta y efectiva entre los miembros de los distintos equipos, ante lo cual señalaron que no existen instancias formales para comunicar y retroalimentar sobre los resultados obtenidos por los equipos. Agregan también, que en ciertos turnos existe buena comunicación entre los colegas, pero sólo en instancias informales y esporádicas, lo cual no es suficiente, pero muy necesario. Además expresaron que, si bien existen reuniones interdisciplinarias, éstas se realizan con motivos técnicos/administrativos que no incluyen el ámbito interpersonal, ya que funcionan sólo como instancias correctivas frente a déficits técnicos del personal, lo que significa que no se tratan temas más profundos, como los conflictos entre los miembros del personal o el manejo del estrés debido a la sobrecarga laboral. Esta falta de espacios de conversación genera frustración en el personal, ya que se han solicitado espacios para dialogar, pero no hay respuesta de las autoridades. Esto último deja en evidencia una total falta de voluntad para crear instancias de diálogo por parte de los altos mandos de los servicios médicos, a quienes además se les acusa de no poseer el liderazgo suficiente para generar instancias de análisis de trabajo que permitan generar una discusión sobre los resultados obtenidos, en donde también se retroalimente a los profesionales de la salud. Agregan además, que esta falta de resolución causa

dificultad y genera mucho estrés en el equipo, generando condiciones indignas de trabajo, y como ya se mencionó, mucha frustración.

Para las personas entrevistadas, la comunicación es un recurso valorado en los equipos y es clave para que éstos funcionen. Su importancia radica en que ésta conlleva a la solución de los problemas de manera más rápida y que además, facilita el trabajo en equipo. La razón de esto es que por un lado, la comunicación permite canalizar las diferencias en los equipos de trabajo que se pueden generar a partir de la ejecución de la tarea, o bien, de las relaciones interpersonales que se generan al interior del equipo, y; por otra parte, esta dinámica permite el intercambio de conocimientos que se pueden desprender a partir de las instancias de análisis de trabajo, en donde cada profesional podría aportar desde su propia experiencia. Los trabajadores convocados revelaron que los espacios para compartir conocimientos son sólo de carácter informal y sin una mayor reflexión de por medio, y que además, la falta de confianza limita las instancias de aprendizaje que actualmente existen en la Posta, lo que conlleva a un deterioro del sistema.

Una mejora en la comunicación también contribuiría a enriquecer el ambiente laboral, mejorar la sensación de protección y fortalecería las relaciones interpersonales; ya que al reparar la comunicación entre los miembros del Hospital se generaría un lugar que reuniría las condiciones para el intercambio de ideas y para la libre expresión de sentimientos y ansiedades. Esto se debería a que las relaciones interpersonales de los grupos determinan el clima de trabajo, lo cual hace que quienes participan ahí se sientan más cómodos y dejen fluir la comunicación, ya que también se señaló que cuando existe una mayor socialización entre los miembros, mejora el clima laboral en los equipos de trabajo.

Las principales dificultades señaladas para que exista una mejor comunicación, fueron el exceso de trabajo y la alta rotación de personal del HUAP. Sin embargo, también se hace un cuestionamiento acerca de que la falta de comunicación sea un problema propio de este sistema, ya que se piensa que ésta es una problemática a nivel social arraigado fuertemente en nuestra cultura, lo que haría más difícil la misión de establecer una mejor comunicación entre los miembros de cualquier organización. Los protagonistas de estas entrevistas indicaron que si los equipos estuvieran bien conformados, según su parecer, la comunicación fluiría de mejor manera y existiría más confianza al interior de los grupos de trabajo, lo cual beneficiaría el resultado final del sistema, ya que la confianza es un factor que afecta la eficiencia del trabajo de los equipos, y en la realidad de los grupos de trabajo de la Posta Central la confianza es algo muy difícil de ganar.

## **Retroalimentación**

Como ya se ha mencionado anteriormente, la pauta que se llevó a cabo para la realización de las entrevistas, abarcaba el tema de la existencia de espacios que permitieran la reflexión sobre las dificultades propias de un ambiente laboral. De aquello se comentó, que en la Posta se presentaba una falencia al respecto, ya que no existen instancias formales para comunicar y retroalimentar sobre los resultados obtenidos por los equipos, perjudicando el mejoramiento y aprendizaje del personal. Asimismo, la falta de retroalimentación posterior a procedimientos realizados por equipo de profesionales, insegurizaba a las personas ya que no sabían si lo que estaban haciendo estaba bien o mal, y por otra parte, comentaban el interés que había por mejorar los errores que existían. En este caso, discutían sobre la deficiencia en la retroalimentación respecto a sus superiores, ya que en ciertas oportunidades, enfermeras o paramédicos esperaban la aprobación o desaprobación referente a algún procedimiento médico hacia al paciente, cuando trabajaban en conjunto con los médicos. Incluso, con firmeza agregaban, que no existía reconocimiento y que, por lo mismo, un mayor reconocimiento mejoraría las relaciones al interior del equipo, y que esto además generaría un aumento en la autoestima de acuerdo a las capacidades, en relación a lo que se está cumpliendo. Análogamente, los consultados creían que la retroalimentación debe ser planificada de manera institucional, ya que en varias ocasiones habían pedido tener reuniones de equipo, y no habían sido consideradas por los superiores, donde el personal buscaba la solución a problemas y así, conocer más detalladamente la participación individual en el equipo de trabajo.

Sin embargo, mencionaron que sí se hacían evaluaciones elaboradas por recursos humanos, pero que éstas eran completamente inefectivas, ya que las calificaciones no representaban la realidad del trabajo realizado y por su parte, tampoco recibían feedback a través del departamento encargado. Por ende, no comprendían la utilidad de aquellas evaluaciones, es más, se añadió que la mayoría no realizaba malas apreciaciones para no perjudicar a ciertos compañeros, ya que el sistema de desempeño está directamente ligado a un incentivo económico. En efecto, esto generaba una paralización en la mejora de las tareas de algunas personas, ya que sus calificaciones eran la nota máxima, cuando en la realidad presentaban imperfección en sus labores. Por otro lado, aludían a que el sistema de desempeño no contribuye a la colaboración, sólo desmotiva, por el hecho de que hacer el trabajo bien o mal recibe la misma calificación, más aun, mencionaban que, se perpetúa el sistema de desempeño, el cual no ayuda a destacar a quienes trabajan bien.

## **Rol**

Según las entrevistas, se puede extraer que los colaboradores se refirieron en gran medida a los siguientes puntos con respecto al rol: tema generacional, conocimiento del rol, jerarquización y personalidad.

Cuando hablaron del tema generacional, hicieron distinción en que las nuevas generaciones venían con otra mentalidad marcada por el individualismo cuando debían trabajar con más personas, más aún, que no comprendían lo que significaba trabajar en el área pública por que no tenían la experiencia. También se crítica a las nuevas generaciones porque no discriminan las necesidades del otro, además se les culpa por la falta de sintonía con la realidad de la salud pública. Se expuso que la visión de generaciones con distinta formación profesional/técnica afecta en el trabajo de la Posta, ya que las antiguas generaciones entienden y asumen el rol de una forma y estos esperan que los nuevos integrantes, cuando se insertan en los equipos médicos interdisciplinarios, lo hicieran de la misma manera. Sin embargo, las generaciones más jóvenes exponen tener una mirada diferente, se perciben con un mejor trato interpersonal; se alude a que las personas que llevan un tiempo mayor en el HUAP no son amables, ni acogedores, más aún, los “jóvenes” sienten la presión de ser aceptados según sus capacidades técnicas para ser considerados parte de los equipos de trabajo. En otras palabras, se observa un recelo por parte de las antiguas generaciones, ya que los “jóvenes” vienen con toda la parte teórica fresca, pero no conocen el elemento práctico y la realidad del sistema, además creen que los nuevos tienen una formación, que traspasa al mundo laboral de manera distinta, lo que no facilita el trabajo entre las diferencias generacionales.

Por otro lado, cuando conversan sobre el conocimiento del rol, dicen que estos están definidos por la institución y según los cargos que tiene cada uno en la Posta. Además, se cree que existe una brecha entre lo que se hace y lo que se cree que se hace, y que es relevante entender la importancia del conocimiento del propio rol, y por su parte, se requiere de flexibilidad en momentos de estrés. Se refieren a que muchas veces, las personas creen estar en lo correcto según lo que les corresponde hacer, y qué es lo que les compete según su rol, pero que lamentablemente no es así, y más aún, se concluyó que delimitar el rol protege contra la ansiedad, ya que conocer las fronteras de movilidad en sus roles mejoraba el desempeño de la tarea de cada uno. Por otra parte, en todas las entrevistas, se concluyó, que era necesario conocer bien el rol de cada uno, ya que eso era clave en situaciones de urgencia para obtener buenos resultados en la atención de los pacientes.



Cuando describen la jerarquización, ellos comentan que es bastante marcada y que muchas veces afecta en el rol de cada uno, ya que limita y condiciona en la forma de trabajar, imposibilitando o afectando el trabajo en equipo. Se reafirma el poder de la jerarquía por sobre la experiencia, ya que autoridades imponen poder sin considerar a subalternos, y además se percibe la vivencia de abuso de poder de parte del superior jerárquico. Con esto, los consultados aludían a que muchas veces llegan médicos jóvenes que no toman en consideración comentarios de enfermeras y auxiliares, quienes cuentan con la experiencia adecuada respecto al cuidado de pacientes. A la vez, hacen referencia a que las tareas que deben cumplir los subalternos, son afectadas por el incumplimiento del trabajo de sus superiores ya que, el protocolo jerárquico establecido para cada tarea junto a su respectivo proceso clínico, son necesarios para la atención de pacientes, y también, para la protección de los que trabajan en el sistema. También, se expuso que el rol del médico se define como quién da instrucciones, y no lo perciben dentro del equipo de trabajo a pesar de ser un componente importante para realizar la tarea de todos. Explican, en reiteradas oportunidades, que la burocracia del sistema entorpece el desempeño del rol, puesto que se debe cumplir el protocolo y éste afecta en la eficiencia y eficacia de la tarea en cada persona, y por su parte, la coordinación se ve entorpecida por miedo a tomar decisiones y ser juzgados por el sistema.

Por último, en las entrevistas se aclaró que la personalidad era un factor clave a la hora de trabajar, dada las características en las cuales funciona este centro de atención hospitalaria. Se menciona que es en el Hospital en donde pasan la mayor parte de su tiempo, y que es ahí donde se conoce bien a cada uno de los integrantes del equipo. Se critica que el trabajo de roles se realiza con casi nulo contacto entre miembros del equipo, y que esto influye de manera negativa en el cumplimiento de las tareas, ya que la disposición de algunos integrantes, impide la colaboración y la comunicación necesaria para la resolución de tareas grupales. Por otro lado, la percepción de autocrítica, empatía y democracia como habilidades necesarias para liderar, y el saludo como muestra de reconocimiento del grupo de pertenencia, son características individuales que afectan al grupo, además se afirma que son necesarias para que el grupo trabaje en un ambiente grato y participativo. También agregaron que, las personalidades fuertes en ocasiones pueden ser negativas y afectar el trabajo en equipo, a pesar de que en muchas oportunidades este tipo de personalidades ayudaba a que el equipo trabajara de manera más coordinada y eficiente.

## **Experiencia Laboral**

La creación de esta familia, se hizo considerando que los entrevistados dieron a entender que la experiencia obtenida a lo largo de los años trabajando en la institución, juega un rol fundamental en las relaciones interpersonales y profesionales, ya que ayuda a liderar y tomar responsabilidades. Por otro lado, se valoran y respetan los conocimientos obtenidos de la propia experiencia con pacientes y la experiencia en temas administrativos y sueldos, con lo que se comprueba que la calidad del trabajo realizado depende de los años de trabajo conjunto.

En primer lugar, se cuestiona que la falta de experiencia de los nuevos médicos, estresa a integrantes del equipo, además de que limita la gestión. Esto, se genera a partir de la desconexión que posee este grupo con la realidad de la salud pública del país y que no discriminan las necesidades del otro. La percepción sobre las nuevas generaciones de profesionales, es muy relevante para los entrevistados ya que, la motivación se percibe desde el inicio con los internos y su esfuerzo por querer aprender, siendo un punto de referencia a la hora de realizar un buen trabajo en equipo con ellos, y que genera una mayor sobrecarga al no existir una confianza plena con el resto del personal. Además, es una muestra de cómo lo nuevo entorpece el trabajo que ya existe, puesto que se promueve un nuevo estilo en la formación técnica-profesional, y donde ya no se reconoce lo aprendido según la experiencia de cada uno. Es así, como existe poco reconocimiento a la experiencia del personal paramédico, el cual proviene de los mismos médicos y de aquellas autoridades que imponen poder, sin considerar la opinión de subalternos. Desde la perspectiva de los recién llegados a la Posta, se dice que cuando eres nuevo “te prueban”, lo que es visto como una contraparte de las generaciones que tienen más tiempo en la institución. Esto, por lo tanto, afecta negativamente otras características de un buen trabajo en equipo, como la colaboración y la comunicación entre las personas que trabajan en la Posta. Por otro lado, se reafirma el poder de la jerarquía por sobre la experiencia, lo que se condice con algunas opiniones sobre la poca valoración que se muestra hacia la experiencia, siendo que es una herramienta que facilita el entendimiento en el equipo.

La falta de experiencia tiene repercusiones en la rotación de personal de la Posta Central, ya que, por ejemplo la realidad estremecedora y sobrecogedora, expulsa a profesionales del sistema de salud puesto que no resisten exponerse a las emociones nacidas de convivir con este ambiente a diario. Lo anterior, provoca que no exista un claro intercambio de conocimientos y realidades personales entre los integrantes del equipo. Un problema es, que se genera una brecha entre la

evaluación de los nuevos versus los antiguos funcionarios, lo que aumenta los resquemores de las nuevas generaciones y personas que recién se vienen integrando a la Posta. Asimismo, los años de experiencia se presenta como un factor que encuentra valoración en aquellos integrantes que llevan una estadía mayor participando de ésta organización.

## **Condiciones de Trabajo**

En esta familia hemos agrupado a todos aquellos códigos que hacen alusión a una serie de condiciones que facilitan o por el contrario, dificultan el trabajo del personal. Dentro de estas condiciones encontramos la calidad del ambiente emocional que rodea a los trabajadores de la Posta Central (en relación a los niveles de estrés); así como también, el tipo de relaciones interpersonales que se gestan en el recinto; y por último, se indaga acerca de la existencia de espacios que permitan practicar una comunicación fluida entre el personal y que dé pie a la resolución de conflictos de manera efectiva.

El ambiente emocional, según lo extraído de las entrevistas, posee elevados niveles de estrés y presión en el personal. En relación a esto, se menciona que existen, tanto estrés por exceso de trabajo, como también estrés institucional por falta de capacidad por fallas del sistema. Esto implica que, tanto a nivel individual como colectivo, se vive un clima de presión y tensión, puesto que el sistema no es capaz de soportar la demanda de pacientes que acude al HUAP. Los consultados explican que esto genera tanto frustración por no poder otorgar un mejor servicio, como también frustración en el equipo por las largas esperas en la atención de los pacientes, generándose una gran cantidad de reclamos de parte de éstos y de sus familiares, llegando incluso hasta la agresión física hacia el personal, lo cual, evidentemente, no ayuda a mejorar la tensión emocional del lugar. Este clima hostil genera una sensación de vulnerabilidad y desprotección frente a la violencia de pacientes y familiares, lo que según el personal de la Posta, se vive con mayor frecuencia en el Servicio médico de Urgencia, en donde un alto número de trabajadores sufre de trastornos de salud mental debido a este ambiente violento con el que deben convivir a diario.

Por otro lado, la falta de experiencia de los nuevos médicos estresa a los integrantes del equipo, lo que se debe principalmente a que entorpecen la labor desarrollada por el equipo médico ya establecido, debido a que requieren de un tiempo de adaptación a la forma de trabajo ya instituida en ese grupo y también, a la diferencia en los criterios de evaluación de pacientes por parte de los nuevos profesionales, lo cual genera confusión en el resto del personal. Otro aspecto

importante en la génesis del estrés del sistema, es la falta de definición de ciertas tareas, ya que en las entrevistas el personal de enfermería declaró que los múltiples roles que deben sobrellevar les genera gran presión, ya que estos profesionales se sienten como “el jamón del sándwich” entre médicos y paramédicos, y entre médicos y pacientes, llevándose toda la carga emocional de ambas relaciones. Sin embargo, también se revela la existencia de excepciones en algunas unidades del Hospital, ya que servicios pequeños y con dotación suficiente, como el Servicio de Quemados, soportan menores niveles de estrés y tienen mejor disposición hacia el trabajo, lo cual según explican, se debe a que por una parte, son un grupo pequeño en donde todos se conocen, y por la otra, que al ser un equipo con profesionales altamente especializados, crean un círculo muy cerrado y protegido, y de difícil acceso, en donde la amabilidad y los buenos tratos fomentan la colaboración entre los miembros del equipo médico.

En relación al tema de las relaciones interpersonales, el personal entrevistado declaró que la larga jornada laboral demanda buenas relaciones laborales, lo cual se debe a que los profesionales deben pasar la mayor parte de su tiempo en su lugar de trabajo, que es el Hospital de Urgencia Posta Central, por lo que tener buenas relaciones con sus colegas hace más llevadera esta situación, puesto que las relaciones interpersonales dentro de los grupos determinan el clima de trabajo, el que influye de manera directa en la motivación del personal médico. Por otro lado, “los pelambres” y la falta de claridad en los mensajes afectan las relaciones de trabajo, lo cual demuestra que una mejor comunicación y un mayor reconocimiento mejorarían las condiciones de trabajo y las relaciones al interior del equipo, lo que beneficiaría el ejercicio del liderazgo y del trabajo en equipo.

En cuanto a la existencia de espacios en que se pueda conversar o resolver conflictos, se manifiesta que estos son de carácter muy precario, y que sólo surgen como resultado de una fuerte presión del personal. Esto, como ya se mencionó, demuestra una falta de respuesta por parte de las autoridades de la institución, quienes dejan en evidencia la dilución de responsabilidades que predomina en esta organización. Se agrega además, que la experiencia de los superiores es influyente en la resolución de los conflictos, es decir, mientras mayor sea la experiencia del líder del grupo, los problemas llegarán a su fin de manera más rápida y eficiente. Los consultados también reconocen, que una mejor comunicación beneficiaría el estrés y la relación entre el personal, ya que la falta de un canal de comunicación más accesible genera incertidumbre y ansiedad, y muchas veces deja una sensación de autoritarismo de los médicos con el resto del equipo, quienes son los líderes de los distintos servicios médicos, puesto que no generan los espacios en donde sus

dependientes les puedan plantear sus inquietudes, por lo que estos últimos, sienten que no son escuchados y que sólo deben acatar lo que “el jefe” diga, obstaculizándose las buenas relaciones.

Finalmente, el personal convocado a estas entrevistas mencionó algunas acciones que desde su perspectiva, mejoraría las condiciones laborales. Se indicó que un sistema más organizado y ordenado permitiría generar un clima más estable para el personal, que en conjunto con un sistema de roles más delimitados y mejor establecidos, podría ayudar a aminorar los niveles de ansiedad que tienen que soportar estos profesionales. Todo esto sumado a una buena comunicación y al interés por buscar soluciones a los conflictos por parte de las autoridades, podría generar condiciones laborales más claras que motivarían en mejor medida al personal del Hospital, de manera que en conjunto podrían obtener resultados más beneficiosos tanto para ellos mismos, como para el sistema en su totalidad.

### **Falta de Personal**

Durante las entrevistas focalizadas, los miembros de los equipos multidisciplinarios hablaron sobre cómo la falta de personal los afecta, tanto a nivel personal como a nivel grupal, para poder desarrollar su tarea, además de las consecuencias que trae el alto nivel de ausentismo laboral en la Posta. También expresaron, cómo creen ellos que aportaría una mayor dotación de personal en los resultados del Hospital y al interior de los equipos.

En primer lugar, existe una denuncia de la escasez de profesionales en el Hospital. Se mencionó la falta de paramédicos y enfermeras a nivel de turnos, y también la falta de profesionales de apoyo que trabajan de manera transversal en todos los servicios del Hospital. Todo esto, sumado al alto nivel de ausentismo laboral hace que se dificulte la tarea del equipo, ya que se genera una sobrecarga laboral en los trabajadores que sí se presentan en sus puestos de trabajo, puesto que el sistema requiere del mismo nivel de exigencia aunque haya falta de personal. Por otro lado, los trabajadores de la salud piensan que en muchas ocasiones el buen trabajo en equipo se ve opacado por esta falta de personal, lo cual hace que todo esfuerzo por lograr un equipo cohesionado y con buenos resultados, sea innecesario e infructuoso, debido a que la escasa dotación seguirá siendo el “Talón de Aquiles” de ese grupo de trabajo.

Los representantes de los equipos entrevistados señalan que las jefaturas de los diferentes servicios deberían tener una mayor comprensión con ellos ante la realidad de la baja planilla de personal que tiene el HUAP, porque la alta tasa de ausentismo fomenta las injusticias entre el

personal y provoca sobrecarga laboral, lo que se ve reflejado cuando algunos servicios más pequeños tienen que dar soporte a los servicios críticos (como el Servicio de Urgencia), ya que el personal de éstos últimos, no posee la capacidad necesaria y suficiente para poder operar.

Los entrevistados expresan que cuando existe un mayor número de personal mejora el trabajo en equipo, lo que implica un mayor apoyo entre los miembros de los equipos médicos y una mayor colaboración entre ellos, ya que éstas dinámicas no son muy comunes en la realidad de este Hospital de Urgencia.

### **Sobrecarga Laboral**

En las entrevistas realizadas al personal de los equipos multidisciplinarios de la Posta, éstos se refirieron al tema de la sobrecarga laboral en relación a las causas que la provocan, así también, a cómo el sistema maneja u oculta este problema. Además, expusieron las posibles consecuencias que trae el exceso de trabajo que ellos sienten en sus labores diarias y finalmente, indagaron en algunas dinámicas que creen que podrían aliviar esta condición.

Así, revelan que las licencias médicas y la alta tasa de ausentismo provoca una sobrecarga laboral en los trabajadores del Hospital, quienes sienten que se les pide igual nivel de exigencia aunque haya falta de personal, lo cual les genera un alto nivel de presión y ansiedad, que inminentemente conlleva a un fracaso en los rendimientos laborales y por ende, al no cumplimiento de la tarea. Además, existen criterios divergentes para la hospitalización de pacientes, lo que hace que muchas veces el sistema se vea excedido y no se pueda brindar el cuidado suficiente a los pacientes. Sin embargo, esta falta de capacidad hospitalaria es vista como una realidad nacional del sistema de salud público y como la principal causa de la ineficiencia del sistema.

Otro aspecto a considerar, es la desconfianza que existe sobre los nuevos profesionales, lo cual es muy importante dado el gran número de internos y becados trabajando en esta institución. El personal entrevistado confesó que existe una mayor carga porque no confían en “los nuevos”, debido a que los profesionales jóvenes vienen con una mentalidad diferente a la del personal más antiguo en la Posta, lo cual les hace más difícil el trabajo en el equipo. Con esto se refieren a una forma distinta de trabajar con pacientes y a una falta de visión y claridad sobre lo que es el trabajo en la salud pública.

Por otro lado, los trabajadores advierten consecuencias negativas tanto en el público atendido por el HUAP, como en quiénes trabajan ahí. Por el lado de los pacientes, la sobrecarga que prevalece en la Posta, impide la evaluación de todas las personas que requieren atención, lo cual se contrapone con la principal tarea que debe desarrollar cualquier Hospital de estas características; y por otro lado, el exceso de trabajo les produce estrés a los profesionales que desempeñan ahí sus labores, atentando en contra de su salud mental.

Esta situación laboral, sumada al desorden del sistema, hace que se obstaculicen las dinámicas del trabajo en equipo y del liderazgo, lo que evidentemente implica que sea más difícil el trabajo al interior de los equipos médicos. De las entrevistas, se desprende que el personal de la Posta cree que para superar éstas dificultades, se debería fortalecer la comunicación entre ellos, ya sea entre pares o entre superiores y sus dependientes, ya que cuando se ha logrado tomar acuerdos por medio de ésta, ellos han podido trabajar de manera colaborativa, desarrollando un mejor trabajo y haciendo más llevadera la situación real de la Posta Central.

### **Sistema en su Totalidad**

El tema institucional fue tratado en las entrevistas. En el fondo, se buscaba conocer cuál era la posición de la organización frente a temas como; liderazgo, trabajo en equipo, colaboración, y estrés principalmente. Dadas estas bases, los principales hallazgos fueron las condiciones de la institución, la diferencia en cada servicio y equipo, los espacios para el diálogo, y los pacientes y sus familiares.

Al expresarse sobre la institución, de acuerdo a las necesidades básicas del trabajo, muchos comentan la precariedad del sistema, y a consecuencia de ello, la pérdida de tiempo e ineffectividad del trabajo. Se refieren a los conflictos por no atender pacientes por falta de condiciones mínimas, además de la falta de condiciones higiénicas del trabajo, sumado a la justificación de la ineficiencia por falta de capacidad de Hospital, en donde la precaria infraestructura y la falta de personal del Hospital afectan a los que trabajan en el sistema y a los que acuden a él. De acuerdo a la infraestructura, mencionan el crecimiento excesivo del Hospital, sin contar con la capacidad para ello; la falta de camas y salas, lo cual genera largas esperas en pacientes, movilizándolo el trabajo de los equipos médicos. En cuanto a la falta de personal, los entrevistados revelan la gran carga laboral que deben asumir, y que eso afecta al rendimiento y atención de los pacientes.

Por otro lado, se expone que la calidad del trabajo en equipo se da de manera desigual en los distintos servicios del Hospital, y que esto se da principalmente por dos razones; por un lado, a nivel micro, ya que cada equipo tiene su forma de trabajar y entenderse para cumplir con las tareas particularmente, por ejemplo: cada turno tiene una dinámica distinta de trabajo, respecto al tiempo de espera de los pacientes, y por otro, en cada unidad de servicio cumplen con objetivos y funciones que difieren de otros pisos de la Posta, dada las características propias en relación al tipo de paciente que se atiende en cada servicio. Se aclara que cada equipo tiene sus propias normas de trabajo y de relacionarse, las cuales son creadas y aceptadas por sus integrantes, puesto que cumplen con los objetivos de la organización y con los de ellos mismos. También se reveló, la no existencia de trabajo en equipo a nivel organizacional pero sí a nivel de unidades de servicio.

Asimismo, los entrevistados critican fuertemente la falta de instancias de diálogo en los equipos de trabajo, por lo que se ve afectada, no sólo la parte técnica, sino también las relaciones laborales. La falta de instancias correctivas frente a déficits técnicos del personal dificulta el aprendizaje y no soluciona la falta de experiencia de algunos miembros de los equipos, puesto que la falta de intercambio de conocimiento entre profesionales deteriora el buen funcionamiento del sistema. Por otro lado, se juzga la inexistencia de espacios para el diálogo, ya que las instancias que se generan son sólo reuniones interdisciplinarias pero con motivos técnicos/administrativos que no incluyen el ámbito interpersonal, debido a que los entrevistados mencionan la necesidad de tener una buena comunicación para evitar roces y malos tratos que ocurren en la organización.

Otro tema importante que nace en las entrevistas, son los pacientes y familiares, ya que el personal de la organización debe lidiar a diario con ellos. Se comenta la sensación de vulnerabilidad y desprotección frente a la violencia de parte de pacientes y familiares, donde en varias oportunidades el personal es agredido por familiares impacientes por la falta de atención. Igualmente, se critica negativamente al Servicio de Urgencia por el retardo excesivo en la atención de pacientes, por su parte, esto conlleva a reclamos en contra del sistema, y a su vez, más quejas por parte de los usuarios implican mayor presión para personal, afectando la dinámica institucional. Este servicio es el que se encuentra más expuesto, dado que es la primera instancia donde el personal de la Posta se vincula con pacientes y familiares. Análogamente, en las entrevistas, se da a conocer que el personal es agredido por familiares impacientes por falta de atención y que para evitar agresiones de pacientes, se tienen que tomar medidas drásticas con ellos, y por su parte, el equipo tiene que lidiar con el egoísmo de los pacientes, ya que éstos piensan que sólo miran su propia perspectiva y no analizan la realidad que vive el equipo de atención. En pocas palabras, los



entrevistados afirman que el personal hospitalario es resistente al maltrato institucional, que lo atribuyen más que a todo, a la relación que se genera con pacientes y familiares.

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES**

El concepto de Trabajo en Equipo es uno de los temas base de nuestra tesis, ya que representa una interrogante interesante de desarrollar en instituciones de salud pública, como el HUAP. En la Posta Central, fue posible apreciar que existe una visión de logro de trabajo en equipo, cuando los distintos profesionales participan y contribuyen en cumplir con alguna tarea del día. Es así, como se valida un buen trabajo, cuando médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y auxiliares unen esfuerzos para recuperar a un paciente o cuando se logra obtener un beneficio específico para el equipo (reuniones de evaluación, vacaciones, condiciones de trabajo, etcétera.). De las observaciones realizadas, se concluyó que existe un mejor trabajo en equipo entre profesionales del mismo tipo, con esto nos referimos a que no se logra coordinar a todos los profesionales en torno a un objetivo, sino que se quedan trabajando con personas que hacen sus mismas tareas. Lo anterior, se complementa con la percepción de ausencia de los médicos en los servicios de atención, lo cual dificulta realizar un trabajo en equipo de calidad. En definitiva, la percepción de falta de trabajo en equipo se da puesto que es un concepto difícil de homogeneizar y que requiere de un esfuerzo en común complejo de medir. No hay que dejar de recalcar que las tareas y metas del equipo se llevan a cabo, el asunto es que no se percibe que sea por un esfuerzo coordinado de personas, sumado al poco contacto que existe entre los distintos profesionales de la organización.

Otro punto relevante para el desarrollo de nuestro seminario, es el ejercicio del liderazgo en los equipos médicos de la institución. Esto dado que es el líder quién representa y guía a los demás miembros de un equipo, con el fin de concretar la tarea primaria previamente establecida. Entonces, en base a lo observado y lo extraído de las entrevistas, se percibe una carencia de liderazgo de aquellos personajes que poseen poder institucional, los médicos. Por lo tanto, no están asumiendo su rol de líder del equipo de atención, lo que empuja a las enfermeras a asumir este papel en los distintos servicios de atención de la Posta. La poca participación activa de los médicos sentida por el resto del personal conlleva a que sean percibidos como autoritarios y ausentes, dado esto las enfermeras toman el control de lo que ocurre en el día a día.

El personal de la Posta dejó en claro que ellos sienten que tienen una gran sobrecarga laboral y que sufren de altos niveles de estrés que atentan contra su salud mental, además de afectar el trabajo y las relaciones al interior de los equipos multidisciplinarios. Sin embargo, en nuestro trabajo de observación pudimos notar que la carga clínica no es siempre estresante, ya que en

ciertos momentos los trabajadores pueden experimentar momentos de ocio y relajación, a lo cual denominamos como una “sensación de no urgencia”. Esto nos llevó a plantearnos que el estrés sentido por los profesionales del HUAP, es un síntoma de algo que va más allá del exceso de trabajo, provocado ya sea por la falta de personal, o por el exceso de demanda de consultantes. Creemos que la génesis del estrés se encuentra en el contacto con una institución traumatizante debido al maltrato que se desprende de ella.

De las entrevistas pudimos extraer un sinnúmero de elementos que caracterizan a un sistema maltratador y poco contenedor. La falta de infraestructura y las escasas condiciones higiénicas son un tema altamente criticado, ya que dificultan la realización de las tareas de los equipos médicos multidisciplinarios, y no facilitan el trabajo entre los miembros de los grupos. Paralelamente, el personal describió las precarias condiciones en las que trabajan día a día, en donde existen turnos extensos, repetitivos y agotadores, sumados a una agobiante carga laboral, que influyen en la dinámica de trabajo inherente a cada servicio del hospital. En cuanto al cuidado del paciente, los profesionales de la salud deben lidiar con tareas de las que nadie se quiere hacer cargo, como aquellas que implican el contacto directo con el cuerpo humano de los enfermos, entrometiéndose en el lado más íntimo del ser humano. Lo anterior forma parte del diseño de rol que deben enfrentar los distintos profesionales, por lo que la manera en que reaccionan a éste toma relevancia puesto que en ocasiones surgen emociones que paralizan o hacen despertar defensas contra la realización de la tarea primaria. Además, se suma la agresividad que emerge en muchas ocasiones por parte de los familiares de los atendidos, que también atenta en la forma de llevar a cabo sus funciones.

Estas apreciaciones, con relación al maltrato, fueron complementadas en el trabajo de observación que realizamos, en donde pudimos vivir desde nuestro rol de observadoras, el maltrato con el cual funciona el sistema, ya que en numerosas ocasiones tuvimos sentimientos de miedo, rabia, frustración y ansiedad. Estos sentimientos están asociados a hechos como el contacto con personal armado y reos de alta peligrosidad esposados a sus camas; la constante presión por parte del personal por verificar nuestra legalidad en el recinto, exigiéndonos una identificación aprobada por la Dirección de la Posta; el contacto con pacientes en situación de deterioro, maltrato, y cercanía con la muerte; y por último, la necesidad de huir de ese recinto altamente tóxico y violento.

Estos sentimientos denotan la intensidad de las emociones que, los mismos trabajadores y los usuarios, pueden experimentar día a día en el HUAP, lo que en definitiva desencadena en la activación de mecanismos de defensa para desarrollar su trabajo. Las dinámicas de maltrato

institucional se viven cuando los diferentes profesionales se ven expuestos a sobrellevar altos niveles de estrés laboral, difíciles condiciones laborales, etcétera.

Pese a la dinámica de maltrato que se vive en la Posta, pareciera que la organización no vislumbra la necesidad inminente de contar con espacios reflexivos en donde el personal se pueda encontrar y pensar en torno a lo que les ocurre trabajando, de manera de enfrentar de mejor manera la ansiedad que les produce el contacto con los enfermos y familiares, lo que se traduce en una aproximación directa con la pobreza, el deterioro y la muerte. Esta falta de espacios hace que dentro de ciertos equipos de trabajo, el ambiente emocional sea denso y devastador, ya que las personalidades heterogéneas al interior de los equipos y las diferentes formas de trabajar afectaban a sus miembros. Por otro lado, estos encuentros permitirían también la generación de instancias de conversación en donde se pudiera dar la transferencia de conocimientos entre los distintos profesionales de la salud en base a la experiencia obtenida del trabajo con los pacientes.

Por último, quisiéramos agregar que en este trabajo de investigación, salieron a la luz algunos temas que no habíamos considerado al comienzo de ésta. Es por eso, que pretendemos destacar la importancia del tema de la diferencia generacional entre los miembros de los equipos médicos, ya que es una cuestión que está presente en todas las dinámicas organizacionales, incluidas el HUAP, y que influyen en la forma de trabajar en los equipos. Y es que este hospital, por tener carácter docente, constantemente está integrando a grupos de jóvenes, que vienen desde diferentes carreras asociadas a la salud, para aprender y poner en práctica la teoría adquirida en sus casas de estudio. Al parecer, esto dificulta la ejecución del trabajo para ambos lados, tanto a los que ya pertenecen a la institución y llevan tiempo en ésta, y a los que recién comienzan a familiarizarse con el sistema público. El tema de formación profesional y “nueva mentalidad” en los jóvenes parece molestar a los antiguos, ya que no se les ve con las herramientas técnicas necesarias y por otro lado, existe una falencia para adaptarse al trabajo en los equipos por parte de los nuevos. Por su parte, los “jóvenes” se perciben a ellos mismos como más empáticos y con mejor preparación interpersonal, pero también sienten que no se les valora ni respetan sus logros profesionales, y que sólo es la práctica y la trayectoria lo que los avala, perjudicándose su participación con los equipos ya conformados. En definitiva, vemos que existe un problema en la percepción generacional, ya que ambos lados son críticos al respecto, y al parecer estas diferencias generan conflictos y dificultad para trabajar y colaborar al interior de los equipos médicos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ACUÑA E.; SANFUENTES M. Abuso Institucional: Atrapados entre la Vocación de Servicio y la Eficiencia Organizacional. Trabajo empírico – Investigación. Universidad de Chile. 2011
2. ALFORD C.F. Leadership by Interpretation and Holding. En: GOULD L., HOGGETT P. (Eds.). *Organizational and Social Dynamics*, vol. 2, 1993. pp. 153-173.
3. ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Manual de Ética Médica, 2da. Edición, 2009. [en línea]. <<http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/index.html#manual>> [consulta: 05 diciembre 2011].
4. AYESTARÁN S.; CERRATO J. La creación de equipos de trabajo en las organizaciones. En: S. Ayestarán (Ed.), *El Grupo como Construcción Social*. 1996. pp. 233.
5. BALCAZAR P.; GONZÁLEZ-ARRATIA N.; GURROLA G.; MOYSÉN A. Entrevista a Profundidad. En su: Introducción a los métodos cualitativos de investigación, Paidós, Barcelona, 1996. pp. 63-98.
6. BERG, D. Resurrecting the muse: Followership in organizations. Cap 2. En: KLEIN E.; GABELNICK F.; HERR P. *The Psychodynamics of Leadership*, 1998. pp. 27-52.
7. BION, W. Dinámica de grupo. En: *Experiencias en grupos*, ed. Paidós, Buenos Aires, 1972. pp. 115-154.
8. BLOSSOM L.; CHUNG-PING H.; CHI-WEN J.; CHENG-CHIEH L.; HUNG-JUNG L.; JIH-CHANG C. The role of leader behaviors in hospital-based emergency departments' unit performance and employee work satisfaction. *Social Science & Medicine*, 72(2): 238-246, 2011.
9. BLOSSOM L.; CHUNG-PING C.; MING-CHIN C.; SHI-PING L.; SIU-WAN H.; GERALD-MARK B. Physician and Nurse Job Climates in Hospital-Based Emergency Departments in Taiwan: Management and Implications. *J. Med. Syst.*, 32(4): 269–281, 2008.
10. CZANDER, W; EISOLD, K. Psychoanalytics Perspectives on Organizational Consulting: Transference and counter-transference. *Human Relations*, 56(4): 475-490, 2003.
11. DEJOURS C. El trabajo entre el placer y el sufrimiento. Cap. 2. En su: *Trabajo y sufrimiento, cuando la injusticia se hace banal*, 2009. pp. 39-52

12. FOLADORI H. Intervención en un Hospital Geriátrico. En su: *La Intervención Institucional, Hacia una clínica de las Instituciones*, 2008. pp. 123-152.
13. FOLADORI H. La intervención: del sufrimiento a la recuperación del pensar. En su: *La Intervención Institucional, Hacia una clínica de las Instituciones*, 2008. pp. 153-178.
14. FOLADORI H. Las instituciones y el pensamiento. En su: *La Intervención Institucional, Hacia una clínica de las Instituciones*, 2008. pp. 181-184.
15. FOLADORI H. Violencia: La institución del maltrato. En su: *La Intervención Institucional, Hacia una clínica de las Instituciones*, 2008. pp. 199-214.
16. GRINBERG L.; SOR D.; TABAK E. Grupos. Cap. 1. En su: *Nueva Introducción a las Ideas de Bion*, 1991. pp. 19-34.
17. HINSHELWOOD R.D. Thinking About Institutions, Milieux and Madness. Cap. 2. En su: *The Anxious Institution and its Defensiveness*, 2001. pp. 41-46.
18. HOGGETT P. Conflict, Ambivalence, and the Contested Purpose of Public Organizations. Consulting to Public Organizations: Revisiting the Concept of Primary Task. *Human Relations* 2006. [en línea]. <<http://hum.sagepub.com/content/59/2/175.abstract>>. [consulta: 17 diciembre 2011].
19. HUFFINGTON C.; JAMES K.; ARMSTRONG D. What is the emotional cost of distributed leadership? Cap. 4. En: HUFFINGTON C.; ARMSTRONG D.; HALTON W.; HOYLE L.; POOLEY J. *Working below the surf*, 2004. pp. 67-82.
20. HUTTON J., BAZALGETTE J, REED B. Organization in the Mind. Cap.6. En: NEUMANN J.E.; KELLER K.; DAWSON-SHEPHERD A. *Developing Organisational Consultancy*. 1era Edición. Inglaterra. Ed. Routledge. 1997. pp. 113-125.
21. KRANTZ, J. Anxiety and the new order. En: KLEIN E.B.; GABELNICK F.; HERR M. *The Psychodynamics of Leadership*, 1998. pp. 77-80.
22. KRANTZ J.; MALTZ M. A Framerwork for Consulting to Organizational Role. *Consulting Psychology Journal*, 49(2): 137-151, 1997.
23. MENZIES, I. El funcionamiento de los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad, Ed. Hormé, Buenos Aires, 1994. pp. 55-124.
24. MILLER E. Liderazgo, Creatividad, y Cambio en Organizaciones. Ediciones Copygraph, 2005. pp.116-151.
25. MILLER E. The Human Dynamic. Cap. 5. En: STACEY R. *Strategic Thinking and the Dynamics of Managing and Organizing*, 1993. pp. 98-116.
26. MINTZBERG H. Covert Leadership: Notes on Managing Professionals. *Harvard Business Review*, Reprint 98608, November-December 1998.

27. MUÑOZ J. Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS/ti, versión 2.4. Universidad Autónoma de Barcelona, 2003.
28. OBHOLZER A.; MILLER S. Leadership, followership and facilitating the creative workplace. Cap.2. En: HUFFINGTON C. *Working Below the Surface: The Emotional Life of Contemporary Organisation*, 2004. pp. 33-48.
29. OBHOLZER A. Managing Social Anxieties in Public Sector Organizations. Cap. 18. En: OBHOLZER A.; ROBERTS V. *The Unconscious at Work: Individual and Organizational Stress in the Human Services*, 1996. pp. 169-178.
30. RAUP H., MSN, RN, CNA-BC. The Impact of ED Nurse Manager Leadership Style on Staff Nurse Turnover and Patient Satisfaction in Academic Health Center Hospitals. *Journal of Emergency Nursing*, 34(5): 403-409, 2008.
31. READER W.; FLIN R.; CUTHBERTSON H.; MD, FRCA. Team Leadership in the intensive care unit: The perspective of specialist. *Crit. Care Med.*, 39(7), 2011.
32. REED B.; BAZALGETTE J. Organizational Role Analysis at the Grubb Institute of Behavioural Studies: origins and development. En: NEWTON J.; LONG S.; SIEVERS B. *Coaching in Depth: The Organizational Role analysis approach*. 1era. Edición. Inglaterra, H-Karnac(Book) Ltd., 2006.pp. 43-62.
33. RICE A.K. Learning for Leadership: Interpersonal and Intergroup Relations. Cap. 2. En: RICE A.K. *The Basis of Conference Design: Primary Task and the Organization Model*, 1965. pp. 9-27.
34. ROBBINS, S. Comportamiento organizacional. Teoría y práctica. 7ma ed. San Diego: Prentice-Hall Hispanoamericana, San Diego State University, 1999. pp. 218- 283.
35. ROBERTS V. Is Authority a Dirty Word? Changing attitudes to care and control. Cap. 4. En: FOSTER A.; ROBERTS V. *Managing mental health in the communit: chaos and containment*, 1994. pp. 49-60.
36. ROBERTS V. Conflict and Collaboration, managing intergroup relations. Cap. 20. En: OBHOLZER A.; ROBERTS V. *The unconscious at work: individual and organizational stress in the human services*, 1994. pp. 187-196.
37. SKOGSTAD W.; Psychoanalytic observation, the mind as research instrument. *Organisational and Social Dynamics*, 4(1): 67-87, 2004.
38. SKOGSTAD W. Working in a world of bodies. Cap. 8. En: HINSHELWOOD R.D.; SKOGSTAD W. *Observing Organizations, Anxiety, Defense and Culture in Health Care*, 2000. pp. 101-121.

39. SKOGSTAD W.; HINSHELWOOD R.D. The dynamics of health care institutions. Cap.1. En su: *Observing Organizations, Anxiety, Defense and Culture in Health Care*, 2000. pp. 3-16.
40. STOKES, J. The unconscious at work in groups and teams. Cap. 32En: OBHOLZER A.; ROBERTS V. *The unconscious at work*, 1994. pp. 315-324.
41. STRAUSS A.; CORBIN J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada*. Colombia, Universidad de Antioquia, 1998. 341p.



## ANEXOS

### Registros de Observaciones

#### Observaciones en Servicio de Atención de Urgencia en HUAP

##### Observación #1

Hoy comienzan las observaciones que realizare en la Posta Central. Nos dirigimos a la Posta con mis otras dos compañeras de tesis. Nos juntamos a fuera de la Posta Central a las dos y media de la tarde, habíamos acordado con la gestora de nuestra autorización, a las tres de la tarde. Queríamos llegar antes, estábamos un poco nerviosas, la verdad yo estaba ansiosa y no sabía que me esperaba.

Al entrar a la Posta, nos dirigimos al Servicio de Urgencia, donde queda la oficina de nuestro contacto con la Posta, hay un guardia que está ubicado en la entrada del Servicio de Urgencia. Al parecer hay bastante control para ingresar a ese piso. El guardia nos pregunto con un tono bastante agresivo y de autoridad que con quien veníamos hablar y que necesitábamos y le dijimos que teníamos una reunión con la encargada del estudio en la Posta, y que estábamos trabajando en un estudio de la Universidad de Chile, el guardia con tono desafiante y poco amigable nos dejo entrar.

Nos dirigimos a su oficina y cuando nos vio se noto que se extraño con nuestra visita, nos comento que habíamos llegado antes, eso me incomodo sentí que estábamos interrumpiendo. Ella se veía un poco ocupada, estaba con un compañero de trabajo, estaban conversando, comiendo galletas y cosas ricas, me dio la sensación de interrumpir su tiempo de descanso. Definitivamente fuimos una interrupción en su hora de trabajo. Ella dijo que nos iba a entregar credenciales, las comenzó a buscar y pidió ayuda a su otra colega que se encontraba en la oficina, ya no quedaban más credenciales. Luego nos dijo que nos iba a imprimir una carta que acreditara nuestras visitas a los distintos servicios donde realizaríamos nuestras observaciones.

Cuando salimos de la oficina, no sabíamos que hacer, no nos queríamos dividir, asique decidimos que como yo estaba en el primer piso para realizar la observación, yo iría a dejar a mis compañeras a los pisos respectivos donde ellas debían observar. Creo que lo decidimos para

apoyarnos, la verdad no sabíamos que nos esperaba. Nos dirigimos de arriba hacia abajo, la primera parada fue Traumatología, subimos por las escaleras y la verdad no nos queríamos separar.

Cuando llegamos al piso, nos dimos cuenta que no había mucho movimiento, miramos al rededor y vimos donde podía ser un buen lugar para que se instalara, le dimos un par de consejos y la dejamos ahí.

Luego, fuimos bajando por las escaleras y nos dirigimos a Quemados, ahí nos sabíamos que hacer, para un lado estaba quedamos la UTI de Quemados donde se encontraban los de mayor gravedad y a la izquierda estaba Quemados normales. Con mi compañera estábamos muy complicadas, definitivamente no queríamos ir a la UTI de Quemados, así que decidimos que por hoy debía observar en Quemados de menor gravedad para que se fuera familiarizando con el tema.

Yo me comencé a fatigar, me sentía mal, no quería estar ahí. Fuimos a la sala de espera de Quemados y fue horrible. Había un clima bastante especial y raro. Fuimos a preguntar con quien debía hablar mi compañera para realizar la tarea de observar, le dijeron que debía esperar a la secretaria que se encontraba en la sala de espera, no había nadie. Cuando fuimos a preguntar, un hombre que se encontraba ahí miro a mi compañera de arriba hacia abajo obscenamente. Me aterre, mi amiga también estaba mal. Por un lado me quería ir, por otro lado no la quería dejar sola.

En la sala de espera no había mucha luz, bastante deprimente, habría alrededor de cuatros personas ahí, un hombre tenía quemado su cabeza y sus manos, había otro quemadas sus manos y no tenia dedos. Las imágenes eran bastante violentas, me dio angustia pensar que mi compañera se quedara ahí sola.

Con mi compañera hablamos que por hoy no nos queramos la hora entera, no queríamos estábamos un poco angustiadas, yo no me quería ni imaginar que iba a ver en el Servicio de Urgencia. Decidimos con mi compañera irnos antes, y le avisamos por mensaje de texto a la otra compañera que se encontraba en Traumatología.

Era dura la primera visita, me aterraba pensar que Urgencia tenía la fama de ser el servicio más violento y más expuesto, además luego de estar en Quedamos era suficiente, ya que había sido muy amenazante la visita y los pacientes que se encontraban en ese servicio me habían producido desconfianza y un poco de miedo.

Me fui por las escaleras al primer piso, donde debía instalarme, estaba un poco nerviosa. Cuando llegué al servicio, me di cuenta que era un poco caótico. Cuando arribé, comencé a ver donde era el mejor lugar para ubicarme y realizar mi observación. Me ubiqué en el pasillo, no había asientos, estaba en una intersección, desde esa perspectiva tenía tres ángulos para poder observar.

Estando ahí veía bastante movimiento. Al frente mío, en una esquina se concentraba el personal de aseo, quienes visten con unas pecheras amarillas. Había un carabinero que estaba conversando con las señoras de aseo, no podía escuchar que hablaban, pero se notaba que hablaban rumores y pelambres. Habían esas risas cómplices y esos comentarios se bajo tono. Me extraño la intimidad que existía con el carabinero, no me lo esperaba, siempre los he visto como personas de pocas palabras y no muy sociables.

En un par de segundos dos guardias comienzan a discutir al lado mío, me puse nerviosa, un guardia llevo a separarlos para que no pasara a mayores. Esta escena me dejo un poco asustada, me pregunté si esto era habitual o que sólo era una casualidad.

Luego comencé a ver quiénes eran los que estaban en el servicio. Me sorprendió que hubiera dos uniformes de guardias distintos, como si fueran de distintas compañías. Por otro lado había personal del SAMU, quienes se ubicaban en las esquinas con camillas para enfermos, había unas camillas desocupadas y otras con pacientes. No entendía porque el SAMU estaba en la Posta.

El lugar estaba calmado, y cuando comienzo a ver un coqueteo entre el personal del SAMU que estaban en frente mío. Había dos chiquillos, jóvenes, un hombre y una mujer. La mujer estaba con una polera bastante ajustada y se podía marcar muy bien su figura. Me llamo la atención la sensualidad de la escena y como se contraponía esto con el ambiente donde nos encontrábamos.

Al pasar el tiempo, veo que la otra chica que va a realizar el método de observación, estaba ingresando a Urgencia y se dirigía a la oficina de nuestro nexa con la Posta. Su oficina está ubicada dentro de Urgencia, de hecho yo estaba observando al frente de su oficina más hacia la izquierda. Note que ella estaba nerviosa y un poco confundida, asique le ofrecí ir a dejarla a su piso en medina interna. Ya me sentía un poco mas local, asique eso le dio seguridad y estaba agradecida. Camino a su piso, le fui introduciendo que habíamos visto y como había sido la experiencia hasta entonces.

Llegamos a su piso, e ingresamos por el pasillo, vimos a un auxiliar de servicio que estaba en su hora de colación, y le pidió permiso para quedarse ahí. La señora le dijo que no se preocupara

que ahí nadie le fuera a preguntar nada. Nos dio a entender que nadie sentía mucho interés por el otro. Pidió un piso para sentarse y no hubo problema, se instaló y me fui a Urgencia.

Luego de estar un rato observando llegaron mis compañeras, la verdad sentía que este día había sido agotador. Nos dirigimos a la oficina de la encargada del estudio en la Posta, para despedirnos como habíamos acordado al inicio.

Nos pregunto cuantas veces íbamos a venir a observar y le dijimos que alrededor de diez veces, no le gusto mucho eso, puso cara rara. Como había quedado un poco dudosa sobre los uniformes que había visto en mi piso, ya que eran todos diferentes, unos de celestes, otros de azul, unos de blanco, otros de rojos, otros de colores, otros de amarillo. Eso me costaba para poder identificar a las responsabilidades de cada uno. También le pregunte por el SAMU, ya que no entendía porque estaban ahí. Ella nos conto que el SAMU tiene oficina en la Posta Central, ósea hay gente de planta que está en la Posta a diario.

Ella nos aclaro un poco el tema de uniformes. A cerca de los guardias, me dijo que había dos tipos de servicios uno interno de la Posta y otro externo que era subcontratado. También nos dijo que los carabineros tienen oficinas en la Posta, ya a la Posta llegan muchos casos legales y ellos deben estar ahí para realizar constataciones y por otro lado cuidar a presos.

Nos aclaro que la gente que vestía de azul eran enfermeras, los de celeste eran auxiliares de servicio, los que visten de cotonas blancas y pantalones de colores son médicos. Los médicos son los más fáciles de identificar porque vi a varios que llevaban escrito en sus cotonas médico y el nombre y por otro lado llevaban instrumentos de médico colgados en sus cuellos. Las mujeres de rojo eran las damas de rojo.

## **Observación #2**

Hoy llegue antes y el guardia de seguridad ya me había reconocido, esta vez la situación fue bastante más amigable, mas buena onda y de mayor complicidad. Me dirigí directamente a la esquina donde había observado la vez anterior. Hoy no quise pasar por la oficina de nuestro contacto en la Posta, la vez anterior sentí que interrumpíamos su trabajo, y que éramos como un chacho para ella. Mas encima hoy había ido sin las otras observadoras, asique no me quise exponer a pasar un rato incomodo.

Me instale en la esquina y comencé cuidadosamente a mirar que era lo que sucedía, ver como era el escenario general, y quienes eran las personas que componían este escenario.

No quería estar parada y no me quería sentar en el suelo. Y al frente mío habían dos hombres que pertenecían al Servicio de Urgencia, CRS, ellos estaban asistiendo a un paciente en una camilla que estaba al lado de ellos. No conocía a ese servicio, tampoco reconocía las siglas que lo describían, me llamo la atención. Ellos estaban ubicados por atrás de la camilla y estaban cargando sus celulares en un piso que estaba cerca del enchufe. Decidí ir hacia ellos y pedirles si me podían prestar el piso, ya que no lo estaban ocupando para sentarse. Ellos me dijeron que no me iban a prestar el piso, ni les importo. Se veían dueños del lugar, ni siquiera cuestionaron mi petición. Me dio rabia, me tuve que dar media vuelta y me senté en el piso del pacillo. Pensé que ellos al verme ahí sentada se arrepentirían y que me iban a prestar el piso. El piso que ni siquiera es de ellos.

Al pasar el tiempo, sentía que no pasaba mucho, me recordaba a mi observación pasada. Cuando se repente se acercan dos guardias del lugar, quienes se veían a cargo del Servicio de Urgencia, y me preguntan a quien estaba esperando ahí sentada. El guardia me habla con tono desafiante y comencé a explicar y el guardia que yo conocía, les hizo un chillido y el guardia dijo ok. Fue una sensación media tensa para mí, de partida yo estaba sentada en el suelo y miraba hacia arriba a dos guardias que no presentaban una actitud amigable. Por otro lado la señal que el guardia que me ayudo a salir de esa situación me hizo sentir más cómoda, y más protegida, como si él fuera mi ayuda para estar sin problemas en este piso.

Después de un rato sale un señor en camilla, que es trasladado por un paramédico, lo acompañaba un familiar. Al señor lo ingresaron a una sala que la señora no pudo ingresar. Al rato que el paciente había sido ingresado, sale un médico fuera de la sala y muy frio, distante y arisco habla con la señora. En unos instantes la señora se larga a llorar, el médico no hizo nada. Al rato un señor de blanco entero, al parecer un auxiliar de servicio, se acerco a la señora, quien ya estaba acompañada de más familiares, y mostro un trato diferente y converso con ella.

Esta situación me dejo un poco helada, me angustio ver a la señora tan mal, me imagino que el médico le comunico una noticia trágica sobre el señor. Por otro lado no puedo entender y creer la frialdad y la poca empatía del médico con la señora. Ni siquiera le golpeó la espalda o le dio alguna contención, no veo involucramiento del sistema en los pacientes y familiares. Por otro lado, veo esta

imagen del Diostor, que es la persona que no se vincula, quien son los cargos de mas a bajo los que tratan con pacientes y familiares de una manera más humana.

Luego de un rato un bombero de la compañía de Maipú, se ve desorientado, estaba en el mesón de hospitalización. No podía escuchar que era lo que necesitaba y que información buscaba. El bombero al rato en el pasillo se acerco a una mujer de blanco, me imagino que un auxiliar de servicio y le pregunto algo. La mujer respondió sin detenerse “déjeme preguntar, 5 minutos”, ella nunca más volvió.

Al frente mío se encontraba una mujer esperando ser atendida. Se veía desorientada, estaba sucia, y mal vestida, tenía la polera corrida, se veía drogada. Ella se levanta y comienza a deambular por los pasillos, se veía mal, se tambaleaba cuando camina, en dos oportunidades estuvo a punto de caer al piso. Nadie del Hospital se acerco para ayudarla, o preguntarle algo. Pasan médicos, enfermeras, paramédicos, auxiliares y nadie ayuda a nadie. Luego un auxiliar de servicio se acerca a una médica o paramédica (no pude diferenciar) para informarle la situación de la señora, pero la mujer no quería hacerse cargo, y respondía “que le vamos hacer...”

Esto fue fuerte para mí, sentí que nadie quería tomar responsabilidad, o decidir algo. No veía que existiese preocupación.

Al final de mi observación, me acerque al mesón de hospitalización para averiguar cuáles eran las horas más concurridas. La señorita con un tono un poco sarcástico me contesto, “de dos a siete, si aquí la gente no viene en la mañana, no se despiertan temprano para esto...”. Ella dijo eso con un poco de rabia, se refería a la gente. En el fondo que si este Servicio es de Urgencia, la gente que debiera venir es porque está en una situación grave, y viene temprano, no espera a estar en la tarde para que la atiendan. Esto me hizo pensar cuál es la importancia y la gravedad de los pacientes, en el fondo en la Posta el equipo de trabajo a lo mejor no es tan eficiente porque no existe urgencia en los pacientes. Es como un círculo vicioso.

### **Observación #3**

Hoy es un día especial, me costó llegar a la Posta Central para realizar la observación. Es un día de protesta estudiantil, asique el escenario en las vías públicas no son muy amigables. Camino a la Posta, hay varios jóvenes corriendo, el transito está cortado, y hay muchos carabineros y tanques y guanacos en las calles. Hay lacrimógenas en el aire y eso me asusta un poco.

Cuando ingrese a la Posta, vi que adentro estaba calmado, eso me tranquilizo un poco, me sentí más segura que afuera en las calles. Me dirigí a la entrada del Servicio de Urgencia y vi que el guardia era otro que no conocía. Pare en el pasillo ya que uno no puede llegar y entrar, es el guardia el que te da el acceso a la Unidad. No llevaba la carta, nunca la he traído, asique espero de antemano que no me la exijan.

El guardia me pregunto que necesitaba y le tuve que contar todo, y dar un par de explicaciones, me pidió alguna credencial y el mostré la credencial de la universidad de Chile para validarme frente a él. Me dejo entrar y me alivio. Siempre existe ese nervio de no ser reconocida y que me nieguen el acceso.

Camino a mi lugar de observación, me di cuenta que no había mucho movimiento, había poca gente, y pensé que podía ser por las protestas, era más complicado de lo habitual llegar a la Posta Central.

Como sentí que iba a estar tranquilo, inmediatamente quise estar cómoda y hacer más grata mi observación, asique mire a mi alrededor y no habían pisos disponibles, recordé que a la entrada del servicio, donde se ubica el guardia de seguridad había un piso alto desocupado, asique decidí ir por él. Me acerque al guardia, a quien recién había dado mis explicaciones sobre mi presencia y le pedí amablemente si me podía prestar el piso para no tener que sentarme en el suelo. Al lado de él se encontraban unas chiquillas más bien jóvenes, no se quienes eran, estaban vestidas de civiles asique me imagino que no trabajaban en la Posta. Seguramente era parientes que el guardia les había negado el acceso y se habían quedado ahí para poder mirar hacia adentro.

El guardia no me quiso prestar el piso, dijo que era para la gente de asistencia social, y como no había nadie le pregunte si era posible que lo usara por mientras, el definitivamente no quería prestarlo. Creo que se siente con mayor poder y autoridad negando ciertas peticiones. Le dije que si alguien venia lo traía de vuelta, en fin no hubo caso, el guardia no quería darme la aprobación. No creo que haya sido el tema del piso, si no que quería demostrarme que el mandaba ahí. Y definitivamente el guardia es la persona que tiene mayor poder en ese servicio. Las chicas que estaban ahí con él, le decían que no fuera tan pesado conmigo, que me prestara la silla y a él ni le importo.

Bastante molesta me fui, y me senté en el suelo como en otras ocasiones. Vi que estaba tranquilo, no había camillas en los pacillos como siempre. Por otro lado no había visto transitar a

carabineros con personas arrestadas como en todas las observaciones pasadas. Todo el tiempo pienso que las protestas pueden ser un factor clave en la tranquilidad de hoy.

Al pasar un tiempo dos médicas pasan al lado mío, y una de ella se acerca a mí y me dice sin tono de pregunta que hago en el suelo, que me pare, que está sucio, y que me siente en los asientos de espera. La médica era mayor, y el tono de voz con el que se dirigió a mí no fue muy amistoso. Me dio rabia y le dije que no podía hacer lo que me pedía, porque estaba observando, en un proyecto de investigación. A ella no le importó lo que le decía, bastante reacia a mis palabras, con tono de autoridad y bastante pesada me dijo que no podía estar sentada en el suelo. Estaba un poco nerviosa e intimidada, me paré y me quedé ahí, las médicas se fueron y me dio una impotencia impresionante, hasta me dieron ganas de ponerme a llorar.

No quería moverme de ahí, había asientos desocupados en frente mío, pero no quería ir porque sentía que perdía la perceptiva para tener una mejor observación.

A la media hora del episodio con la médica, la verdad estaba cansada y me dolían los pies, andaba con botas de taco mediano, pero me incomodaban. Decidí ir a sentarme a los asientos de enfrente, como estaba bastante vacía la Posta pude acceder a un asiento libre. Nunca había visto asientos desocupados en mis otras observaciones, esa es una señal del poco movimiento que hay hoy día.

Estaba intranquila, y un poco irritada por la situación que había vivido con la médica, a cada rato se me venía a la mente aquella situación.

Me llama la atención que hay poco personal, por otro lado se me hace difícil poder identificar quien es quien, las vestimentas me confunden porque no son uniformes, siempre hay vestuarios nuevos y diferentes que no son lo que nuestro contacto, en la primera observación nos aclaro.

Los guardias son personajes en este servicio, los pacientes que están ahí, recurren a ellos para preguntarles por los médicos y sobre las órdenes médicas. Los guardias se pasean constantemente por los pasillos, usan woki toquis, eso me da una sensación de risa. Poco serios, pero sin embargo son la autoridad máxima del lugar. Hay un guardia joven que no debe tener más 20 años de edad que tiene su uniforme de trabajo enchulado, se nota que los pantalones están arreglados y los convirtió en pantalones pitillos, ósea están ajustados hasta los tobillos. El guardia



tiene tatuajes que salen del cuello por la camisa y camina como un cantante de música reggaetón. Mira con displicencia y se siente dueño del lugar. Es cómica la dinámica que hay entre los guardias jóvenes, siento que vienen a tirar pinta. Por otro lado puedo observar que cuando les hacen las preguntas correspondientes y esas personas son mujeres ellos se dan vuelta a mirarlas de arriba abajo.

Constantemente mientras observo, trato de poner atención en las voces de las personas que transita a mi lado, busco identificar a las voces de las entrevistas que hemos escuchados para la investigación. Es difícil hay minutos que todas las voces se me hacen familiares pero creo que es producto de mi ansiedad por descubrir algo.

Hoy no vi al paramédico que he visto en las observaciones pasadas, es un señor de edad que anda de blanco entero, usa anteojos y siempre anda ocupado moviendo camillas y trasladando a pacientes, a él lo noto activo, lo contrario de lo que puedo observar constantemente. Las veces que lo he visto se me viene a la cabeza la idea de que él es uno de los entrevistados que estaban en los audios, según eso el es un paramédico, bastante dedicado y preocupado por los pacientes.

Es tiempo de irme, y la verdad lo quiero hacer, sigo pensando en la médica, al pasar el tiempo, creo que a lo mejor ella tuvo un mal día, no sé, a lo mejor es una médica antipática y que le gusta marcar territorio en el sentido autoritario.

Siento que no vi mucho para extraer información. Esta sensación no es la primera vez que me ocurre, creo que estoy buscando situaciones extremas y sé que no es a lo que debo apuntar.

#### **Observación #4**

Es mi cuarta observación y no me siento muy bien hoy día. Camino a la Posta, recordaba el episodio de la médica de la vez anterior y me causaba dolor de guata, no estaba muy tranquila.

Me dirigí por el pasillo, y vi la esquina donde siempre me había ubicado, y claramente no quería sentarme ahí, no me atreví, me dio miedo encontrarme con la médica nuevamente. Me pare en la intersección y mire a mi alrededor donde podía ser un lugar grato y con algún asiento disponible para sentarme, no quería estar de pie, me sentía un poco fatigada.

Al frente hacia la derecha de donde observo habitualmente había una silla sola desocupada, raro nunca hay sillas sueltas, esta no era para los pacientes ni familiares, ya que hay bancas de a tres

asientos pegadas a piso, son inamovibles, en cambio esta era un silla de oficina. Decidí sentarme en la silla vacía, tenía la sensación que alguien me podía echar de ahí, o de que iban a necesitar la silla para algo.

El escenario a mí al rededor no era muy grato. Había una señora mayor en una camilla al frente mío, estaba acompañada por dos personas del SAMU. Era muy viejita y me dio pena verla ahí. A penas se podía mover y las personas del SAMU no le prestaban mucha atención. Me da impotencia el personal del SAMU, cada vez que los veo están jugando con los celulares y no prestan atención. En un minuto la señora trato de moverse y dio señales de querer bajarse de la camilla y recién ahí los del SAMU atinaron y la detuvieron. La trataron bien, le dijeron “¡abuelita! Pero como hace eso, es peligroso”, eso me dejo un poco más tranquila, ya que se noto preocupación.

Al otro lado de la camilla, en los asientos de tres había un señor mayor de unos 50 años de edad en muy malas condiciones. Se veía muy humilde, estaba sucio, mal vestido y su olor era fuerte. El señor transpiraba muy mal, y se encontraba acompañado por un amigo que lo cuidaba. Se me vino a la cabeza que el señor sufría de Parkinson, ya que se agarraba la mano para que no le temblara. La verdad los temblores que tenia eran bastante impresionantes. Luego comencé a pensar que el señor a lo mejor no padecía de Parkinson, si no que estaba sufriendo síntomas de abstinencia, lo cual que hizo más sentido.

El señor me tenía bastante nerviosa, a ratos se paraba y se paseaba, el olor que salía de sus caminatas me producían nauseas y me fatigaba. En un minuto mire a mi alrededor asustada porque pensé que podía vomitar, estaba muy afectada ese día. La verdad ver al señor en ese estado me daba mucha pena. Sentía que le podía pasar algo, me imaginaba un ataque ahí mismo.

Había dos mujeres, donde una de ellas ya había sido atendida, y conocían al amigo del señor que estaba en Urgencia. Me llamo la atención, que ahí mismo se produjo una conversación que me hizo analizar donde estaba metida observando. Una de las mujeres le comenzó a decir al acompañante del señor que temblaba que pasara por la casa, que fuera a ducharse, a cambiarse de ropa y a comer algo. Hablaba con un lenguaje bastante marginal, eran todos bastante humildes, me dio la sensación de estar en la vega. Me imagine que los señores que estaban ahí vivían en la vega y que la señora los conocía cercanamente. Me dio la sensación que el señor iba constantemente a la casa de la mujer, pero que hacia un tiempo que no había ido. Todo esto era en voz alta mientras la

mujer se iba del lugar, caminaba hablando fuerte medio invitándolo-retándolo y por ultimo dijo que se paseara a dar una vuelta por la casa.

Al otro lado del señor que temblaba se encontraba una señora que se veía bastante mal, la acompañaba su hija. Me angustia y da rabia como nadie se acerca a ofrecer ayuda, me impresiona que muchos médicos, paramédicos, enfermeras pasan por ahí como si nada ocurriera. Deben estar acostumbrados pero para mí esto es nuevo.

Cuando estaba en mi observación, me comencé a sentir mal... tenía nauseas, me sentía pésimo, el señor de en frente me tenia mal, se paseaba y me daban nauseas con el olor que arrastraba.

Estaba un poco ansiosa por irme, la verdad no quería estar ahí, sentía que el sistema no avanzaba. Los del SAMU estaban como siempre en nada, no hacían nada, solo jugaban con el celular y ni siquiera había una preocupación por la señora que estaba a cargo.

#### **Observación #5**

Hoy llegué y estaba bastante ansiosa por ir. Tenía ganas de ir a observar. Estaba bastante calmado, y no estaban las típicas camillas que son asistidas por el SAMU, me ubique en unos asientos que nunca había utilizado, no quería estar parada. Me senté al borde derecho donde tenía visión a la intersección de los pasillos. Al frente de los asientos estaba un televisor. Pienso que eso puede ser de gran distracción, más aun cuando veo que no hay mucho movimiento.

Al frente de donde estaba ubicada, estaba un señor en una camilla con una mujer, me imagino que su señora. El señor estaba siendo asistido por el servicio de Maipú. Uno de los señores del servicio de Maipú, se sienta al otro borde, quedando solo el asiento de al medio disponible. Comienza a jugar con una pantalla digital grande, y estaba preocupado por el acceso a internet, ya que no le funcionaba muy bien el juego. Parece irónica la situación, un señor esperando ser atendido y suponiendo atención previa por estos señores del servicio de Maipú, cuando el que debería cuidarlo juega como si estuviera en su casa, preocupado del internet.

A los minutos que llevaba ahí, se acerca el otro señor del servicio de Maipú, y me pide cambiarme de asiento, para sentarse en la esquina. Le contesté amablemente que no podía porque necesitaba mirar para ese lado. Él un poco intrigado me preguntó por qué, y le conté lo que hacía.

Luego de eso se sentó al medio, y comenzó hablar y a contarme ciertas cosas. La verdad yo no quería entablar una conversación, sentía que no era mi deber, pero por otro lado me interesaba lo que hablaba, ya que comenzó a descargarse sobre el funcionamiento del sistema.

Comenzó a relatar que él había venido con el señor porque tenía un dolor en el pecho y que era probable que fuera un pre infarto, y que si no lo atendían podría ser un infarto, pero como en la Posta el servicio era tan malo que debían, esperar como cinco horas para que atendieran al señor, ya que no habían camas.

Me sentía un poco incómoda escuchando eso, porque el señor y su familiar estaban muy cerca, y él hablaba como si no estuvieran ahí. Claro, para el esto es normal, pero no creo que lo sea para el señor pre infartado y su familiar, y menos para mí.

Me informe de varias cosas, me preguntó si había escuchado la “alarma”, y definitivamente dije que no, nunca, no sabía que era. Esa alarma es la llamada para la sala de reanimación, donde se van los pacientes mas graves y críticos, él dijo que eran aquellos que tenían riesgo de muerte. Me la indico y nunca había visto movimiento ahí, quedaba al lado de donde me sentaba pero al cruce de la intersección.

Luego de un rato donde nadie me hablaba, nuevamente el señor del servicio de Maipú me comienza a hablar. Me pide permiso para enchufar y cargar su celular porque había comenzado a jugar y no le quedaba pila. Luego de eso, que fue un poco rara la situación, me pregunto si podía jugar, eso significaba que debía estar pegado a mí porque el cable no era lo suficientemente largo. Un poco incomoda la dije que sí y me incline hacia adelante para no tener que toparlo. Esta escena me tenía un poco atrapada, no estaba a gusto, lo sentía en mi espalda y ni siquiera podía echarme para atrás porque lo iba a tocar. Creo que él era un poco desubicado, yo jamás hubiese hecho eso, por otro lado me arrepiento debería haber sido más dura y haber dicho que no. Sentía que ya había sido pesada por no haber querido cambiar de asiento, y claramente me arrepentí, hubiese preferido estar al medio.

Observando el pasillo, comienzo a ver la gravedad de los pacientes. No hay mucha gente pero si siento que son de cuidado.

Empiezo a escuchar unos sonidos de dolor, veo que al lado izquierdo del pasillo estaba un señor sentado acompañado de su señora. Se escuchaba que el señor estaba mal, tenía flemas y hacia

gemidos constantemente. La señora que lo acompañaba tenía una bolsa grande de basura negra, la bolsa llegaba al piso. En esa bolsa el señor tiraba las flemas con ayuda de la señora.

Al frente de ese episodio se encontraba un señor en silla de ruedas que también se veía bastante mal, me la impresión que la persona que lo acompaña es su madre. Me llama la atención la madre, solloza y con las manos se secaba las lágrimas. El señor de silla de ruedas estaba babeando y la mujer constantemente le limpia la baba con un paño. El señor se ve débil y deteriorado, no sé qué edad tiene, pero creo que representa más edad de la que tiene. Es bastante flaco y no emite sonido.

Me llama la atención la cantidad de carabineros que hay el día de hoy, muchos de ellos usan chalecos antibalas. Ese nivel de protección en los carabineros me produce ansiedad, y un poco de miedo, pienso que me podría pasar algo, racionalmente sé que es una sugestión. Veo entrar a un militar con metralleta, quedé impactada, ahí sentí miedo de verdad y comencé a pensar en donde estaba metida. La verdad es difícil de descifrar qué me pasa porque no me siento amenazada cuando estoy ahí, si no que desprotegida. Creo que si algo llegara a suceder nadie se enteraría y por otro lado no sería una urgencia en la Posta.

En medio de mi observación fui interrumpida varias veces por el señor que tenía en mi espalda jugando con el celular. Y en un minuto se levanta y se busca un piso para ubicarse al lado derecho mío donde quedaba bien por el cable del celular. Cuando se movió, la señora que cuidaba al señor del pre infarto se sentó a mi lado y pude ver y sentir una actitud y expresión de alivio.

Me cuesta entender la poca preocupación de los señores del servicio a sus pacientes. Ellos acompañan a pacientes y familiares y nunca veo detalles que demuestren atención o preocupación por la situación que viven los pacientes y sus acompañantes. El solo hecho de que ningún señor se haya ofrecido a darle asiento a la mujer demuestra el trato de ellos y la desvinculación con la realidad que viven.

En unos minutos que me desconecté y estaba viendo la televisión de enfrente, empieza a sonar la alarma fuerte, muy fuerte y larga. Me asusté, no sabía qué estaba pasando. Y cuando veo corriendo a la señora con el señor de silla de ruedas, veo que se dirigen a la sala de recuperación. Ahí mismo por primera vez, vi al Servicio de Urgencias en acción. Legaron como diez personas corriendo de todos los pasillos, guardias, enfermeras, médicos, paramédicos. La señora salió llorando con la silla vacía, la ingresaron a la oficina que está ubicada al lado del box de reanimación. Un médico y una enfermera entraron con ella, después de un rato la señora salió de la

sala y se veía mal, muy afectada. Al señor de la silla de ruedas no lo vi más, nunca lo vi salir de aquella sala.

Me impacto, no me imagine que el señor estaba tan mal y menos que corría riesgo vital. Quede afectada, la señora se veía destrozada y muy nerviosa, lloraba y estaba sola. Nunca había visto nada igual en la Posta, fue desgarrador, notaba un ambiente raro, todos mirábamos y nos sentíamos incómodos y ansiosos. Pienso que gracias al señor del celular pude conectar la escena y entender lo que había sucedido.

Después de esta experiencia, llego una señora con su hija que al parecer tenía una pierna quebrada. En el pasillo la señora le pregunta a una chica de la Posta, donde queda rayos y ella caminado le dice espérame un poquito. La señora se molesto, porque la verdad no le costaba nada decirle. Y ella se dirigió a otra persona y pregunto. Le contesto una señora que trabaja en el Hospital, ella fue amable y le explico sin problemas.

Al poco tiempo de irme, aparece una auxiliar con una camilla que llevaba a una paciente. Al parecer la paciente tenía fracturado el pie ya que tenía fijador en la zona. La auxiliar iba rápido, y en un minuto choca con la camilla del señor que estaba pre infartado. Ella lo primero que hace es largarse a reír, y todos los que trabajan en el servicio también lo hacen, como si fuera divertido. Por otro lado, la paciente dice fuerte una exclamación de dolor (¡au!), y nadie le dijo nada. La auxiliar no le prestó atención, y no se disculpo.

Me dio rabia, casi le dije algo a la auxiliar que choco las camillas, luego entendí que no es mi rol en ese lugar asique preferí omitirme verbalmente, ya que exprese mi desaprobación con un gesto en mi cabeza y con una expresión en mi cara.

Todo lo de hoy me había provocado rabia, siento que la gente que trabaja en la Posta no muestra respeto ni preocupación por los pacientes. Siento violencia, no tratan con dignidad a las personas que acuden al servicio.

### **Observación #6**

Son varias las observaciones que llevo, y cada vez me voy me siento más a gusto. Camino a Urgencia, identifico al guardia y no tengo problemas. Es amoroso conmigo, hay algunos que no mucho pero en general me siento cómoda cuando tengo que ingresar a Urgencia.

Me ubique en el mismo lugar de la vez anterior. Estaba en los asientos de al lado del pasillo que une las intersecciones. La verdad había poco movimiento, no habían personas del SAMU ni del SAPU, ni nada. Por otro lado, no veía carabineros, en una ocasión vi que un gendarme dio un par de vueltas.

El escenario habitual no se estaba dando, no había pacientes esposados, había mucha tranquilidad en la Unidad. Esto me hace sentir más segura y con menos riesgo. No me sentía vulnerable como en muchas observaciones pasadas.

Creo que hoy iba con la intención de vivir la experiencia de mi visita anterior. Estaba ansiosa por presenciar nuevamente la “alarma” que era el llamado a la sala de reanimación. De hecho cuando iba llegando, e ingrese a Urgencia, camino a mi ubicación pase por la sala. Se encontraba abierta, y me trate de asomar pero no creo que pueda ingresar, asique solo eche un vistazo en mi pasada. Era grande y amplia, adentro se encontraba una enfermera ordenando. Me dio la sensación de que era más limpia que los box normales de ese servicio.

Cuando llevaba unos minutos sale un señor que estaba en una sala. Se veía enojado, comenzó a descargarse con un señor que estaba sentado en los mismos asientos que yo. Comentaba que llevaba más de  $\frac{3}{4}$  de hora y que aún no lo atendían, que si él tuviera plata, no estaría ahí, estaría pagando la consulta a un médico. Que de esa manera él no tendría que estar ahí como un mendigo pidiendo que lo atendieran. Agregó que él no tenía la culpa de ser pobre, que Dios le había mandado eso. Comentó muchas cosas de este estilo. Luego de un rato pasó un guardia, y el señor le pregunto: ¿Por qué se demoraban tanto?, ¿Dónde estaban los médicos? Y otras cosas más. El guardia no dijo mucho al respecto. El señor preguntó sobre algún libro de reclamo o con quién debía hablar para dar su opinión. El guardia le dijo y señalo donde podía encontrar a alguien para hablar y donde podía hacer su reclamo por escrito. El señor bastante enojado se dirigió a informaciones, donde el guardia le había dicho. A su regreso se acerca a una señora de la Posta y le pregunta sobre los registros de llegadas. Le dijo a la señora que llevaba mucho tiempo ahí y que nadie lo atendía. Le preguntaba qué era lo que sucedía.

Esta escena fue bastante reveladora, me hizo mucho sentido. El señor estaba diciendo lo que todos ahí mismos sentíamos y pensábamos. Y el demostraba la frustración del sistema en donde estábamos en ese minuto. Me dio rabia, impotencia, le encontraba toda la razón. Y ver que los que trabajan en Urgencia no hacen ninguna diferencia respecto a lo que están viendo o escuchando, mayor incomprensión genera.

Lo peor es que nadie se acerca a dar una solución o a explicar cómo funciona el sistema, sino más bien no les interesa.

El señor se dirigió a informaciones bastante enojado y al volver nuevamente le pregunta una señora del Hospital sobre donde estaba el registro delegada. En el fondo el alegaba que llevaba mucho rato aquí y que nadie lo atendía y que era lo que pasaba, entiendo su desesperación porque la verdad el Hospital estaba bastante desocupado, no había mucha gente. Pero bueno ahí corroboro mi hipótesis, no existe sentido de urgencia en el Servicio de Urgencia.

Luego de pasar el rato, vi al paramédico que había visto en mis primeras observaciones. Lo había dejado de ver en mis observaciones pasadas. Estuvo todo el tiempo ocupado, trasladando a personas de un lado hacia el otro. En varias ocasiones el se detiene en los pasillos a conversar con otros colegas del servicio, y comenta varias veces que está solo. Dice que no lo estresen, que osino él se va a tomar licencia, con tono divertido y alegre.

Muchas veces me da la impresión que son pocos los que realmente trabajan y se comprometen. El paramédico me había llamado la atención hoy y otras vez por su productividad y porque en todas las oportunidades que lo había visto estaba activo y cumpliendo tareas...

Al final del pasillo se escuchan unos gemidos de una señora. No lograba ver hacia el final del pasillo. Después de un rato un señor lleva a una señora en silla de ruedas y comienzan a pasear por el pasillo. La señora comienza hacer los gemidos, y ahí pude identificarla. Esta escena me dejo más tranquila, el hecho de saber que hay alguien acompañando al paciente es diferente. Creo que nadie en la Posta se hace cargo, y menos responsable de pacientes débiles. Hoy habían cuatro abuelitos al fondo del pasillo que se veían bastante enfermos, y en ningún minuto hay muestra de preocupación por parte del personal de Urgencia.

Me voy con nostalgia, hoy fue dura mi visita, pienso en la inoperancia del sistema, y la desvinculación de los que trabajan ahí.

### **Observación #7**

Camino al Servicio de Urgencia pude visualizar que estaban dos guardias en la entrada. Los conocía, y cuando me acerco hacia ellos me saludan amistosamente y no tengo problemas para



ingresar. Yo también soy amistosa necesito sentir que no soy una extraña para ellos, eso me tranquiliza.

Me senté en un asiento, en la misma ubicación de la vez pasada. Cuando miro a mi alrededor veo que está todo bastante tranquilo. Había arto personal del SAMU en los pasillos, algo normal. Había un señor que estaba en camilla, que se veía bastante bien, al parecer, fuera de gravedad. El señor era el único que estaba siendo atendido por el personal del SAMU, no me explico porque habían tantos de ellos.

En los primeros minutos de mi observación los pasillos estaban vacios, ni siquiera rondaban guardias de seguridad como lo hacen siempre. Es mi primera vez que siento en Urgencia una atmósfera de alegría y de tranquilidad.

Hay dos grupos de personas, son todas mujeres, se saludan y conversan amistosamente. Están en la mitad del pasillo del servicio, y están con personal de la Posta. Me extraña esta situación, no es habitual ver en la Posta este tipo de dinámicas. Normalmente los guardias están controlando los pasillos, y no está permitido estos centros de madres que estaba presenciando hoy día. El ambiente es ameno.

Estaba sentada entre dos pacientes, y en un instante un auxiliar se acerca al paciente que se encontraba a mi derecha y le pregunta el nombre, y le indica que pase a atenderse. Esto no es normal, no suele pasar este tipo de cercanía. En mis observaciones pasadas cuando llamaban a los pacientes, se asomaban por el box y gritaban el nombre, ni siquiera esperaban a que el paciente se parara o lo ubicaban. Ellos se daban vuelta e ingresaban nuevamente al box. Si el paciente no llegaba al box, el auxiliar o paramédico salía nuevamente y llamaba a otro paciente a ingresar. Por eso me extraño esto, nunca había visto este nivel de personalización.

En esos minutos llegaron los guardias, estaban con sus woki toki y rápidamente se adueñan del pasillo. Ahí mismo se puede sentir otro ambiente, no tan relajado, los guardias comienzan a controlar las visitas y los pacientes.

Los guardias a pesar de estar con actitud de autoridad y poder, se ve que hoy están más amistosos, se hacen bromas entre ellos y miran a las mujeres intimidantemente y las ponen nerviosas. Ellos toman un rol bastante galán y son coquetos, creo que se aprovechan del papel que tienen en este servicio.

Estoy un poco impresionada durante mi observación, porque no hay movimiento, hay una sensación de que no pasa nada, de que no hay gravedad ni urgencia en el Servicio de Urgencia. De hecho el personal de aseo que siempre está limpiando y aseando constantemente, hoy estaban sentadas en los asientos de espera. Al parecer no había mucho que hacer hoy.

Mientras pensaba lo tranquilo que estaba el lugar, entra un reo esposado de manos y piernas, estaba acompañado por dos gendarmes con metralletas que colgaban de sus hombros. El reo vestía de bata blanca, abierta en el frente y se podía ver hacia adentro, se veían los calzoncillos. Me pareció un poco violento, erótico y sexual esta escena. Definitivamente no quería ver esto. Fue una mezcla extraña y me pareció inapropiada la bata del reo, por cierto él se veía orgulloso con la bata, tenía cerca de 50 años pero se veía ejercitado y en buen estado físico. Se me viene a la mente, “claro él es peligroso, se siente peligroso y poderoso, más encima genera una escena que vulnera a las mujeres”. Este reo ha sido el único del día, me causa curiosidad, normalmente entran y salen reos que vienen vigilados por carabineros o gendarmes. Siento que ya me he ido acostumbrando a este tipo de escenario, que claramente son violentos y fuertes.

En resumen, hoy me sentí un poco ansiosa esperando que pasara algo, pero nada sucedió. De hecho hoy dos personas pararon a personal del servicio para realizarle algunas preguntas, y ambos respondieron inmediatamente, amablemente y sin apuros. Claramente hoy había otro ambiente, estuvo tranquilo, alegre, vi otra cara de la moneda, sin pacientes graves, sin tanta espera, conversaciones de pasillos y más volumen de personas.

### **Observación #8**

Llegando a la Posta, veo en la sala de registro harta gente y carabineros, pienso que puede ser un día agitado. Esta sensación de que puede ser un día con movimiento me gusta, me llama la atención que en otras observaciones no exista mucho ajeteo.

Me dirijo a la puerta para ingresar a Urgencia no se encontraba el guardia de siempre, estaba otro guardia que me pregunto a donde iba, amistosamente le sonreí como diciendo me conoce, vengo todas la semanas. El hace un gesto de aprobación y me dice pase nomas y se producen unas risas cómplices.

Caminando por el pasillo veo que no hay muchas personas transitando, por lo mismo veo a mí alrededor en la intersección y trato de visualizar la mejor opción para ubicarme este día. Me

ubique en el pasillo donde siempre están ubicadas las camillas, esta vez no había ni una cuando llegue. Estaba parada ya que estaban todos los asientos ocupados, el pasillo cuenta con siete bancos y en cada uno de ellos existen 3 asientos. Había personas esperando paradas también y al fondo del pasillo había un señor en camilla esperando ser atendido.

Me quede parada al comienzo del pasillo, y ahí veo que el guardia que siempre está en la entrada del servicio me ve a lo lejos y nos saludamos con gestos, somos como amigos, existe una cierta complicidad. Se me acerca y me comienza hablar, la verdad eso me incomoda un poco, no quiero ser hostil, me pregunta como estoy y hablamos un rato de cuánto tiempo me queda aquí, le explico nuevamente cual es mi rol de observadora. Veo que se desocupa un asiento al frente mío, y le hago un gesto de que me voy, Buena salida, a lo mejor me iba hablar horas. Son de esas personas que buscan la conversación, me trata de mi reina y trata de despedirse de beso, pero tomo distancia.

Me senté entre medio de dos señores que estaban a la espera de ser atendidos. Me cuesta acostumbrarme y concentrarme por el olor que hay en la Posta, olor a suciedad y falta de higiene. La Posta está limpia, sin embargo las personas que acuden al servicio no cuentan con ciertos aspectos básicos de higiene. El olor es fuerte, es fuerte en las personas que transitan por los pasillos y también en la gente que está sentada a mí alrededor.

A los pocos minutos de mi observación, escucho que comienza una pelea. Al final del pasillo el señor que se encontraba en la camilla, estaba alegando y comienza a pelear con el guardia que siempre me saluda. Todos un poco ansiosos veo que la gente se comienza alejar un poco, el guardia le dice que vamos a pelear a afuera. No pude escuchar bien porque se produjo la discusión, pero querían llegar a golpes. El guardia se dirige hacia el final y otro guardia lleva a verlo, se devuelve y se mete al box donde debía entrar este señor. De ahí sale y comienzan de nuevo los gritos, el guardia le dice, flojo tal por cual que viene a dormir a la Posta. Ese comentario se me quedó grabado, es algo que siempre he pensado y sentido. La falta de urgencia de muchos de los pacientes que se encuentran ahí a lo mejor no es de urgencia. Pienso en el costo de oportunidad de las personas. Estar ahí o estar en otro lugar a lo mejor para ellos no significa nada.

Vuelve todo a la calma, el guardia se pasea y es como si nada hubiese pasado, creo que es una situación familiar, en donde tienen que lidiar a diario con pacientes de ese nivel de agresividad. El paciente fue violento, trato de salir de la camilla, lo detuvieron.

Veo que hay arto movimiento, en el box de enfrente mío entran pacientes y salen, hay dos médicos que atiende, los envían a la sala de yeso, ahí deben esperar a que los atiendan. Yo estoy ubicada al lado izquierdo de esa sala. Un señor que acompaña a su señora toca la puerta despacio de la sala de yeso. Me dan ganas de decirle que lo debe hacer fuerte, osino no van a ir nunca abrir la puerta, de hecho hable algo y me detuve. La señora que se encontraba al lado mío, quien esperaba ser atendida en la misma sala, le dice al señor que golpee fuerte porque aquí nunca atienden.

En unos minutos se genera a mi lado izquierdo donde la señora estaba esperando, un centro de madres. Habían cuatro personas, una de ellas esperaba a un familiar, la otra esperaba ser atendida en la sala de yeso y las otras dos venían juntas porque la hija de tenía un dedo para enyesar. Comienzan hablar del médico, y lo amoroso que era. Dicen que es casado y que es tan livianito y que según ella el médico había dicho que no tenía ni un vicio que le gustaba quedarse en la casa. Las tres mujeres mayores, bien cocorocas, cada una contaba lo que le había dicho el médico, una de ella venia a control asique ya lo conocía, hablaba con mayor autoridad y conocimiento de él. No solo hablaba con conocimiento del médico, sino también de la misma Posta, ella fue quien le digo al señor que golpeará más fuerte que osino no lo iban a atender.

Me impresiona que escuchando la conversación que las señoras tenían, comienzan hablar ciertas intimidades. Hablan de sus suegras, es como si fueran amigas. Pienso que estas mujeres por verse en la misma situación, existen un lazo en común. Se pueden sentir identificadas unas con otras, todas recurren a la misma Posta, se ven de un mismo estrato social, a todas las había atendido el mismo médico, esperaban ingresar a la misma sala de yeso. Luego pienso, la necesidad de expresarse y de comunicar de las personas.

Al final de la hora de observación, habían atendido a todas las señoras, había un señor al lado mío quien estaba golpeada que nunca hablo y tampoco lo llamaron. La verdad paso bastante desapercibido puede ser porque habían muchas mujeres que llenaban el espacio.

La señora que se había sentado en un principio al lado mío, vuelve de la sala de yeso y se sienta nuevamente, se queja y su marido la acompaña, no lo había visto. Ella dice que no podía caminar que tanto tiempo con yeso le había inmovilizado el pie. Le pide al marido que le traiga una silla de ruedas. En esos minutos que estuvimos ahí, ella me habla y comenta lo que le pasada, se ve ansiosa respecto que hacía yo ahí. Me pregunta si esperaba a alguien y le digo que no, esperaba que le hablara mas, ella habla y habla. Me comenta que ella se preguntaba que hacía yo ahí, yo no hago comentarios y ella se va porque había llegado la silla de ruedas.

Mi hora había pasado y no me había ido porque me incomodaba retirarme mientras me hablaba la señora. Espere a que pasaran unos minutos para que no me viera a la salida.

### **Observación #9**

Voy camino a la Posta, y el calor es bastante insoportable, pienso que será un poco difícil concentrarme. Cuando ingreso a la Posta veo que estaban limpiando el piso y estaba todo obstaculizado para entrar, me dirijo a la puerta de Urgencia y veo que no está el guardia de siempre, no lo conocía, no recuerdo haberlo visto antes. Me detengo para hablarle y le comienzo a decir que vengo siempre, que solo vengo a observar, no me dirige la palabra espero una aprobación y me dice que mas, queriéndome decir que continuara hablando, al parecer con lo que le había dicho no le convencía lo suficiente para que me dejara entrar. En ese minuto por el pasillo aparece el guardia de siempre y me extiende los brazos como de abrazo. Me tranquilizo, ahí fue cuando el guardia de la puerta me deja ingresar.

Nunca llevo mi permiso de ingreso donde certifica lo que voy hacer semana a semana, creo que es de las pocas veces que creo que debería haberlo traído conmigo. Se me viene a la cabeza cuan parte necesito sentirme de la organización para ser aprobada. En todas mis observaciones veo que los guardias son clave en cómo se desenvuelve la dinámica. Creo que es por ello que busque inconscientemente ese vínculo de aceptación y de protección.

Cuando voy caminando por el pasillo del servicio, veo que no hay mucha gente, el guardia va conmigo hablándome de lo poco concurrido que es hoy. Trato de no hablar mucho, desde hace dos observaciones cuestiona mi comportamiento con el guardia y trato de identificar que es lo que busco siendo amistosa con él.

Me ubico en el mismo asiento de la vez anterior, hoy estaba vacío. De los 21 asientos gran parte estaban desocupados. Al fondo del pasillo se encontraban dos carabineros, uno de ellos estaba sentado, semi-echado en el asiento y el otro se encontraba de pie.

Me asomo al box número uno, y no hay médicos, ni pacientes, ni nadie. Se ve tranquilo hoy. Creo que puede ser por el calor. La chica que estaba sentada a mi lado izquierdo se para constantemente y se pasea, se asoma por el box numero uno y el numero dos. Se ve bastante inquieta, pienso que puede estar esperando al médico. Luego de un rato se ubica en los asientos de enfrente.

Al fondo del pasillo se encuentra una señora hablando pro celular como si estuviera en su casa, no tiene ni un cuidado en el tono de voz que utiliza. Nos encontrábamos a una gran distancia y podía escuchar todo lo que ella hablaba por el celular. Comienzo a pensar cuál es el respeto que deben tener los familiares al sistema. Veo que no mucho, se me viene a la mente las numerosas veces que presencia un cierto picnic en las esperas, y como muchas veces no se mantenía un tono de voz más respetuoso.

Comienza a ver más tráfico de personas y un par de médicos, que ingresan a los box y salen de ellos. Por el pasillo viene un medico de mayor edad, que viene acompañando a una señora que solo traía con ella su carnet y en la mano. El amablemente la lleva hacia al fondo del pasillo habla con otro médico explicándole acerca de la señora y se va. Me parece un buen gesto, pocas veces se puede ver que el médico se dé el tiempo de acompañar y de mostrar un poco de dedicación por el paciente. A lo mejor el tema de que sea un medico de más edad, sus prioridades son otras, y tener una relación un poco más personas con sus pacientes puede llegar a importarle. La señora me causa un poco de tristeza, ni siquiera llevaba una cartera, solo su carnet de identidad, pienso lo poco que necesita para estar ahí, la simpleza, que de alguna u otra forma me sorprende y me afecta.

Por el pasillo de la entrada viene una señora que trae a su hija, la hija se ve mal, el guardia de siempre las encuentra en la intersección, y le dice a la madre que se retire, que espera afuera. La pesca la orden medica, y sostiene a la chiquilla y la acompaña hacia el otro extremo. La madre se queda mirando como su hija y el guardia se van, estaba mal la madre, me imagino que preocupada, se da la vuelta y no la veo más por esos lados.

El guardia es todo en este servicio, es él quien dedica quien entra o no, quien puede acompañar o no al paciente, es el guardia quien ingresa a los box y entrega las órdenes para que los pacientes sean atendidos, ellos son la autoridad. Tienen el control ahí, lo entiendo, ya que es un servicio muy expuesto donde entran muchas personas, y hay cierto nivel de riesgo por el tipo de personas que pueden ingresar, existen muchos pacientes que vienen acompañados con carabineros y esposados. Pienso que tener a los guardias de mi lado, existe un tipo de protección y me siento más segura, ellos son la simbolización de poder, autoridad y seguridad de Urgencia.

Llega una camilla con una señora humilde, bastante viejita, se me ocurre que tenía unos 80 años o más está acompañada de su hija, y vienen con el Servicio de Urgencia de Maipú. La hija, le dice a la señora que la médica que las había atendido era insoportable, la madre no le toma atención y ésta lo señala nuevamente, pero la señora no hace comentarios. Me da la sensación de que sabía lo

que la hija le decía pero no sacaba nada diciendo o fomentándole lo ocurrido con la doctora. Me da la impresión de que ella le autoriza a la médica que la trate así, se siente menos que ella. Me pregunto cómo debe ser el trato hacia algunos pacientes, y al escuchar a la señora, me intranquiliza imaginar que una médica haya sido pesada, y no mostrar respeto con una señora de edad, creo que se sienten superiores y el estrato social es relevante en la relación paciente/médico.

Casi al final de mi observación, la chica que se paseaba constantemente, se asoma por el box número dos, y a pocos segundos un médico sale y le dice que se tiene que ir, que se vaya para afuera. El tono de voz es un poco autoritario y bastante agresivo, ella no dijo nada, el médico camino hacia la intersección donde se puede ver la salida de Urgencia, y esperé a que la chica pasara caminando por el frente, el médico quería corroborar que se fuera de Urgencia. Ella iba caminando por atrás del médico, él la mira y le señaló la salida. Me dio rabia, impotencia, el trato fue demasiado, él tenía una cara de enojo, no creo que haya tenido un buen día, no lo justifico para nada, pero me cuesta imaginarme que ese enojo se haya producido por la chica que estaba esperando a su familiar.

En mis últimos minutos, llega un joven que traía a su madre en silla de ruedas, se ponen a mi lado. El joven estaba bastante desorientado, no sabía qué hacer no se veía ni un personal del Hospital. Sin que me dijera nada, yo le dije que hablara con el guardia que ellos sabían todo. Sé que no debería haberme involucrado, pero el episodio del médico me había dejado afectada y con rabia. Él fue y vi que se dirigió a la puerta del servicio, yo no me refería a ese guardia, quería que hablara con el de siempre, porque yo lo he visto que él siempre ayuda a los pacientes y se encarga de entregar las ordenes en los box correspondientes. El joven vuelve y me dijo que el guardia le había dicho lo mismo de antes, en el fondo lo le había servido, insistí y le dije que a ese no, justo apareció el otro guardia y se lo indique. Él fue donde él y el guardia tomó la orden lo llevo al box número uno, y entregó la orden, luego se retiró. El joven me miró y me agradeció. Me sentí bien, que ganas de poder ayudar a personas que están ahí y no saben qué hacer. Siento que ir constantemente a la Posta conozco mejor cómo funcionan las cosas, y que muchas veces hablando podría ayudar a las personas. Sé que no debo, pero hoy indudablemente quería hacerlo.

### **Observación #10**

Camino a la Posta, veo que no hay mucho movimiento, en la sala de esperas la cosa se veía calmada. Cuando me dirijo a la entrada de Urgencia veo que hay dos guardias que no tenía muy identificados. Me paran en la puerta y les digo que vengo a observar en un proyecto de

investigación, claramente no llevaba mi autorización. Me preguntan por ella, y les dije que no la había traído ese día, pero que todas las semanas venía, le hable de la encargada del estudio en la Posta y no me acordaba de su apellido. Me dijeron que fuera hablar con ella y que volviera.

Por el pasillo de la urgencia veo que hay mucha gente, me asomo por la oficina de nuestro contacto, y veo que estaba conversando y se veía un poco ocupada, ella me reconoció pero no me dio ninguna señal para que pasara. Me quede un rato ahí esperando, luego me fui a pasear.

La Posta estaba colapsada, en el pasillo que me había ubicado en mis últimas observaciones no había espacio para ni un paciente o familiar, ni siquiera encontré un lugar para ubicarme. Había camillas por todos lados y gente dando vueltas. Por el otro pasillo donde se interceptan, ocurría la misma situación, aunque en menor grado, había seis camillas en ese pasillo y muchas personas de pie y sentadas. Encontré un asiento, y me senté justo daba a la intersección.

Constantemente me incomodaba cuando un guardia se dirigía a mi dirección, no había ido a avisar en la entrada de Urgencia sobre mi aprobación, ellos esperaban que hablara con la encargada. Luego de un rato vi llegar al guardia de siempre y eso me tranquilizo. En un minuto un guardia comenzó a pasearse con órdenes médicas, preguntando persona por persona si era paciente o familiar, y si era familiar debía indicar de quién lo era. Cuando llegó a mí, le conté lo que estaba haciendo, pero solo volvió a preguntar “paciente o familiar”, le contesté que en ese caso era familiar. El guardia no me entendía. Luego le volví a aclarar y ahí continuó. Luego de terminar el pasillo, ingresó a un box y entregó las órdenes médicas.

Los guardias me causan una sensación de control, ellos son quienes manejan la situación en el Servicio de Urgencia. A pesar de ser muy respetados, me llama la atención la informalidad de la vestimenta. Usan las camisas arremangadas y muchos de ellos tienen anteojos de sol en la cabeza, otros llevan yoquis y comen chicle constantemente. Por otro lado el vocabulario que utilizan es muy coloquial, al parecer eso no confunde a los que están en Urgencia, siguen siendo ellos la máxima autoridad.

Me llama la atención la cantidad de personal del SAMU, habían alrededor de veinte. Muchos de ellos parados conversando y no muy conectados con sus pacientes. Otro jugaba con los celulares y solo vi a uno de ellos que prestaba atención a una señora de edad que estaba conectada en el pasillo.



De las seis camillas que habían en mi pasillo cuatro de ellas tenían oxígeno y máquinas que monitoreaban a los pacientes. La señora que se encontraba en frente mío, estaba entre dormida y despierta, el aparato que la controlaba sonaba a cada segundo. El sonido genera ambiente de gravedad, no era silencioso. En un minuto la familiar se acerca al señor del SAMU y le pregunta cuánto rato más había que esperar, el medio pesado contesta que aquí ellos están acostumbrados a estar 12 hasta 24 horas esperando. Comenta que la solución es tener a un médico amigo.

Carabineros y gendarmes se pasean constantemente. Un gendarme trae una metralleta, y camina por los pasillos, al parecer no causa tanta extrañeza, nadie mira con detención.

Cuando miro a mi alrededor siento que hoy puede nuevamente sonar la alarma de reanimación, veo mucha gente enferma y mucho movimiento. En un minuto una señora del pasillo comienza a pedir ayuda, su familiar se estaba ahogando, y pedía ayuda porque no podía respirar. Me asusté, nadie iba en ayuda, no salieron médicos, ni enfermeras, ni nadie. Mucha gente se acercó, yo estaba asustada, se escuchaban los gemidos de la señora, y un señor del SAMU la asistió. Ya no se escuchaban los gemidos y eso también me tranquilizó, pensé que sonaría la alarma y no sucedió.

A los minutos del incidente de la señora que no podía respirar, al otro extremo del pasillo un señor que se encontraba en una camilla comienza a vomitar, y la persona del servicio que lo asistía, le pide a un auxiliar de servicio un trapo para limpiar. Ella se molestó, no le gustó tener que ayudar. El señor estaba mal, vomitó varias veces, el suelo estaba todo vomitado, lo limpiaron y luego se consiguieron un basurero grande. El señor se vomitó la polera y el cuello, se podía ver como lo trataban de limpiar, lo acompañaba la hija quien se veía muy preocupada y un poco alterada, llamaba y llamaba por teléfono. Esta escena era un poco angustiante, me afectó, en unos minutos sentía náuseas y ganas de llorar.

Entre medio de todo este escenario, donde constantemente llegaban personas que estaban heridas, quemadas, en sillas de ruedas suena la alarma de reanimación. Me asusté, aunque estaba preparada. Traté de ver a quien iban a ingresar al box de reanimación y no alcancé a ver al paciente, me extrañó porque tenía a todos identificados y no logré ver quien faltaba. Esta vez no fue igual a la anterior, no se veía urgencia. Nadie corrió o camino rápido para llegar, los médicos, paramédicos, enfermeras, auxiliares se tomaron su tiempo. Se nota que las personas saben que deben ir cuando suena la alarma, existe organización.

En la entrada de Urgencia, se genera un tipo de reunión de amigos, donde habían dos guardias y dos mujeres jóvenes, ahí están todos sentados y conversando. Pienso cual es la relación entre ellos, ya que los guardias tienen un poder y autoridad que distancia a las personas el ubicarse ahí. Siempre me da la sensación de coqueteo hacia el guardia, donde de esa manera se podrá conseguir mayor acceso y mayor libertad para ingresar y transitar por Urgencia. Siento que en algún sentido, yo quise generar lo mismo, para no tener problemas al ingresar, a lo mejor no es un coqueteo, pero si es una diferenciación de los demás, que me entrega mayor libertad y menor control por parte de los guardias.

Casi terminando mi observación, la familiar que cuidaba a la señora que estaba siendo monitoreada sonoramente, se acerca al señor del SAMU y le dice que necesita una chata, que por favor la ayudara. A él no le pareció nada entretenido esta situación, estaba jugando con el ipohne, y claramente esta era una interrupción. Se demora en pararse y sacar el teléfono, ya que lo estaba cargando y sin palabras se dirigió hacia la entrada en busca de la chata. Por otro lado, la señora fue a un box y pidió una ella misma. Me da la idea que se dio cuenta que el señor no tenía ni un interés en conseguir una. Si yo hubiese sido la señora también había ido por mi cuenta a conseguir una. El volvió con las manos vacía, no me extraño, y la señora consiguió una fácilmente. Se la entrego al señor del SAMU y él le dijo “supongo que no lo vamos hacer aquí, vamos al baño”. No lo dijo de buen modo, fue un poco irónico y sarcástico. La señora me miro y me pidió que le mirara las cosas, con mi cara conteste positivamente. La verdad me dio rabia el señor del SAMU, y pena el familiar. Espere a que la señora llegara, y luego me fui.

Como en casi todas mis observaciones, al final siento el deber de despedirme amablemente del guardia para así asegurar mi próximo acceso. Esto me hace pensar, cuán dispuesta estoy en caer en este juego de erotización y flirteo. Me incomoda la sensación de tener que responder con algún contacto físico para mantener esta complicidad.

## **Observaciones en Servicio de Quemados en HUAP**

### **Observación #1**

El Servicio de Quemados se ubica en el segundo piso, desde las escalas se ve como un lugar oscuro y muy antiguo. La sala de espera está separada del servicio médico en sí, por dos puertas. Luego de estas, el lugar luce más moderno, iluminado y limpio. En un comienzo estuve en la sala de espera de pacientes, ya que primero necesitaba hablar con la secretaria del servicio para informarle sobre mi presencia y el trabajo que realizaría. En los primeros minutos me acompañó una de mis compañeras de tesis, estuvimos todo el rato juntas y tomadas del brazo. Cruzamos las puertas para preguntar por la secretaria, ahí nos dijeron que debía estar en su oficina ubicada a un costado de la sala de espera y si no, debería estar por llegar. Cuando caminamos nuevamente hacia la sala de espera, nos cruzamos de frente con un paciente, quién me miró de manera muy intimidante y acosadora. Me puse muy nerviosa. Luego, mi compañera partió rumbo a su lugar de observación, casi escapando de aquél lugar.

La espera fue larga y dura, pues se encontraba presente el hombre que me había mirado. Me mantuve de pie sosteniendo firmemente mi cartera, me tiritaban las manos y me sentía una gran ansiedad. Sentía que aquél hombre estaba cerca de mí, y que lo hacía de cierta forma para molestarme o provocarme. En ese momento lo único que pensaba y quería era que apareciera luego la secretaria para poder ingresar pronto a la Unidad, pues me sentía en un lugar encerrado, sin escapatoria, ni siquiera había una ventana que iluminara aquel sitio.

Había alrededor de seis pacientes esperando, a quiénes los hacían pasar de manera muy ordenada, llamándolos uno a uno. Quién los iba a buscar a la recepción era un médico. En ese momento yo solo quería que hicieran pasar a ese hombre, y de ninguna manera tener que quedarme sola en la sala junto a él. Me di cuenta que el personal lo conocía ya que lo saludaron llamándolo por su nombre. Me sentí muy tensa los primeros minutos, la sensación de ver gente que ha perdido alguno de sus órganos es fuerte, incluso me llegué a sentir un poco culpable al ser la única persona sana presente en el lugar, ya que todos o mostraban evidentes cicatrices de sus accidentes o estaban vendados en alguna parte de su cuerpo. No me sentía cómoda.

De pronto oí que alguien le comentaba a otra persona “que había una señorita buscándola por algo de una investigación”. Me sentí muy aliviada al saber que esa debía ser la secretaria que ya venía llegando a su oficina. A penas esta llegó, le comenté el motivo de mi presencia y le mostré el

correo que electrónico en que se autorizaba el estudio desde la dirección del Hospital. Ella accedió de inmediato, por lo que ingresé de inmediato al servicio.

El lugar parecía muy calmado y tranquilo. Observé poco personal, o menos de lo que esperaba ver tal vez. Se escuchaba música desde dentro de una de las salas, creo que era una tele de uno de los pacientes.

Me acerqué a una auxiliar paramédico para preguntarle en qué lugar mi presencia no estorbaría en su trabajo. Ella, de manera muy amable y alegre, me dijo que me ubicara donde quisiera, que incluso podía entrar a las salas, aunque en ese minuto se le hacía aseo a los pacientes, pero que nadie me diría nada, lo cual me extrañó, ya que ofrecerme entrar a las salas llenas de pacientes me pareció una actitud de poco cuidado hacia los paciente, casi tratándolos como una especie de vitrina, con cero cuidado y protección hacia la intimidad de ellos. Le agradecí, pero me mantuve en el pasillo.

Desde ahí, y durante el tiempo que estuve, observé algunas situaciones importantes. Primero el trabajo de una kinesióloga, una mujer mayor, que al parecer le estaba haciendo ejercicios de movilidad a los pacientes, ya que los hacía caminar por el pasillo. Ella pasó por mi lado varias veces junto a un paciente y me miró con cara de extrañeza, sin embargo, nunca me preguntó qué era lo que yo hacía ahí o si estaba esperando ver a alguien. La profesional estaba muy concentrada en su tarea, solo la vi interactuar con una enfermera. Lo otro que observé fue el trabajo de los paramédicos, que eran dos, un hombre y una mujer. Ellos parecían muy agradaos y cómodos con su trabajo, se reían bastante. El hombre, se acercó a preguntarme que hacía ahí de manera muy confrontacional, sentí que mi presencia le estorbaba. Le comenté que se trababa de un estudio de clima organizacional y le mostré la hoja con la autorización entrega por la encargada del estudio en la Posta. Él de inmediato cambió la cara y me comentó una situación que a él le pareció inaceptable: Una señora había buscado por todo el Hospital, sala por sala a su hijo, y nadie había sido capaz de darle una respuesta. Finalmente, él la ayudó a obtener información, lo que concluyó en que su hijo había sido dado de alta hace cinco días. Yo le comenté que lamentaba mucho la situación de esa madre, que seguramente debe haber estado desesperada. Luego de esto, él ingresó a una sala y se fue. Este relato anterior me llamo la atención ya que lo sentí como un desahogo por parte de él, ante las diversas situaciones que seguramente a él le molestan o que le parecen injustas, y vio en mí a una persona que posiblemente podría denunciar estas situaciones ante la administración de la Posta.

Esto me rectifica la falta de espacios que existen en el Hospital para plantear los problemas que puedan haber.

Luego de eso, seguí observando desde el mismo lugar, en donde observo la interacción entre las auxiliares, la kinesióloga y la enfermera. Ellas conversan amistosamente, conocían sus nombres entre ellas. Había médicos en el recinto, pero pude observar que solo se relacionaban entre ellos, estaban todos en la primera sala.

Un poco antes de retirarme llegó el servicio de alimentación a los pacientes, las distinguí ya que venían con su carrito y todas vestían de rosado. Es un grupo de mujeres que realiza su trabajo sin mayor interacción con el personal médico del servicio Entrán, hacen su tarea, y se van.

El tiempo de observación finalizó. Quedé con una sensación extraña, pues por un lado pienso en lo agradecida que me siento de ser una persona sana, con todas las parte de mi cuerpo de manera íntegra, y por otro lado, no me gustaría que alguno de mis seres queridos tuviera que permanecer en un lugar tan intimidante.

## **Observación #2**

En mi segunda sesión de observación, me acerqué al Servicio de Quemados sintiendo algo de temor por lo que me podría encontrar, esta vez, en la sala de espera del lugar (temor que surge de experiencia anterior). Para mi sorpresa no había nadie esperando, lo cual me relajó y tranquilizó mucho, además que esta vez pude pasar directamente al servicio (sin esperar autorización).

Lo primero que hice, antes de comenzar la observación en sí, fue ubicar a la secretaria del Servicio de Quemados, para consultarle a qué hora, según su experiencia, había más movimiento de personal, de manera que mi observación fuera más provechosa. Ella me miró extrañada y me dijo que ahí todo el día había movimiento, y que era algo relativo. Ante esa respuesta, le volví a hacer la pregunta pero esta vez me referí al trabajo de los médicos y sus visitas. Ella me miró y me dijo “ah, usted quiere ver a los médicos”, haciéndome sentir como que estaba desmereciendo el trabajo de los demás profesionales. Yo le volví a decir que lo que me interesaba era ver la interacción entre los profesionales fueran o no médicos. Ella finalmente me dice que los médicos hacen sus visitas después de cirugías, y que eso es aproximadamente a las 11:00 de la mañana. Agradecí su respuesta, y partimos en direcciones opuestas. Ella hacia la sala de espera y yo hacia el interior del Servicio de Quemados.

Me ubiqué a la salida de una de las salas, en donde vi a una paramédica, una mujer de edad, haciendo sus labores. Tomaba una de las fichas que estaban en un mesón al costado del pasillo, y luego entraba a la sala. Finalizando la labor con un paciente, volvía a repetir lo mismo con el siguiente. Mientras observaba eso, había un médico conversando con, al parecer, el familiar de algún paciente. Me di cuenta que el médico a ratos me miraba extrañado, tratando de entender que es lo que yo hacía ahí, o por qué yo lo observaba. A su vez, yo también estaba “en la mira” de él, ya que pude notar como el profesional me miraba constantemente, lo que me hizo sentir como una intrusa. En un principio ellos, el médico y familiar, estaban cerca de mí pero poco a poco se alejaron, sentí que se alejaban de mí. Atribuí este comportamiento, a que posiblemente estaban hablando sobre algún tema delicado para lo cual requerían algo de privacidad.

En un momento llegaron unos maestros y le solicitan algo a la mujer. Me da la sensación de que ella es como la “dueña de casa”, ya que ella se dirige hacia la entrada del servicio y los hombres caminan detrás de ella, pues según lo que escuché ellos le solicitaron algo, y se dirigían en busca de eso.

La auxiliar siguió haciendo sus labores en esa sala, la sala de varones. De pronto se acerca y me pregunta qué es lo que necesito, y yo de inmediato le respondí que yo formaba parte de una investigación de clima laboral que se estaba haciendo el Hospital, y que contaba con la autorización (le muestro el documento) y que solo tenía que observar. Ella, tras escuchar la palabra observar, me dice “ah, observar” y hace un gesto con la mano como señal de su desinterés y desinvolucramiento en el tema. Luego, se va nuevamente a la sala a seguir con su trabajo. Eso me lleva a pensar que aquí todos se preocupan solo de su trabajo, al parecer, nada más les interesa. Un hombre que también estaba en el pasillo, escuchó mi conversación con la mujer, por lo que él se acercó y me pregunto que si le podía repetir que era lo que yo hacía ahí. Yo le contesté lo misma que a la anterior profesional. El se mostró interesado, y yo seguí la conversación preguntándole si es que él estaba visitando a algún familiar, lo que sentí como un error, ya que el hombre se comenzó a entusiasmar conversándome y contándome la historia de la paciente a quién él visitaba, y me empecé a sentir un poco incómoda, ya que me estaba distrayendo de mi rol de observadora, por lo que comencé a ser un poco más cortante. Al parecer el nota mi distancia y me desea suerte en mi trabajo, y vuelve a entrar a la sala a acompañar a su amiga.

Aparece otra auxiliar que no había visto antes, y entra a la sala en donde está trabajando la otra mujer. Ella la llama en voz alta por su nombre y le pide que por favor cambiara una chata. Esto

me recordó las grabaciones de las entrevistas, en las que se critica a las enfermeras por no poder ensuciarse las manos con las chatas, aun que en este caso se trata de una técnica en enfermería con una auxiliar.

Las dos profesionales hacen su trabajo, la paramédica establecida en la sala de varones y la auxiliar paseándose por todo el servicio. En un momento la auxiliar se dirige hacia la otra mujer y le comenta delante de todos los hospitalizados, que una paciente estaba “hecha entera y que ya estaba rebalsándose”. Me pareció un comentario espantoso y despectivo, con una falta de respeto y cuidado hacia los pacientes, me generó rabia e indignación. Me acuerdo de una vez que mi mamá estuvo hospitalizada en el Hospital de la Chile, ojalá que ella no haya pasado por esto.

La sesión finaliza bien, me voy con una sensación de que al parecer lo más fuerte e impactante sería lo que viví en la primera sesión y que esto irá mejorando con el paso de las semanas.

### **Observación #03**

Llegué a la Posta y me fui de inmediato al Servicio de Quemados. Aun me sigue intimidando la puerta de entrada, lo primero que siempre hago es asomarme, para poder prepararme “mentalmente” ante un escenario que me atemorice. Me di cuenta que la sala de espera estaba vacía nuevamente, lo que me hace entrar con mucha más confianza.

Camino por el pasillo y me ubico al frente de la entrada de una de las salas, la de hombres. Tengo una visión parcial de esta, con vista directa a uno de los pacientes. Desde ese lugar escucho a varias personas que estaban dentro de la sala de personal, se escuchan sonidos de platos y tenedores por lo que supongo que estaban almorzando.

Lo primero que me llama la atención es una enfermera que conversa con un médico, él está viendo y evaluando cuantas camas tienen disponibles. Ella le dice que no hay camas. El médico se asoma a la primera sala y hace un conteo, luego camina hacia adentro y mira la segunda sala, dice que quedan solo “n” para mujeres. La enfermera le insiste en que no hay disponibilidad, que tendrán a los pacientes solo para “vegetar”, lo que me hace pensar en que se refiere a que no dan abasto para brindarles la atención necesaria. Algo conversan, están lejos y no los escucho. Luego, el médico abandona el servicio.

La misma enfermera comienza a ordenar las fichas clínicas, revisa y revisa carpetas, abre y cierra archivadores. La noto con una actitud de desagrado. Habla en voz alta, se queja del desorden, en un momento dice algo como, “que atroz el desorden, aquí no sé por dónde comenzar”. Yo en ese minuto estaba muy cerca de ella, por lo que sentí que lo decía en voz alto a propósito, como en señal de desahogo. Yo solo miro lo que hace, no le respondo nada. De pronto, sale de una de las salas una kinesióloga, que yo ya he visto antes, y le pregunta por la ficha de un paciente. La enfermera le responde que “por ahí estaba”, pero que “los médicos revisan las fichas y dejan todo tirado”. Esto lo dice en tono de queja, y me recuerda lo que ya he escuchado sobre los “diostores”. Siento que su actitud fue distinta cuando estaba del médico presente en el lugar (como “dueña de casa sin marido presente”), pues ante la presencia de doctor ella se somete al poder y control que le brinda la estructura jerárquica al hombre, pero ahora que este ya no está presente, me da la sensación que ella vuelve a sentirse como la “jefa” del lugar.

Ella sigue ordenando y revisando. Una paramédico que salió de la sala de personal le pregunta si ya almorzó, a lo cual ella le responde que no, que quiere dejar los archivadores listos. Esto me pareció una actitud de cuidado y aprecio hacia la enfermera, porque ante la negativa la auxiliar la miró con cara compasiva. Esto me deja la impresión de que se han creado buenas relaciones interpersonales en los distintos profesionales, pues existe preocupación de unos con otros.

El teléfono comenzó a sonar, y es la misma enfermera la que contesta. Cuando sentí el sonido, quedé a la espera de ver quién contestaría, y me sorprendió que fuera la enfermera, me dio la sensación de que ellas tenían que hacer de todo en ese lugar (ver pacientes, ordenar fichas, contestar fono, etcétera.). De esa conversación, logré escuchar que se necesitaba trasladar pacientes hacía otros hospitales. La enfermera señaló que habían cuatro o cinco pacientes que ya estaban listos para ser dados de alta. Cuando corta el teléfono sigue reclamando en voz alta hacia el encargado de traslados. Me da la sensación de que está desesperada por que hayan menos pacientes.

De pronto, ella se da vuelta y me pregunta que necesito. Y yo le explico que estoy participando en un estudio de clima laboral. La sentí amistosa y empática, aunque ella no me dijo mucho, pero sus gestos y la manera en que me habló no me provocó ansiedad ni incomodidad, como en la sesión anterior.

La Kinesióloga se vuelve a acercar. Busca algo en un mueble que está justo al frente mío. No lo encuentra y cometa “esta es la pobreza francisca”, mientras abre y cierra cajones. La



enfermera la escucha y le dice que en la primera sala hay de lo que busca. Me pareció una actitud de compañerismo y colaboración de la enfermera hacia la kinesióloga. Esta última, se va y a los segundos se retira la enfermera también, por lo que me quedé sola en el pasillo.

Me cambié de lugar, me paré al frente de la primera sala, la sala de mujeres. No pasaba mucho, un joven trapeaba el piso y a ratos entraban y salían paramédicos de la sala en donde estaban almorzando. Luego de unos minutos, decidí volver a donde estaba antes, ya que al menos desde ahí podía escuchar lo que ocurría en la sala en que se reúnen los profesionales. De repente, sale de la sala de personal una auxiliar y va directamente hacia mí, y me pregunta si es que estoy esperando a algún paciente o si necesito algo. Le explico, una vez más, que estoy haciendo un estudio de clima laboral autorizado por la dirección, ella me pregunta que qué es lo que estoy viendo, si a los pacientes o a quienes trabajan ahí. Me complica un poco la pregunta, ya que no quiero que crean que los estoy evaluando, por lo que trato de buscar las palabras precisas, pensando una a una antes de hablar. Le digo que sólo quiero observar las interacciones entre quienes trabajan ahí, y que no estoy evaluando, si no que sólo observando. Ella me dice que me preguntaba porque nadie sabía que hacía yo ahí. Esto me extraña, ya que esto se traduce en que mi presencia no pasaba tan desapercibidamente como yo pensaba. La misma kinesióloga de antes, que justo estaba ahí, se da vuelta y por primera vez me habla y comenta “así que usted está de observadora”. A lo que yo le respondo que sí, que la idea es ver cómo se relacionan en el trabajo. Ella me sonrío y se va.

Minutos después, la escucho gritar desde al pasillo hacían una persona que acaba de cruzar las puertas del servicio, saliendo de este. Le grita si es que va hacia el frente (UTI Quemados), a lo que la otra persona le grita que no. Pese a todo lo que pensaba sobre esta particular forma de comunicación entre el personal, esto no me genera indignación, si no que me genera risa.

Otra paramédica, que también escuchó la conversación sobre mi rol, me invita a sentarme, diciéndome que busque una silla y que me siente. Ella camina y ve una silla, me la ofrece de inmediato. Yo le agradezco, pero le digo que ya me voy (se acerca la hora de término de la sesión), que para la próxima ocasión la usaré.

Al finalizar esta sesión me siento más cómoda y aceptada, ya que me produce una cierta incomodidad estar ahí sin que nadie sepa que hago. Me voy con una buena sensación, el lugar ya no me intimida como antes y el ver a los pacientes y las evidencias de los accidentes que han sufrido, ya no me impacta como al comienzo.

#### **Observación #4**

Camino a mi cuarta observación, específicamente cruzando la calle Portugal. Un auto lujoso llama mi atención, más aún cuando me doy cuenta de que el señor que lo maneja va vestido con delantal blanco. Me hace pensar en que la situación que comenzaré a observar en unos minutos más, contrasta de manera importante con la realidad que viven algunos afuera. También me recuerda lo que hemos hablado en las reuniones de seguimiento de las observaciones, los diostores y todo el tema que hay detrás de tan singular apodo.

Al parecer llegué al servicio en el momento en que se hacían curaciones a los pacientes, trabajo realizado por las enfermeras. Me paré al frente de una de salas, en donde me ubico habitualmente, tengo vista directa a un paciente, me llama la atención un ventilador encendido, es un día muy caluroso. Me llama la atención, ya que están todos los pacientes mirando tele, y me da la impresión de que están “cómodos”. Me pongo a observar las instalaciones y no me parecen tan malas después de todo, no me parece un lugar tan “deteriorado”.

Quién hace las curaciones es una enfermera, apoyada por un paramédico joven. La enfermera entra y sale de sala, ya que revisa las fichas. En una ocasión en que se encontraba en el pasillo, una funcionaria está entrando a la otra sala. La enfermera le pregunta si está reemplazando a M.E., que es la kinesióloga que trabaja en este piso, a lo cual la joven mujer responde que sí, ya que la otra persona estaba con vacaciones por una semana. Ante esta respuesta la enferma le sonrío y le dice “bienvenida”. Esto me hace sentir un buen clima en el lugar, un ambiente amistoso. La kinesióloga le dice gracias y entra a la sala.

La enfermera también entra a su sala y sigue con las curaciones. Observó que ella ejecuta la curación y el paramédico hace su labor, él le pasa algunos insumos, cambia las sábanas, etcétera. Veo que cada uno realiza su labor, pero entre ellos conversan, me da la sensación de trabajo en equipo, me sorprende. La enfermera a ratos sale de la sala a revisar las ficha de los pacientes, en una ocasión se acerca a mí y me pregunta que es lo que hago, ya que ella ve que no vengo a visitar a pacientes, ni espero a nadie. Le respondo que estoy haciendo un estudio de clima laboral del Hospital, ella me pregunta si tengo alguna credencial o algo, y yo le digo que tengo un correo de autorización, que no alcanzo a mostrarle porque ella se interesó mucho cuando le empecé a contar que yo estudiaba ingeniería comercial en la Universidad de Chile. Ella me comentó que tenía un sobrino ahí, y que le parecía raro que yo tuviera que hacer este trabajo. Después que volvió a entrar la sala me miraba hacia el pasillo, en donde yo me ubicaba, y me decía desde adentro “las cosas que

a veces nos toca hacer por trabajo”. Cuando me preguntó no la sentí intimidante ni violenta, me pareció amistosa y simpática. Me sentí cómoda hablando con ella.

El equipo sigue trabajando en la curación de los pacientes, y de pronto la enfermera me mira y me dice que si no quiero una silla, que como voy a estar parada toda la hora observando. Y me ofrece una silla que está al interior de la sala, y es un paramédico quien me la pasa. Me siento muy cómoda, y aceptada. Creo que es esto lo que reafirma mi confianza para poder mirar sin vergüenza ni culpa a los pacientes, me siento avalada.

De pronto viene un auxiliar, entra a la sala y pregunta en que puede ayudar. Los demás le dicen que en nada por el momento, que parece que lo necesitaban al frente (UCI Quemados). El hombre se retira. Nuevamente, quedo con la sensación de que fue una conversación amistosa y de que existe un buen ambiente ahí, pero además me da la sensación de que el equipo que trabajaba al interior de sala se sentía bien tal como estaba conformado en ese momento, y no iban a permitir que nadie interfiriera en ello, una respuesta sumamente protectora.

En el corredor hay una paciente que hace sus ejercicios de movilidad ayudada por un “burro”. Le pregunta por un paciente a la kinesióloga, creo que se refiere a alguien que estaba hospitalizado anteriormente en la sala subsiguiente, la de varones. La profesional le responde que ya se fue a su casa. Me sorprende, porque recuerda al paciente del cual le hablaba la mujer tratada con ningún grado de dificultad aparente. Una auxiliar que miraba la escena en el pasillo (entre la paciente y la kinesióloga) le sugiere que camine sin el apoyo del burro, a lo que la kinesióloga le responde que ella le dice lo mismo, pero que a la mujer en rehabilitación le daba miedo. Ante esto, la paciente acepta y deja a un lado su soporte de apoyo y comienza a caminar por sí sola. Veo una relación muy amistosa y cercana entre ambas, conversando todo el rato que dura el ejercicio. No me incomoda mirarlas. También me parece una grata situación el observar que entre las distintas profesionales se apoyen y colaboren en sus trabajos, en la medida que sus conocimientos y experiencia lo permitan.

Luego, observo salir a una señora que estaba de visitando a un enfermo de la primera sala. Pregunto por una enfermera, ya que su mamá está hospitalizada y siente un ruido extraño de una de las máquinas a la que está conectada y quiere saber qué pasa con eso, que significa. Se nota nerviosa, quiere que alguien vaya a ver a su madre. La auxiliar le responde que eso es normal, que no es nada grave, que quiere decir que se le acabó un medicamento, pero que no se preocupe porque la enfermera ya vendrá. Me parece actitud de cuidado y comprensión, ya que como he escuchado,

hay veces en que las auxiliares simplemente evaden este tipo de situaciones. Sin embargo, sentí que esta mujer preocupada por su madre desvalida, se sintió tranquila con la respuesta que se le dio.

Durante esta observación, estuve todo el rato afuera de la sala con vista directa a esta, me sorprende que se saben los nombres de todos los pacientes. Incluso hasta las enfermeras y auxiliares entre ellos hablan de los pacientes por sus nombres y no por el número de cama, como he escuchado que sucede en otros servicios. Esto me hace sentir que me encuentro en un ambiente amigable y no tan violento en comparación a la realidad del Hospital. Incluso me hace pensar que el “deterioro” como tal, no está tan presente en esta Unidad, a diferencia de otros servicios. Sin embargo, cuando finaliza el tiempo de observación y me paro para devolver la silla, a esta se le cae el cojín, lo que me hace recordar que el “deterioro” sigue presente en esa Unidad y me hace sentir de que durante esa hora viví una especie “de idealización” del lugar, pensando en que el deterioro no estaba.

Cuando me voy yendo del Hospital, paso por el servicio de urgencia, en donde veo a dos médicos conversando, por separado, con dos mujeres, una enfermera y una auxiliar, de manera muy distendida y risueña, ellos lucen sin preocupaciones y sin apuros. Me parece una situación que contrasta totalmente a la realidad que se vive al pasar las puertas que separan el servicio de la sala de espera, en donde decenas de personas esperan preocupas y angustiadas por atención médica.

### **Observación #5**

Cuando llegué al Servicio de Quemados, vi a un grupo de enfermeras jóvenes guiadas por una líder. Me di cuenta de inmediato que se trataba de una visita al servicio por parte de estudiantes de enfermería. Ya iban saliendo del servicio y se les estaba entregando información a la salida del servicio.

Me ubiqué en el mismo lugar que de costumbre, afuera de la segunda sala de pacientes. La kinesióloga que la semana pasada estaba de vacaciones esta vez sí se encontraba, y estaba trabajando justo en esa sala. Me saludo y me dijo que ahora ya me conocía y sabía lo que yo hacía.

Una técnica en enfermería comienza a trabajar en la sala. Ella me parece muy ruda, me mira muy poco siendo que estoy parada justo al frente de ella. La miro con cuidado, no quiero que se dé cuenta que observo su trabajo, ya que me da un poco de miedo que ella se acerque a mí de manera

confrontacional o violenta, pues creo que me he “acostumbrado” a este ambiente amistoso que he sentido aquí y no me gustaría que eso se acabara.

Caminé hacia el fondo del pasillo, ya que quería ver si había alguna silla. Al final del pasillo está además, la sala de personal. Miré hacia dentro de esta y vi a un auxiliar durmiendo en un sillón. Me extrañó mucho, pero luego lo vi caminando en el pasillo y me di cuenta que estaba en su horario de trabajo. Pensé en que no encuentro apropiado dormir en horas de trabajo, sobretodo en un Hospital en donde “se supone” que deben haber muchas cosas por hacer.

Llega un enfermero joven a quién nunca había visto, y le dice a la mujer paramédica que en unos minutos más subiría con nuevas alumnas a recorrer el servicio. La técnica lo miró con cara de desgano y le dice que ya estuvieron ahí las alumnas, a lo que él le responde que ahora son otras y que es algo que se debe hacer. Al dar este aviso, el enfermero se retira rápidamente (casi corriendo) y pasa de largo por afuera de la primer sala y luego se devuelve y saluda desde afuera muy amorosamente y dice que luego volverá. Me llamó la atención, ya que él podría haber pasado de largo, pero se toma la molestia de devolverse y saludar.

Cuando llegan alumnas de enfermería, me llama la atención la enfermera que las guía, luce muy feliz, les muestra y explica todo con gran entusiasmo, las presenta a todo el personal que está a su paso. Cuando se encuentran con la paramédica, ella las saluda de manera muy fría, solo les hace un gesto con la mano y pasa de largo, casi sin mirarlas, siento que lo hace solo por obligación, como si esas niñas fueran un real estorbo en su trabajo. También pienso que las ve como sus posibles futuras jefas, de quienes deberá seguir órdenes e instrucciones, por lo que solo ahora que ellas son alumnas, podrá mirarlas con actitud de desprecio. Las alumnas recorren toda el área de hospitalización, y luego se retiran.

No hay mucho movimiento en el lugar, cuando llega la hora de almuerzo. Me detengo a mirar al personal que reparte la alimentación. Siempre se presentan tres mujeres, que lucen muy maquilladas y con la ropa bien ajustada al cuerpo. Como hemos conversado, son como una “realidad paralela”, y esa es la impresión que me da, ya que ellas ingresan y es casi como que no existieran para los demás. Lo otro que me llama la atención es que ellas son las únicas en el servicio en que se refieren a los pacientes por los números de cama, lo cual me parece razonable debido al número de camas que ellas deben atender, pero esto me hace pensar que esta es la realidad mayoritaria que se vive en el Hospital.

### **Observación #6**

La primera media hora pasó muy lento, no pasó mucho. Solo hay personal haciendo aseo. Una señora limpia y limpia, creo que no hay mucho que limpiar ya que el lugar luce limpio, pero ella trapeo, pasa un paño por todos lados. Cada vez que me mira me sonrío. La señora tiene un problema en las piernas, no camina de manera normal, luce bastante deteriorada, por lo que me inunda la sensación de deterioro en este Hospital, aunque con algo de culpa, ya que está bien que ella trabaje, pero me parece personas enfermas trabajan en una institución cuya tarea es sanar personas.

Hay una mujer paramédica trabajando, entra y sale de la sala. Me pregunta si voy a ver a algún paciente, y yo a propósito le respondo con un simple “no” para ver su reacción. Ella no me dice nada más. Pasa incontables veces al lado mío, pero no me dice nada más. La situación aún no deja de extrañarme, pero tanto me sorprende del todo, puesto que aquí cada uno se preocupa de cumplir la tarea propia.

Apareció la kinesióloga del piso y conversa con otra auxiliar. Conversan sobre una paciente, a quién se refieren siempre por el nombre. Luego ella, entra a la sala y saluda con un “hola a todos”, muy contenta y cariñosa. Conversa con algunos pacientes y luego sale de la sala.

Mientras en el pasillo, sale una visita de la primera sala y le pregunta a una auxiliar paramédico, por algo que le pasa a su enfermo, y le dice que cuando baja el brazo se le pone negro. Justo aparece la kinesióloga y la auxiliar le comenta la situación que le plantea la señora (visita), y en conjunto comienzan a explicarle que es normal, que la persona ya debe comenzar a moverse, etcétera. Observé toda esa situación y sentí que la mujer se fue satisfecha con la respuesta y que el personal fue muy empático.

Luego, la Kinesióloga se acerca a la segunda sala y se queda afuera en donde están las fichas clínicas. Ella se nota muy feliz y cómoda, incluso canta y golpea la mesa simulando el sonido de una batería. Ingresa cantando a la sala y se acerca a uno de los pacientes. Siento que hay un buen ambiente en ese momento, me sentí muy relajada cómoda observando dicha situación.

Aparece un médico joven, lo distingo por su traje de cirugía y delantal blanco. Nadie lo saluda ni conversa, el solo revisa fichas y anota cosas. En un momento una paramédico también revisa fichas al lado de él, sin embargo no hubo interacción. El tampoco saluda ni al personal ni a

los pacientes, lo cual rompe completamente la dinámica que existe en el lugar. Luego se cambia al mesón en donde la Kinesióloga también revisa las fichas, ella le dice “hola”, supongo que para romper el hielo, pero no hablan nada más. Observo que a ratos ella lo mira de reojo, como si estuviese intentando ver que es lo que hacía ese extraño ahí.

Observo que la kinesióloga hace caminar por el pasillo a un paciente en calzoncillos y con el torso desnudo. Al comienzo me siento un poco incómoda y me genera un pequeño sentimiento de culpa, pues yo tengo que estar ahí observando ya que es mi labor, pero pienso que a mí personalmente, no me gustaría que me vieran en tales condiciones ni menos en ropa interior. Lo miro y se me vienen a la mente ideas sobre la desprotección y vulnerabilidad, pues el joven tiene las heridas en sus pies, por lo que tiene grandes vendajes, sumado a que se encuentra semi desnudo.

Esta es la observación en que mis ganas de abandonar el lugar fueron más leves, incluso sentí ganas de seguir observando ya que la primera media hora no observé mucho. La ansiedad ha ido disminuyendo a medida que me familiarizo con la Unidad médica.

### **Observación #7**

Cuando llego al piso y me acerco a la Unidad de Quemados, me llama la atención que todas las puertas están abiertas, y bien abiertas. El lugar me parece más iluminado también. Me da la impresión de ser un lugar muy abierto y accesible, todo lo contrario a la primera impresión que tuve del lugar.

A penas entro me voy al lugar de siempre, al frente de la segunda sala, una señora, una auxiliar paramédica, me mira con cara de interrogante y me saluda, pero me sigue mirando de manera sonriente como diciéndome que le explicara qué es lo que necesitaba. Yo le digo que estoy haciendo un estudio de clima laboral y que ya llevo varias sesiones, sólo que nunca nos habíamos visto (acudí en otro horario). Ella me pregunta que qué es lo que necesito, y le comento que sólo observar cómo funciona el sistema. Seguido de esto, me dice que en este momento hay sólo siete pacientes, que hay poco movimiento, porque a veces el lugar está lleno. Me cuenta también que iban a trasladar a una paciente a pabellón y que pronto vendrá un médico a hacer un procedimiento. Me entra la duda de si lo hace por justificar el poco movimiento o si de verdad lo hace por contarme lo que está pasando en ese momento. Asocio a la baja cantidad de pacientes que se encuentran en el Servicio, y al “relajo” que produce esto en el personal, a que hay pocos pacientes a que este todo

abierto, el ambiente luce relajado. Llega otra auxiliar y la primera mujer le comenta a esta última que si me había visto antes, y le cuenta un poco lo que yo hago.

Mientras tanto, entra a la sala una señora de la alimentación, y cuando sale le dice a la auxiliar que un paciente se quiere bajar de la cama, por lo que ella entra a ver qué pasa con el paciente. Estando al interior de la habitación, la mujer le pregunta a un paciente que porque no se comió todo el postre, que si acaso estaba malo, y lo empieza a bromear con eso. Luego ella se va hacia la sala de personal, y llega comentando a una colega que al paciente “N” no le había gustado el postre. Llama a paciente por el nombre y no deja de sorprenderme que lo narre con cariño. Creo que esto debe suceder porque varios de estos pacientes deben llevar varios días aquí, y como son pocos pacientes debe ser algo más complejo despersonalizarse del todo.

Se acercan tres personas, un auxiliar, un enfermero y una mujer de rosado, entran a la primera sala a buscar a la señora que va a cirugía. La camilla es llevada por la dos mujeres y la paciente me hace grita chao y se despide con su mano de mí. La veo contenta. Pienso en que quizás cuantas semanas tuvo que esperar por la operación.

El enfermero se queda ahí, y me pregunta que necesito, y le digo que realizo mi tesis en clima laboral, por lo que estoy observando el servicio, y él me dice que ahí “se irradia” el clima laboral. No sé si me lo decía en serio o de manera irónica.

Mientras, hay un muchacho que trapea y trapea, aunque todo luce limpio. El también escucha lo que hablo con el enfermero. Luego que el enfermero se va el del aseo me pregunta que si hace mucho calor afuera. Encuentro un poco rara su pregunta, pero luego pienso en que quizás debe estar aburrido y me conversa como forma que romper su rutina y contactarse un poco con el exterior.

Después vuelve el enfermo, y me empieza a preguntar qué estudio, donde, que como me va, y de que es la tesis y yo le explico y respondo alguna de sus interrogantes. Él me dice que al frente (pacientes críticos) se ven más cosas, que él a veces se aburre aquí y se va para el frente. Que al frente se ve más trabajo en equipo, y más de las cosas que yo quiero observar, pero que no puedo estar allá, ya que es una Unidad de pacientes críticos.

Luego el hombre del aseo entra a la sala de hombres a trapear. En un momento veo que lea arregla la cama a un paciente (se la sube o baja). La importancia que atribuyo a este hecho, no es el



hecho en sí, si no que esto significa que en este Hospital todos hacen de todo, hasta el barrendero hace la pega de auxiliar. De hecho en algún momento escucho que una de las auxiliares le dice a un paciente que tiene que levantarse y caminar y moverse, lo cual asocio a trabajo de kinesiólogos.

Después reaparece la primera auxiliar, la escucho en la primera sala (la cual no veo) que le dice al alguien que no sabe a qué hora irá el doctor. Luego va a la otra sala y también le dice a uno de los enfermos que aún no viene el doctor, y noto q se lo dice como diciéndole que no está en sus manos apurar la llegada del médico.

Pasan unos auxiliares caminando hacia la sala de personal, uno le ofrece un café al otro. Pienso en la sensación de no urgencia, aun que realmente en este momento el servicio pareciera que no está en urgencia. Las salas están prácticamente vacías, con la mujer en cirugía solo quedan seis pacientes en el recinto, una situación bastante irónica si pienso que me encuentro en la Posta Central de Santiago.

Desde el frente llega otra auxiliar a buscar insumos, y escucha que esta uno de los hombres paramédicos y le grita que necesita unos sueros, pero luego se da cuenta que está tomando café, y le dice algo, dándole a entender que se tome su café tranquilo y que luego le pase esos sueros que necesitan al frente, en la Unidad de pacientes críticos por cierto.

El hombre después salió de la sala de personal y comenzó a ayudar a llenar un carrito con insumos, y me atropelló con el carro. Me molestó un poco la situación, además él fue el único que no me había preguntado que hacía yo ahí. Pienso en que se nota el involucramiento que se crea al conocer algo a una persona, ya que la paramédica se dio cuenta que me atropello y de inmediato ella corrió el carrito. En cambio el que no sabía nada de mí, le dio lo mismo.

### **Observación #8**

Llegando al servicio lo primero que veo es a dos pacientes mujeres en la sala de espera. Cuando las vi de lejos me atemorizó enfrentarme a ellas de manera tan cercana, además las puertas del servicio estaban cerradas, por lo que lo primero que se me vino a la mente fue que quizás el área estaba llena y que quizás está ves me tocaría ver casos clínicos más impactantes. Le realidad fue que ellas solo andaban paseando. Yo me senté en la sala de espera, ya que estaba guardando las cosas en mi bolso, en el sillón que estaba al frente del que estaban sentadas las mujeres. Ellas me comentaron que habían ido a pedir el alta, luego se rieron y me dijeron que era broma. Me dio la

sensación de que las mujeres no eran mentalmente normales, puede haber sido su forma de hablar o la risa sin explicación la que me dio esa sensación.

Después entré al servicio en sí, y lo primero que observé fue a varias enfermeras jóvenes con el logo de una universidad en su uniforme, con lo que reconocí que se trataba de internas e internos de enfermería. Me llamó la atención que estaba abierta la puerta de una sala que nunca había visto abierta. Esta es una sala que debe haber sido pensada para pacientes, pero al parecer ahora es una sala para el personal de enfermería, hay una mesa y cama. Cuando paso al frente de ella miro hacia dentro y veo que están los internos, al parecer están estudiando.

Voy al lugar que me ubico siempre y una paramédica me pregunta si vengo a ver a alguien y le explico mi rol en el lugar. Ella, de manera reactiva pero amable, me dice que ya hizo sus curaciones, y paramédico que escuchó nuestra conversación, también me comenta, que ella me había visto otras veces pero no sabía lo que yo hacía, y que sus pacientes están afuera, como excusándose de su inactividad.

Siento la necesidad de cambiarme de posición, ya que desde ese punto mucho no observaré al parecer, y me voy al frente de la sala de mujeres, ya que las paramédicas entraron a esa sala. Entran a cortarles las uñas a pacientes y me cierra la puerta parcialmente, si bien seguía abierta, me impedía ver directamente el trabajo que ellas realizaban adentro. Me hace pensar en la actitud algo cínica de las auxiliares, ya que se mostraron muy gentiles cuando les comenté mi trabajo de observación, sin embargo, me obstaculizan mi tarea a la primera oportunidad que se presenta. No me produce rabia, pues después de enterarme de tantas situaciones que ocurren en este Hospital, pocas cosas me sorprenden.

Veo que se acerca un médico, por lo que me preparo para observarlo bien, siento que no me puedo perder ningún detalle de su estadía en el área, ya que la visita de estos profesionales ha sido escasa durante el tiempo que he estado observando. De inmediato se pone a revisar fichas, esta es la única tarea que visto realizar a los médicos durante mis jornadas de observación. Su labor la asocio a una máquina, de inmediato se me va la mente a una película que habla de la maquinización del hombre (“Tiempos modernos”): Toma archivador, lee ficha, firma y pasa al siguiente archivador, toma archivador, lee ficha, firma y luego al siguiente, y así progresivamente pasa a la siguiente mesa, hasta que llega al último archivador, firma y se retira. En ningún momento toma contacto con alguien del equipo médico, solo recibió un saludo de la secretaria del servicio. Incluso este médico

tuvo que entrar a la sala de mujeres, pero de igual forma no saludó a nadie. Me da la impresión que son como una especie de “fantasma escritor”, hacen su trabajo y se van.

También veo que llega la secretaria del servicio, la mujer con quién hablé el primer día de observación para que me “autorizara” a ingresar. Observo que entra a la sala de mujeres y se va. Se nota su lejanía y falta de contacto con los pacientes ya que ni los saluda, se nota que es una persona “externa” al equipo médico del servicio, pues por lo que he visto, sus responsabilidades son de índole administrativa.

Al rato después llega un joven paramédico y entra a la sala de mujeres, bromea con las pacientes y con sus colegas. Las pacientes se ríen mucho, nota que disfrutan con su presencia. Luego, el mismo funcionario, tras haberse retirado de la sala, viene caminando por el pasillo desde el fondo, y de pronto se escucha la voz de alguien, de un paciente varón, y se devuelve. Me parece que el perfectamente podría haber evadido ese llamado. Después vuelve a entrar a la sala de mujeres y las pacientes nuevamente lo tratan de forma bien amistosa y con bastante confianza, lo llaman por su nombre.

Al parecer llega la hora de almuerzo, por lo que se retiran el paramédico y una de las paramédicas mujeres de la primera sala, quedando solo una funcionaria. Ella está sentada al fondo de la sala y al centro, me llama la atención que lee un libro tranquilamente. Mientras ella observa su libro, se levanta una de las pacientes y sale de la sala. La profesional ni se inmuta. Pienso que la podría haber ayudado a levantar, preguntarle a donde quiere ir, o simplemente dirigir la mirada hacia ella. Me quedo mirando a la paciente mientras se aleja de la sala, lleva una camisa abierta por atrás, se le ve el trasero, pero ella camina feliz, como si fuera algo normal andar sin ropa interior. Me da la sensación de desprotección y la pérdida de la intimidad, debe ser una sensación que se anula en el lugar, en donde es poca la protección que se da a los pacientes.

### **Observación #9**

En mi novena observación, entro a la Posta y el portero que está en el acceso que da hacia la calle me saluda. Mi reacción inmediata es explicarle que vengo a realizar un estudio de la U. de Chile, e incluso, comienzo a buscar de manera automática y rápida la hoja con la autorización de la dirección para acceder al establecimiento. Fue una actitud mía totalmente reactiva. Luego, el guardia me dice que su intención era simplemente saludarme.

Llego al segundo piso, y entro a la Unidad de Quemados. Hoy me llama la atención tranquilidad del lugar. A medida que camino y paso por las salas de pacientes me sorprende el número de camas desocupadas. Tal es mi curiosidad, que incluso miro de reojo entre el espacio de la puerta y la pared, para asegurarme que no hay más pacientes.

Aparece una señora, que es auxiliar paramédico, y me reconoce; me dice “ah, Usted es la que viene a observar”. Le digo que sí y ante mi necesidad de comprender la situación del lugar, aprovecho de preguntarle si solo hay dos pacientes (que fue lo que logré contabilizar). Ella me señala que hay tres pacientes, pero que darán a uno de alta, solo están esperando que llegue el padre del paciente con unos papeles.

Ante el ambiente calmo, y el poco movimiento de personas que había, sentí que esta sesión de observación sería lenta, sin mucha actividad. Vi una silla “salvadora” al final del pasillo, por lo que no dude en sentarme, cuando por lo general permanezco de pie y de acuerdo al movimiento que haya me paseo. Pero siento que el día de hoy será distinto.

Observo que aparece un hombre a la entrada del servicio. Veo que trae una carpeta, por lo que asumo que es el hombre al que esperan con los papeles para la alta médica. Segundos después aparece una enfermera que recibe los documentos, y le pregunta a una auxiliar si el médico había firmado todo. Al parecer estaba todo correcto, ya que la enfermera comenzó a dar indicaciones sobre el tratamiento a seguir en casa e información sobre el control médico al que debería asistir el paciente. El enfermo y sus familiares se despiden muy amistosamente del personal y se van del lugar.

Luego de terminar ese procedimiento, la enfermera se dirige a mí y me pregunta que hago en el lugar, supongo que de cierta forma le extraña el hecho de que yo esté sentada observando todo. Le explico y al parecer se queda tranquila con mi explicación, pues de inmediato se dirige a la sala de personal mientras sigue revisando la ficha del joven recién dado de alta y cuestiona algunas de las anotaciones hechas, al parecer, por uno de los médicos tratantes. Esto lo hace en voz alta. Yo me encuentro evidentemente atrás de ella, por lo que escucho todo.

Después de esto, el tiempo pasó muy lento y hubo muy poca actividad, por lo que rápidamente mi mente comienza a irse a otros temas. Me comienza a bajar un fuerte sentimiento de culpa. Pienso que me gustaría haber aprovechado mejor el tiempo en las primeras observaciones,

debí haberme atrevido a mirar más al interior de las salas cuando todas las camas estaban ocupadas, lo cual hacía que la presencia del personal fue mayor.

Veo a personal de alimentación a la entrada del servicio, con lo que me doy cuenta que ya es la hora de almuerzo de los pacientes. Veo entrar a solo una mujer a cargo de los almuerzos, lo que resalta aún más el pasivo ambiente del Servicio de Quemados el día de hoy, pues otros días más atareados he observado a tres mujeres a cargo de esta labor.

Como estaba sentada afuera de la sala de personal, escucho que la enfermera anuncia que se irá a almorzar, antes de eso deja algunas indicaciones sobre los medicamentos que se debe administrar al paciente de la sala de hombres. Luego se retira. Esto me hace pensar en el rol protagónico de las enfermeras, aun que no las he visto mucho en esta Unidad de hospitalización, de igual manera se siente que aquí no se mueve una hoja sin autorización de ellas.

Veo entrar al servicio a alumnas de enfermería y a una doctora, creo que vienen de almorzar. Despiertan mi atención dos cosas. Lo primero es la apariencia de la doctora, rubia, arreglada, y con zapatos con tacos (en contraste con otras profesionales que andan con zapatos más cómodos). Y lo segundo, fue que entran en diferentes salas, lo que evidencia el grado de segmentación que existe en el lugar: la doctora está en la primera sala del servicio a puertas cerradas, sala que tiene un papel en la puerta con su propio nombre; por otro lado, las potenciales enfermeras están en la segunda sala; y por último, las auxiliares y técnicos están en la sala del fondo, que está denominada como “sala de personal”, una sala abierta y con libre acceso.

Nuevamente el pasillo de la Unidad queda sin movimiento, no ocurría mucho. De pronto me encontré pensando en problemas personales y perdí el foco de atención. No sé si fue una respuesta de evasión a la situación, o si simplemente fue la inercia del lugar que me distrajo.

De pronto, una mujer ingresa al servicio, por su apariencia no parece visita de pacientes, según mi percepción no encaja en el “perfil” de pacientes o familiares de este Hospital. Se acerca a consultar algo a la secretaria del servicio y luego toca la puerta en la sala de la doctora. Parece que era una amiga. Una visita que me volver a pensar en la actitud pasiva del lugar, pues es tal el tiempo que sobra, que hasta se puede recibir visitas.

Pasó ya la hora. Me retiro del servicio. Cuando voy saliendo de la zona de Urgencia, observo que está entrando un par de carabineros, y me llama la atención que entran con un perro de

gran tamaño. ¿Estará permitido en una institución de salud privada que ingrese un animal? Me parece muy poco higiénico y un abuso de poder por parte de los carabineros, ya que es sabido que los animales pueden transmitir enfermedades, sobre todo a personas que están delicadas de salud. Me hace pensar que aquí las personas sienten que ante la precariedad de esta institución y de las personas a las cual se trata, pueden “hacer y deshacer” a su antojo.

### **Observación #10**

Esta es mi décima y última observación, por lo que acudo de manera animosa y con ganas de estar muy atenta a cada movimiento que haya en el servicio que estudio. Apenas llego a la Unidad, me llama la atención la presencia de personal de gendarmería en el servicio. Lo relaciono de inmediato con otras ocasiones en que los he visto afuera, a la entrada del servicio del servicio de Quemados, pero en una zona neutral, algo así como el “hall” del servicio, pero que no pertenece ni a la Unidad de Pacientes Críticos, ni al área de hospitalización. Ellos están sentados frente a una sala que es primera vez que veo abierta. Paso caminando por al frente de ellos y observo hacia el interior de la habitación, en donde veo al paciente al cual están vigilando. Me llama la atención que este solo, pues la verdad es que en este momento hay bastantes camas disponibles en las otras salas. Supongo que esta aislación la deben realizar para no intimidar a los demás pacientes con la presencia del personal policial al interior de las salas, pues cargan armas a la vista de todos.

A mi llegada me encuentro también con un médico que está en el pasillo. Como es de costumbre, solo lo veo revisando los archivadores con las fichas clínicas de los pacientes, que se encuentran en las mesas que están al costado del pasillo. Al parecer ya estaba terminando esta labor, ya que a los pocos minutos de mi llagado el médico desaparece del lugar, sin ninguna interacción con alguien del personal presente en aquel momento. Una vez más, los siento como una especie de fantasmas, pues realizan su trabajo de manera silenciosa, dando la impresión de querer pasar totalmente desapercibidos, y luego se retiran.

Me ubico en el lugar desde el que habitualmente observo. Veo a la paramédica con que hablé en la primera observación. Me agrada ese encuentro, ya que recuerdo que ella en esa ocasión fue muy amistosa y amable conmigo. No deja de serlo en esta, pues al verme de pie, me ofrece una silla. Yo le respondo agradecida que no, con la intención de que prefiero quedarme de pie ante la posibilidad de que ocurra alguna actividad de interés en las otras salas, lo que me implicaría moverme.

Dentro de la sala hay un televisor con el sonido muy fuerte, lo que me distrae y me impide escuchar algunas de las conversaciones que ocurren a distancia.

Hasta ese entonces, no percibía como violenta la presencia del personal de gendarmería. Sin embargo, cuando me planteó a mi misma la posibilidad de moverme a lo largo del pasillo, como otras veces, me doy cuenta que me siento reprimida ante la pareja de guardianes, pues no me atrevo a pasearme a acercarme a observar a las otras salas. Lo que sentí no fue miedo, ya que el personal policial no tenía una actitud intimidante, pues estaban sentados y conversaban entre ellos amistosamente, pero si me causaba ansiedad el hecho de que ahora alguien me observara a mí y vigilara mis movimientos. Por esta razón, permanecí en el mismo lugar durante toda la hora que duró la sesión.

Observo que un auxiliar, un hombre mayor, arregla y limpia una de las camas desocupadas. Me saluda desde adentro y sonrío. Luego que termina su tarea, sale de la sala y se encuentra con otra auxiliar, más joven que él. El hombre mayor le dice al joven que él bajará a las 12:30, asumo que se refiere a la hora de colación. El joven no emite palabra alguna, pero hace un gesto de aprobación y se retira de la sala. Acto seguido, se acerca hacia mí el auxiliar, y de inmediato que comienza a explicar que él estaba limpiando una de las camas ya que estaba muy sucia, por que los jóvenes que trabajaban en esa área del servicio, al parecer (por el gesto que hizo), no hacían muy bien su labor. Me señala que el lleva 25 años trabajando “al frente”, es decir, en el área de pacientes críticos del Servicio de Quemados, pero que viene a ayudar aquí de vez en cuando. También me hace alusión a su reciente conversación con su colega más joven, y me dice “Usted vio como me respondió”, con un gesto de total desaprobación. Luego me comenta que así son las cosas en esta institución, con tono de queja. Enseguida, llama a su colega mujer y se retiran a almorzar.

Veo entrar a un hombre, se nota que busca a alguien. Cuando se acerca más hacia el lugar a donde yo me encuentro, me doy cuenta que tiene uno de sus brazos amputados. Se me hace un poco difícil mirarlo, pues no puedo evitar el sentir que no me gustaría estar en su situación. Pienso en lo difícil que debe ser aceptar el hecho de perder una de las extremidades y que difícil debe ser para los profesionales tratar con el dolor físico y emocional de esos pacientes.

En otro momento se acerca otra mujer, una paramédico, y me pregunta que si espero a alguien, a lo que respondo que no. Ella me pregunta entonces que qué es lo que necesito, y yo le explico mi labor en el lugar, a lo que ella me vuelve a preguntar: “¿Sabe la jefa?”. Con esta pregunta se me vienen dos cosas importantes a mis pensamientos: lo primero, es que ella sabe y asume que

no tiene la autoridad suficiente para “aceptarme” o “rechazarme” en el lugar, pues ella no me solicita que le muestre la autorización, a diferencia del personal de enfermería que si me ha solicitado la autorización. Y segundo, es que la mujer indica a la autoridad como una mujer, es decir a la Jefa de Enfermería, cuando en realidad, quién es la autoridad máxima del servicio es un médico hombre. Esto demuestra el liderazgo que tienen las enfermeras en el lugar, el cual se les reconoce.

Durante la observación vi a varios médicos a la entrada del servicio, pero ninguno entró al servicio en sí. Me dejan la imagen de médicos distantes, que solo se limitan a hacer sus turnos y visitas médicas.



## **Observaciones en Servicio de Traumatología en HUAP**

### **Observación #1**

Llegué a las 14:30 a la puerta de la Posta Central. Me reuní con el equipo de observación para poder conversar con la encargada del estudio en la Posta y que nos entregara alguna credencial. El nervio de las demás se traspasó a mí sin darme cuenta. El observar a tanta gente en el sector de Urgencia, que ahora está remodelada, y la ansiedad del resto del equipo, hace que se me apriete el estómago. Ella se sorprendió de lo temprano que llegamos pero nos recibe muy bien, pasándonos un mail que acredita que podamos hacer nuestra observación.

Nos dirigimos juntas a pasar por los pisos que nos correspondían con el fin de irnos dejando a cada una. Me quedo en el cuarto piso de Traumatología. En ese piso también se encuentra Cirugía Hombres y Cirugía Mujeres. Llego al pasillo y éste se encuentra vacío, apenas veo una enfermera entrando a una sala. Las chicas se van a sus respectivos pisos, quedando sola para partir mi observación.

En la primera sala que observo, se encuentran mujeres de edad adulta, abuelitas. Me doy cuenta que hay una silla justo al frente del centro de Enfermeras y a un costado de una sala que más tarde supe se trataba de hombres. Converso con la Jefa de Enfermeras para que me facilitara la silla sin problemas, me pide mayor información y le muestro el mail que nos pasó nuestro contacto. Sin mayores diálogos, me dice que no hay problema. Es otra enfermera la que me hace más preguntas diciendo lo aburrido que será estar sentada sin hacer nada por una hora, es de las más jóvenes.

Me siento tranquila, viendo que no pasaba mucho en el pasillo. Desde mi ubicación puedo ver el pasillo de Cirugía Hombres. Hay dos enfermeras que son una especie de jefas. Hay otras mujeres con uniforme celeste, y hombres con uniforme azul marino, también las hay con uniforme blanco. Hay una mujer que en particular me llamó la atención, por su rol en la interacción entre todos, viste entera de blanco. Siempre la vi corriendo de un lado para otro, conversando con todos pero de temas netamente laborales. Además se acerca con confianza a la Jefa para preguntarle procedimientos o si necesita ayuda en tal labor. Tiene gran carisma, siempre sonriendo, hecho que se repite en otras chicas.

En un momento empiezo a oír un ruido como de construcción pero lo sentía muy cerca. Luego me doy cuenta que es en la sala de al lado. Deben estar realizando un procedimiento cortando algún yeso o fierro, ya que más tarde se da de alta a una mujer que sale de esa sala.

Otro hecho que me causó curiosidad fue cuando las dos jefas de enfermeras ven a un Médico. Lo llaman todas risueñas pidiendo su ayuda en algo. El se acerca y las abraza con confianza. Se nota que se llevan bien y pueden bromear entre ellos. Una de las jefas se queda conversando con él de forma respetuosa. Siento que es un médico muy querido, que más tarde veo en un Box de Urgencia. Este hecho lo puedo contrastar con la llegada de una médico, con ella el trato fue un poco más distante, se limitan a preguntar por pacientes y procedimientos que desmiente de otro médico.

Entre enfermeras se nota un lazo de confianza a simple vista, pueden bromear sin problemas manteniendo, por otro lado, el orden del pasillo al no hacerlo en voz tan alta. Hubo una ocasión en que se retaron por lo alto que estaban hablando.

Llegué a la hora en que los pacientes tomaban su baño, los vi paseándose por el pasillo y yendo al baño con toallas. En este punto llega otro grupo que interactúa con enfermeras y médicos: son las repartidoras de comida que aparecen muy animadas con su carro. Conversan con las enfermeras de manera alegre y como si se conocieran de siempre. Tienen una lista donde van viendo qué merienda darle a cada paciente según esté en ayuno por cirugía o si es adulto mayor y tiene que tomar en un jarro especial.

Al principio me llamó la atención no ver médicos por las salas ni por el pasillo. Después me di cuenta que estaban en su sala de Médicos, al inicio del pasillo. Existe una sala para las enfermeras también, al costado de la estación de enfermería. De las salas se escucha que las enfermeras tratan de nombre a las pacientes y que intentan ser cercanas con ellas.

En una oportunidad se acercó una Dama de Rojo a conversar con una de las jefas de enfermeras, para avisarle que había una máquina que no paraba de sonar en una sala. Ella le contesta que de inmediato lo revisa, puedo notar que la enfermera trata de despacharla rápido. Llama a la enfermera de esa sala, se mofa un poco de la petición de la Dama de Rojo. Parece que la relación no es muy cercana. Lo mismo pasa en otra ocasión cuando en el pasillo se encuentra una enfermera que no es de ahí, la una de las jefas le pregunta: “¿y usted?” A lo que responde la chica,

“soy de al frente”, refiriéndose a Cirugía Hombres. Con esto se nota que existe consciencia de la gente que pertenece al grupo y la que no, que es un grupo cerrado.

Vi a la segunda jefa de enfermeras paseándose por todas las salas, siempre riéndose. Me miraba cuando pasaba a mi lado, pero decía nada. Me retiré cuando no hay mucha gente alrededor.

## **Observación #2**

Llegué al pasillo de Trauma tranquila. Hice un paseo para ver más de cerca las salas y los pacientes que se encontraban en ellas. Las primeras salas son de mujeres de mayor edad para luego seguir con la de hombres y las aisladas. También me fijé en la sala de personal donde se encontraban los camarotes de descanso de turno, es una sala pequeña que da la sensación de encierro.

No encontré mi silla así que la empecé a buscar y me encontré con la misma enfermera de la observación 01, aquella que encontraba fome lo que estaba haciendo. La saludo y me dice: “¿Usted de nuevo aquí?”, le aclaro que voy a estar todos los lunes alrededor de la misma hora a lo que vuelve a responder: “que fome lo que hace Usted”. Veo la silla y me la llevo al espacio que asigné para mi observación, eso sí ahora me ubiqué frente a la estación de enfermería, al costado de una sala de hombres. Me causa extrañeza que me trate de usted siendo que es una joven apenas unos años mayor que yo, una de las razones puede ser que no hay mucha gente joven en el servicio.

La primera media hora pasa muy rápida. Un hecho que me llamó la atención fue la preocupación del familiar de una paciente. Se encontraba muy alarmada por la reacción que estaba sufriendo, creo que su madre, por lo que buscaba la solución con alguna enfermera o alguien que la pudiera ayudar. En primer lugar recurre a una técnico paramédico a la que le cuenta toda su situación, la técnico la escucha pero siento que es más por el deber de escuchar que porque quiera ayudarla. De hecho una vez termina su relato, le responde que la persona que puede hacer algo por ella es alguna enfermera, a lo que le contesta la familiar que lo ha hecho pero no hacen nada de todas maneras. Entonces, la paramédica le dice que hable con la jefa de enfermeras, la señala y la familiar va en su búsqueda. Con esto me quedo pensando, nuevamente, en el poder de las enfermeras y sobretodo de la jefa de enfermeras en el piso. Los demás participantes giran en torno a la decisión de las enfermeras, lo mismo pasa con ellas respecto a los médicos.

Lo anterior lo noto cuando aparece un médico con apariencia de recién salir de pabellón. La interacción fue con alegría y cercanía, entre la jefa y el médico, se abrazan, bromean un poco, pero el fin es que le quería preguntar por un procedimiento. Es como si fuera necesario tener esta actitud alegre y amigable antes de preguntar por algo más técnico.

Otro punto que me interesó, fue la relación que existe entre los mismos pacientes. Puedo darme cuenta., por conversaciones de pasillo o con las enfermeras, que los pacientes se reconocen y respetan. Saben sus nombres y los que pertenecen a su sala. Cuando llegó un paciente de pabellón, una enfermera le pregunta de qué sala es, pero con lo sedado que estaba no contestó, a lo que otro paciente que se encontraba en el pasillo responde que de la sala xx. También se nota por como pasean por los pasillos conversando como amigos y cómo la relación con las enfermeras es de confianza aunque a veces se note que las enfermeras no les presten mucha atención.

Los gritos son otra constante en el piso. Entre técnicos-paramédicos y enfermeras las instrucciones o llamadas de atención se hacen a gritos entre las salas. Y lo curioso es que se contestan, aunque a veces cuando les interesa solamente.

Veo que la relación con las repartidoras de comida es distinta a la vez pasada. Ahora es más fría y sólo de pasada. Puede ser por el cambio de turno, tanto de las repartidoras como de enfermeras.

Justo a mi costado se ponen a conversar un paciente y una de las jefas de enfermeras de turno. El paciente le estaba ofreciendo un trabajo en otro Hospital, preguntándole donde había trabajado y si se encontraba conforme con el trabajo actual. Hay muchas risas, pero se nota que están controlando lo que hablan porque estoy presente.

Un familiar estaba esperando fuera de una sala. Se quedó mucho rato de pie y nadie le decía nada. Después de un tiempo, una técnica, creo, le dice que su paciente estaba en la sala hace mucho rato, además le dice que salió a buscarlo pero que nadie contestó. El estaba a mi costado y nunca nadie preguntó por él. Con esto me doy cuenta de lo enfocadas que están en sus tareas que no se dan cuentan o no les toman atención a las personas ajenas en el pasillo. Lo mismo pasa conmigo, la otra jefa que me vio la vez pasada tampoco me dijo nada al verme de nuevo. Da la sensación de ser una máquina más en el pasillo, inanimada.

### Observación #3

Hoy es martes y voy a una hora diferente, de las 14:00 a 15:00 hrs. Llego y hago mi recorrido por el pasillo mirando las salas y buscando mi silla. No la encuentro y al llegar a la Estación de Enfermería, una de las jefas me pregunta si estoy buscando algo. Es la primera vez que me dirige la palabra en las tres veces que la he visto. Le digo que busco la silla, no me responde nada y sigue con lo suyo. De las personas que se encuentran con ella, ninguna me ofrece algo de ayuda y eso que me quedé parada frente a ellos, dado que esa es mi posición para observar.

Hasta que ven que voy a sentarme en el suelo, porque me cansé, me dan la opción de entrar a buscar una silla porque no puedo estar en el suelo. Paso a la sala que tengo a mi lado y saco una silla, no hay mayor diálogo.

No hay mucho movimiento; en la estación se quedan un par de mujeres, que supongo son enfermeras o paramédico (están de blanco). Puedo ver mejor qué pasa en la sala a la que estoy cerca, en la puerta. Una de estas mujeres se acerca a un paciente, hombre anciano, diciendo que no tiene que llorar porque lo altera y es depresivo. La interacción es corta pero puedo notar que este hecho, el de llorar, lo había observado antes la paramédico y ahora se lo estaba recordando para que no se alterara. Luego supe que estaba con fiebre. Es la primera vez que veo una interacción directa con un paciente y se nota que se preocupan haciendo bien su trabajo.

Muchos están en almuerzo, lo sé porque se encierran en la sala de enfermeras o en la sala de descanso. Lo mismo pasa con los médicos, veo llegar a un grupo de ellos con mochilas, pasando directamente a su sala. Por lo que no hay mucho que observar, sólo a los pacientes paseando por el pasillo. Hay una paciente que me llama la atención porque es extraña. Actuaba como niña pequeña siendo que se notaba tenía alrededor de 20 años. Se paseaba en una silla de ruedas y me miraba mucho cuando pasaba a mi lado; jugaba con su pelo y un mechón falso que tenía puesto en su cabeza. Le dice a una de las enfermeras jefa: *Usted es mala*, a lo que ella se extraña y le pregunta por qué, le contesta que porque no la ayuda; le hace otra pregunta que no alcanzo a entender pero ella se ríe y una paramédico le dice a la jefa que diga que sí no más. Con esto me doy cuenta que ellas ya se dieron cuenta que la paciente lo hace para llamar la atención y le deben decir que sí, para que no se alargue el asunto. Me sentí incómoda con su presencia, la escuché hablar por teléfono como niña con su pololo y no supe si era un juego o si es así su personalidad. Después me di cuenta que era su forma de comunicarse normal.

Por primera vez veo la participación de los médicos asignados a cada sala. No hay mucha relación con el resto de personal; entran en las salas, ven las carpetas de las camas y se van. La mayoría de los que vi eran jóvenes que se movían en bloques. Casi nunca andaban solos, siempre con alguien más. El que usaran sus cotonas con el logo de su universidad debe decir algo pero tampoco alcancé a ver si se movían con gente de su misma universidad así que lo dejo como preferencia personal.

Otro hecho que me llamó la atención fue cómo son percibidos los médicos por el resto del personal. Un familiar se acerca para preguntar por el doctor que atiende a su enfermo, le dicen que debe averiguar por el médico asignado a su sala. Le dicen el nombre del médico pero que si quiere hablar con él, tiene que ir a golpear la puerta de la sala de doctores a ver si lo encuentra. Una señora de blanco dice con mucha seguridad y cierta rabia: “la verdad es que aquí los doctores apenas se ven, vienen en la mañana, hacen su ronda y después se van al policlínico o al quirófano. Tiene que tener suerte si se encuentra con alguno”, le comenta. Otra familiar le pregunta sobre la operación de su papá. La misma señora le explica la situación: existe una tabla con los nombres de las personas que operarán al siguiente día, pero ésta llega alrededor de las 16:00 hrs. También le hace notar que puede haber inconvenientes, como que no haya materiales en el quirófano o alguna emergencia, haciendo suspender las operaciones; le da el ejemplo de una operación de mano que fue suspendida esa mañana. Un hombre de blanco también trata de bajar un poco las revoluciones de los comentarios, diciendo que tendrá lo que está buscando, saber de la operación, pero que más tarde. Con eso me doy cuenta que existe una especie de resentimiento a cómo funcionan las cosas en la Posta.

También veo que hay un grupo de familiares cerca de la sala de médicos, sale uno con apariencia de salir de una operación, por su atuendo, y las personas se avalanchan a preguntar sus dudas. El médico se altera un poco y dice que tiene que preguntar por el médico asignado a su sala, que él no puede ayudar mucho porque no sabe las situaciones particulares. Dice que él *está para lo que le pidan*: si la llaman para tal operación tiene que estar allí, dando a entender que es mucho lo que tiene que hacer en la Posta.

Hubo un momento en que la estación de enfermería se llenó de gente. No había mucho que hacer parece, porque cuando una de las jefas de enfermeras, le dice que se ponga a trabajar a una enfermera, ésta dice que está esperando la hora de medicación. Esta pseudo-reunión da a lugar una especie de copuchenteo entre todos. Fue extraño estar tan cerca de la gente, escuchando lo que

hablaban, era como estar en el mismo círculo aunque nadie lo notara. Volví a sentir que a nadie le importaba que estuviera ahí sentada, aunque escuchara temas personales de los demás.

#### **Observación #4**

Llegando, me llama la atención lo oscuro que se encuentra el pasillo. No recuerdo si siempre está así pero me causa un desasosiego que no me explico. Hago mi paseo por el pasillo buscando una silla, no la encuentro pero dado que hay mucho movimiento, decido no pedir una y quedarme de pie, frente a la estación de enfermería pero ahora al lado de otra sala (más al fondo).

Me doy cuenta que hay cambio de turno por las personas desconocidas que veo, además, hay varios médicos dando vuelta. Parece que están buscando a las personas que tienen que ir a pabellón o que vienen llegando de allá. También hay unos familiares esperando fuera de una sala comentando lo que estaba pasando, no escucho muy bien. Creo que están esperando que terminen de asear y limpiar a los pacientes con el cambio de ropa.

Lo que siento de los médicos es bien extraño. Siento que están distantes, no hay mucho contacto con el resto del personal. Por lo menos los que vi hoy, buscan las carpetas de los pacientes, se pasean viendo las salas y no piden mucha ayuda, y cuando lo hacen se ven torpes. Es como si no supieran cómo hacerlo. Es extraño.

La enfermera jefa es otra, una de mayor edad y con un andar lento. Me da la impresión que hace las cosas más lento, es menos activa que las otras enfermeras jefa que he visto. Creo que su presencia hace que todo funcione de otra forma, un poco más tranquilo aunque se nota que hoy no es un día tranquilo. Es un momento, cuando está ante un problema de una paciente que no fue preparada para su operación con el ayuno, explica que en la ficha ni siquiera tenía el nombre de la paciente y que no sabían cuál era su condición, dijo: “acá todo es un número, la paciente 128 que tiene tal condición”. Y de hecho es así, casi todo es por el número de la cama del paciente: ahh es de la 08 o la 706. Son comentarios cotidianos pero no por eso no hay gente que no sepa los nombres o tenga cercanía con algunos pacientes, quizás con los que se quedan un mayor periodo de tiempo hospitalizados.

Hoy también vi el trabajo de los familiares. Están siempre preocupados de la limpieza, de las chatas, o de tener un vaso con agua. Hoy vi a una señora llevándole helado a su paciente y todos la miraban extraño, a lo que ella dice en voz alta, “que copuchentos son por acá” o algo parecido.

Esta misma señora, más tarde, sale al pasillo muy conmovida, como si no pudiera con la emoción y trata de respirar. Me mira y a lo único que atino es a sonreírle, como diciendo que ya va a pasar. Luego se tranquiliza un poco y vuelve a la sala.

En la sala contigua a la que estoy, escucho quejidos de una señora. Se lamenta mucho del dolor, pide ayuda a la “señorita” (alguna enfermera o técnico paramédico) porque le duele mucho. Es una situación muy angustiante porque no veo que alguien vaya en su ayuda. Si alguien pasa por el pasillo y la escucha, pasa de largo con cara extrañada pero de todas maneras no entra en la sala. Creo que dentro de la sala hay gente que puede ayudar a la señora y lo está haciendo, pero ella sigue quejándose y creando un ambiente tenso y enfermo. Antes, las familiares del pasillo, estuvieron comentando que esta señora estuvo con ataques en la noche y que no dejó dormir al resto de los pacientes de la sala. Esto lo decían con pena e incomodidad, y también con tono de injusticia, con rabia de que no pudieran hacer más. Lo mismo me pasó, porque veía que los paramédicos y enfermeras pasaban y hablaban de la paciente como si fuera un cacho. No lo veo desde el lado negativo, sino que le estaba dando mucho trabajo pero sin muchas ganas de hacerlo.

Dentro de los personajes nuevos que encuentro, hay un enfermero (vestido de azul oscuro). Entra y sale de la sala a mi costado y siempre me mira, como preguntándose quién soy. Hasta que en una ocasión me dice que ya puedo pasar a la sala, creyendo que soy una familiar. Le explico que no soy familiar y me pregunta si necesito algo, respondo que no se preocupe. Se va rápido, como si esa intervención fuera exprés pero que tenía que hacer dado su curiosidad de verme parada tanto tiempo en el mismo lugar. Me llamó la atención porque fue una muestra de preocupación o de que por lo menos alguien del lugar va a parar y preguntar si uno necesita algo, fue amigable.

Hay una situación entre paramédicos y las chicas de la comida. No sé muy bien cómo explicarla pero la idea de fondo es que hay un poco de celos o poca simpatía por una paramédico de parte de una de las chicas de la comida, esto en relación con un paramédico. Deben ser problemas de pareja. No sé.

Al final de mi observación, una de las enfermeras jefa, les dice a las personas que encuentra en la estación de enfermería, que voten para elegir al mejor compañero que se celebrará en el día del paramédico. Algunos dicen que eso creará más complicaciones por quién será el más votado, pero una vez explican que es anónimo, se tranquilizan y votan. Con esto veo que quieren mantener cierto equilibrio entre los egos y el que se sepa la opinión personal sobre tal persona. Aun así demuestra que hay compañerismo y cierta relación entre enfermeras y técnicos paramédicos.



### **Observación #5**

Llego muy desorientada al pasillo, me duele un poco la cabeza. Pasando por el pasillo me fijo en las salas y en una anciana en particular. Justo hay una silla afuera de sala y vuelvo a ese lugar, la veo de nuevo. Recordé a mi abuela y le sonreí, me dio esa sensación de ternura de los abuelos, fue lindo.

Hay muchos aparatos en el pasillo por lo que me ubico frente a la estación de enfermeras, donde hay una enfermera y dos paramédicos. Una le hace masaje a la otra porque está estresada; la gente que las ve les llama la atención como diciendo paren de no hacer nada. Ellas no se inmutan y siguen hasta terminar. Es un momento muy tranquilo.

Hoy no hay tanto movimiento como la semana pasada. Hay mucho silencio y un ambiente de descanso, como si no hubiera mucho que hacer. En esta ocasión me tocó ver cómo unos médicos hacían un procedimiento en una sala frente a mí. En realidad no vi lo que hacían, sino como se movían y coordinaban la actividad. Un médico se acerca a la estación preguntado por una enfermera o enfermero, esto lo hace de forma muy respetuosa y con autoridad, me llama la atención su forma más que el fondo. A lo que un paramédico va en búsqueda de la enfermera jefa, que se encontraba en la sala de enfermeras. Me pareció que fue una interacción formal y eficiente, lo mismo pasaba cuando los médicos pedían algún medicamento o guantes, los paramédicos acudían a su llamado eficientemente.

Otro punto importante fue cuando un paramédico se acercó a preguntarme si necesitaba algo, si esperaba a alguien; le digo que no espero a nadie y que no se preocupe. Me sigue preguntando qué hago ahí y le explico un poco del estudio y que voy todas las semanas. Se acerca mucho a donde estoy, a lo que me siento muy incómoda; me dice algo como que tenía una mirada sospechosa, me rio. El punto es que se acercó mucho, ¿tratando de intimidarme? No sé, pero no me gustó nada. Después, cuando lo veía por el pasillo, desviaba de inmediato la mirada, me causó mucho desagrado su presencia.

Un poco después, es otra paramédica la que me llama la atención, me llaman de lola, por lo que no me di cuenta de inmediato. Está con otros dos paramédicos, me preguntan si estoy esperando a alguien, les digo que no y sonrío. Se quedan mirándome un poco y siguen con su conversación. Lo extraño es que no siguen preguntando, estando frente a ellos.

Los pacientes ya se saben los nombres de los paramédicos, los llaman por su nombre y piden a alguno en especial. Ya se ha generado algún grado de confianza. Escucho la interacción entre una paramédico y una paciente, es una abuelita con operación de cadera; se tratan con mucha confianza, bromeando entre ellas.

### **Observación #6**

De nuevo, al llegar siento como si entrara a un lugar más tenebroso; que todo esté oscuro me perturba un poco. Da la sensación de un mayor deterioro o enfermedad.

Ve caras nuevas, hay gente de un turno que ya me tocó pero otras que son la primera vez que veo. Me ubico en el lugar de siempre, de pie. Nuevamente tengo el sentimiento de no querer molestar pidiendo una silla, siendo que hay varias disponibles. Lo que sí me doy cuenta, es que no hay enfermeras jefa, veo a muchos paramédicos y enfermeros, que a lo mejor hoy están a cargo. A lo que voy, es que no veo tan claramente, como en otras veces, quién es el jefe en esta oportunidad.

Lo primero que me llama la atención es la presencia de un señor que tiene apariencia de ser militar o algo por el estilo. Más tarde, con la llegada de un compañero, veo por su vestimenta que son de gendarmería. De inmediato me pregunté qué estarían haciendo en el ala, en un principio se me vino a la cabeza que era familiar de algún paciente, en vestimenta de servicio pero luego, con la llegada del segundo, empiezo a pensar que están cuidando a un prisionero internado en la Posta. Nunca supe realmente qué hacían ahí pero se sentía su presencia, se notaba y querían decir que algo estaba pasando.

Después de momentos en que se ven rutinas cotidianas y no mucho movimiento, veo que hay una pariente fuera de la sala que mira buscando algo, como no sabiendo donde encontrarlo. Le pregunta a una paramédico por X persona o paramédico, a lo que responden cortantemente: *a las 14:20, señora*. Esta es otra muestra de la poca preocupación por los parientes y en consecuencia con el paciente. El hecho que la respuesta sea tan seca y cortante, hace más desestabilizador la situación del pariente frente a la enfermedad de su paciente.

Otro momento importante sucede entre un médico y algunos paramédicos y enfermeros. Llega el médico a la estación de enfermería y observa unos papeles, se pasea un poco y vuelve. A lo que llega un enfermero y le pide que firme las recetas de una sala. Le responde que esa no es su sala y que hay un médico asignado por sala. El médico empieza a quejarse del funcionamiento del lugar.

Da a entender que no le gustan esas cosas, que le estén pidiendo firmar recetas que no le corresponden, que él maneja de una buena manera su sala, y ve con frustración y rabia el que otros colegas no hagan lo mismo con las suyas. Da a entender que no es culpa de los paramédicos o los enfermeros (las personas que estaban presentes en específico) sino que de sus jefes y colegas que ni siquiera le ponen las fechas a las fichas. También dice que le da rabia ver a las personas que son las encargadas tomar café abajo y no estén presentes donde se necesitan. La forma en que dice todas estas cosas es de manera calmada y profesional, pero se nota que no le gusta la situación y está cansado con que sigan pasando cosas de ese estilo. También menciona, que deberían quejarse con sus jefes de la situación, porque no puede ser que las recetas estén esperando ser firmadas y por ende administradas al paciente de forma tardía.

Encontré muy relevante este episodio porque es la primera vez que veo que alguien exprese directamente su descontento con la forma de hacer las cosas del Hospital. Y que sea de parte de un médico, lo hace más interesante dado que no se ven mucho por el pasillo. Esto muestra que la situación de ineficiencia es visible para sus integrantes, pero de todas maneras no se hace nada, ya que si bien se quejan no hay una mayor intención de una solución concreta.

Hoy se acerca un paramédico nuevo, me dice que hace rato me ve de pie y me pregunta si necesito algo o espero a alguien. Le digo que no a ambas preguntas, entonces queda un poco extrañado, en ese punto empieza a preguntar otra paramédica (la que siempre se está moviendo). Pregunta qué es lo que estoy haciendo, le cuento que es un estudio para la universidad; a lo que de inmediato me dice: “ahhh Usted es observador”. Me sorprende que sepa un poco en lo que ando pero me tranquiliza diciendo que es un poco extraño para el personal, porque el común no sabe que hay gente haciendo estudios en la Posta. Fue una situación que estaba esperando hace un tiempo pero de alguna manera temía no entendieran. Resulto siendo mucho mejor de lo que esperaba.

Otro punto que me llamó la atención fue el tema de la caca. Me chocó que las paramédicas hablaran de que era el “día de la caca” porque habían muchos pacientes con diarrea, creo que es un bicho. El asunto es que nuevamente lo hablan como si fuera de alguna forma degradante, se nota que es un tema cotidiano pero la forma en que lo dicen es chocante.

Hoy se siente más enfermo el ambiente por los ruidos que percibo, se escuchan sonidos de vómitos complicados y quejidos de dolor por lo mismo. Además del hecho que explicitan las paramédicas de la diarrea. También por el estado en que se pasean un par de paciente, de mirar muy enfermo y desgastado.

**Observación #7**

Hoy no sentí esa sensación tenebrosa del pasillo. De hecho una vez entré a la Unidad, vi mucho movimiento. Había mucha gente moviéndose por todo el pasillo, hasta llegaban a estorbarse. Veo a la enfermera joven de la primera vez, me saluda y me dice que tengo la silla esperando por mí. Tomo asiento y me dedico a mirar la forma en que se coordinan y trabajan, porque lo interesante es que se nota más actividad que cualquier otra observación.

También hay médicos presentes, entre todo el resto del equipo. Se encuentran en la misma posición, moviéndose por las salas. Se nota que es el momento en que hay más trabajo, los médicos deben decidir quiénes se van a pabellón al día siguiente, las enfermeras deben autorizar procedimientos de curación y administración de medicamentos, los técnicos paramédicos deben concretar las actividades de aseo y limpieza, entre otras cosas. Todo esto ocurrió dentro de la primera medio hora, que pasó volando entre tanta gente moviéndose. Los mismos pacientes y parientes se encontraban en el pasillo, aumentando la sensación de ahogo por la cantidad de personas moviéndose.

Un momento que me llamó la atención, fue cuando una familiar pregunta por X paciente a la enfermera jefa, ésta le responde que a esa señora la bajaron al piso tres porque había empeorado su situación de salud. La forma en que comunica esta información es muy empática y cercana. Le dice con voz baja y de preocupación, que debería buscar a su amiga abajo porque de verdad no se encontraba bien. Este es uno de los primeros acercamientos emocional que veo de parte de esta enfermera. Tiene una personalidad fuerte y alegre, se nota, pero nunca la había visto en este papel. Lo anterior me dice que la visión que podemos tener de lo que realmente ocurre en la Unidad es muy parcial, hay mucho más oculto.

Hoy es el día para refutar todas las teorías que teníamos del rol de las enfermeras y médicos.

Más tarde pasa lo siguiente: llega una enfermera diciendo que una pariente de la abuelita de tal sala anda diciendo que quiere pedir un traslado al Hospital Militar y justo el doctor la había dejado en tabla para operarla al día siguiente. El motivo que cuente esta situación, lo veo como de validación de su actuar, porque lo que busca esta enfermera es la aprobación de su accionar al mencionar este hecho, de traslado, al médico encargado. Luego aparece esta pariente (sabiendo que había quedado para la operación) y le pregunta al médico en qué situación está su hermana, a lo que

le contesta que ya no la operarán porque sabía que la trasladarían y no podían perder el quirófano. Al saber esta noticia, la pariente queda en shock, le dice al médico que solo estaba preguntando el procedimiento para el traslado, que no había nada fijo. Empieza a llorar y a rogarle al médico que haga algo, éste le dice que no puede hacer nada porque no puede perder la cama de quirófano y que tendrá que esperar hasta el jueves para saber si la operan. Aumenta la desesperación de la pariente, golpea la pared en actitud de culpa y desconcierto, porque sólo había comentado el hecho de traslado, sin confirmar nada. El médico le dice todas estas cosas a la pasada, continuo caminando a lo que tenía que hacer y deja a la señora en el pasillo. Una técnica paramédica trata de tranquilizarla diciéndole que tenga paciencia y que podrán operar a su hermana. Se tranquiliza un poco pero más tarde veo que está buscando alguna solución con otro médico.

También veo un buen trabajo en equipo entre la enfermera joven y un médico de mayor edad. Se nota que se conocen y se llevan bien. Puede que se griten, como es común, pero se entienden y realizan de buena manera su trabajo. Es visible que se puede lograr esta coordinación entre médico y enfermera.

Nuevamente se acerca un técnico paramédico a preguntarme si necesito algo, ya que me ve sentada mucho rato en el mismo lugar; le digo que no se preocupe, que no necesito nada. Se va tranquilo. Lo mismo me pasa con una pariente, que me pregunta si estoy esperando a tal persona. Con esto me siento más visible para la gente en el lugar. No sé si es motivo del nivel de movimiento 'anormal' del día, pero me pone un poco nerviosa. Me siento más expuesta a la gente que se pasea por el pasillo.

También veo una relación de compañerismo y confianza entre la enfermera jefa con algunas técnicas paramédicas y otras enfermeras. Se van a almorzar juntas, como si fuera un ritual de siempre.

Hoy también se hace presente el factor del grito. Se escuchan muchos llamados y órdenes por gritos entre salas y pasillo. Muy normal y asumido, no veo que no haga funcionar de mala manera lo que están haciendo. También siento el olor a pipí, me recordó al tema de la caca de la semana pasada. Ahora fue sentir por mucho rato el olor a pipí, fue incómodo pero claramente esperable en un Hospital.

Un hecho especial fue cuando vi a cuatro enfermeras y un médico. Se notaba que eran nuevas en el lugar y que dependían mucho de lo que les decía el médico. Creo que estaban recién

integrándose a la Unidad o estaban de pasada. No se separaban y le preguntaban a la enfermera jefa por procedimientos y tareas, lo mismo pasaba con las técnicas donde se preguntaba sobre dónde estaba tal cosa o el baño. Lo significativo de esta interacción fue el aclanamiento entre las cuatro a modo de protección a un ambiente nuevo. Fue interesante de ver, además de la ansiedad que mostraban al no saber qué hacer.

### **Observación #8**

Llegando al pasillo de trauma observo que todo está muy tranquilo. De hecho no hay nadie en el pasillo, a primera vista. Avanzo a la estación de enfermería y me quedo parada al frente. En esta oportunidad veo salir de las salas a algunos paramédicos que se quedan en la estación, también está la enfermera jefa de siempre. Continúa el poco movimiento por un tiempo, algunas se van de almuerzo, o se sientan en la estación a comentar cosas de sus vidas.

La auxiliar de blanco sale de la sala de mi costado, me observa y se detiene, me dice: “ahh la observadora”, a modo de saludo yo sonrío. También dice una broma con la frase: “alguien te mira”, y las personas que se encuentran en la estación se ríen con ella. Esto me da la impresión de que ella ya se encargó de decirles cuál es mi rol cuando voy todas las semanas, de observadora. Siento que estoy, de alguna manera, más incluida en el grupo. Ya no hay caras desconocidas, por lo menos enfermeras, paramédicos y auxiliares. En una ocasión todos estaban hablando y fue como estar en una reunión de amigos, donde todos se ríen y comparten. Esto lo sentí por un momento solamente, luego todos se fueron por su lado o se quedaron conversando en parejas, algo más íntimo.

En esta conversación hablan de los problemas que están teniendo con los pagos del mes. Creo que hay muchas equivocaciones y no les llegará el monto correspondiente por sus turnos. También conversan de los problemas de licencia de las primerizas que se acogen al postnatal de seis meses. Son temas cotidianos para ellos pero que demuestran compañerismo además de hacer ver el descontento por algunas cosas.

Veo a un par de médicos pasear por el pasillo, se acercan a la estación, en específico a la enfermera jefa y le preguntan en un tono un poco autoritario o fuerte: “qué ocurre con las dos abuelitas de la sala xx, porque vieron a una sola”. A lo que responde, con voz compungida que esa abuelita murió en la mañana. Los médicos se quedan callados por algunos segundos y se van, de

pasada la enfermera le informa que debe dar las indicaciones médicas del paciente de la cama xx. La interacción fue muy extraña, impersonal, sólo cumpliendo con las tareas de cada uno.

Uno de los auxiliares, muy amablemente me trae una silla para que pueda tomar asiento. Le agradezco su interés. Encuentro que esta muestra de interés es otra razón por la que me siento parte de su día, aunque me sigo sintiendo incomoda escuchando todo lo que hablan.

Cuando estaban todos en la estación conversando de viajes, viendo videos en el celular, etcétera, la enfermera jefa le dice a un enfermero que le quiere mostrar cómo estaban las partes blandas o algo así, no lo entendí muy bien pero la idea es que fue con un fin instructivo. La jefa le quería mostrar cómo trabajar en cierto escenario. Es una de las primeras muestras en que existe este traspaso de conocimiento.

Más adelante, conversan sobre el alta de una paciente, lo que conlleva el ingreso de uno nuevo. Con esto el enfermero se muestra entusiasmado, como si le gustara el trabajo que trae ingresar un paciente que viene de emergencias. Fue interesante ver este interés en este tipo de actividad, casi como si fuera más divertido.

Al final de mi observación, llegó un ex-paciente a la Unidad. Usaba una muleta todavía y se notaba que era de una situación social baja por la forma en que vestía y hablaba. Conversó con las personas que se encontraban en la estación, enfermera jefa y paramédicos, con mucha confianza, tuteándose y riéndose. Le preguntaban por su familia, con quien estaba viviendo, etcétera, se podía notar que lo llegaron a conocer mucho. En la conversación salió el motivo por el que estaba así, con muleta y una herida considerable en el antebrazo, y ésta era porque lo habían empujado de un segundo piso. Fue bueno observar que pueden conversar y crear algún tipo de lazo con los pacientes, y que éstos sean capaces de acercarse sin problemas a visitarlos.

### **Observación #9**

Ya no está esa sensación tenebrosa en el ambiente, creo que mi actitud influye de alguna manera pero es la luz lo que lo convierte en una sensación agradable o no. Llego al pasillo de trauma y se nota movimiento, hay médicos dando vuelta, familiares en el pasillo, y el resto del equipo moviéndose por las salas.

La primera escena que observo es cómo los médicos conversan con los familiares. Al fondo del pasillo se encuentra una señora con un médico, se nota que éste le está explicando la situación de su marido y que posiblemente le darán el alta entre hoy y mañana. La señora le agradece el tiempo y la explicación, a lo que el médico le sonríe y se va. Más tarde, la misma señora llama la atención de otro médico, al que le pide que explique la situación de su marido, nuevamente. Escucho que su marido sufrió un atropello de una retroexcavadora, el médico le menciona que es un accidente delicado por el peso de la máquina, a lo que necesita observación por posibles infecciones de la herida operada. Le pregunta por el alta dado lo que le dijo el otro médico, contestando que imposible que le den el alta porque se debe quedar en observación. Con esto me doy cuenta que no existe mucha coordinación entre los mismos médicos, se contradicen en sus indicaciones y confunden a los pariente y pacientes.

De todas maneras, se aprecia que existe una instancia, cuando los médicos no andan volando por el pasillo, de conversación y explicación de la situación de salud hacia los parientes.

Un poco después de mi llegada, veo al ex paciente de la observación anterior. Sigue con la muleta y llega hasta la estación, saluda a la auxiliar que está en el lugar. Ésta le pregunta si tiene control, a lo que él responde que no, que pasó a saludar. Me mira mucho cuando se acerca, como reconociéndome de la vez pasada. Ya que no hay nadie con quien conversar, se marcha.

El paramédico amable de la observación anterior, me ofrece nuevamente una silla y me pregunta qué es lo que hago ahí. Le explico un poco de la tesis y que me quedan pocas veces por ir a su pasillo. Es un viejito de cara bondadosa que sonríe mucho, me cae bien. Otra paramédico me vuelve a bromear con la frase alguien te mira y se ríe.

Luego de unos momentos de movimiento de paramédicos y enfermeras, se acerca la enfermera jefa a mí. Me dice si necesito algo, siento que es la misma pregunta de siempre y que contestando igual que siempre el momento pasaría. Pero una vez le digo que nada, me pregunta la razón por la que estoy ahí, le cuento un poco del estudio de clima laboral y que voy todas las semanas. Me pide la autorización con tono muy autoritario, como si quisiera terminar rápido con el tema. Justo ese día no llevé la autorización que nos dio nuestro contacto en la Posta, se lo hice saber además de que el personal me conocía de semanas pasadas. Me dice que no puedo estar en el lugar sin la autorización, me siento totalmente pasada a llevar por el tono en que lo hace y la poca delicadeza que tiene conmigo. Me recomienda que le pida la autorización al jefe de Unidad que se



encuentra en su oficina a la salida del pasillo, le digo que no tengo problemas y me voy. Con eso, ella se queda tranquila y sigue con sus tareas.

Saliendo del pasillo, le pregunto a la secretaria por el jefe pero me dicen que acaba de salir. Decido retirarme ya que no queda mucho tiempo de observación además que no me sentía conectada con el lugar por lo que acababa de ocurrir.

### **Observación #10**

Llego pesando en lo que me pasó la semana pasada con la enfermera jefa de turno. Tengo el deseo de que no esté presente en esta observación y así no tener que preocuparme de ella y lo que pueda decirme.

Paso por la sala de hombres, frente a la estación de enfermería, y veo que hay varias personas al centro de la sala, además de una señora en silla de ruedas en la puerta con su hija. Me devuelvo a ver qué estaba pasando y me doy cuenta de la presencia de dos gendarmes y al final de la sala, un caballero de edad esposado de un pie a la cama. Con esto me digo que debo quedarme alrededor para ver cómo se desarrollan las cosas y averiguar de este paciente. Las señoras que estaban en la puerta me miran un poco extrañadas, hasta con actitud pesada pero lo dejo pasar. También noto que estaba la enfermera jefa de siempre, aquella que es más activa y en cierto punto simpática. Con esto me siento más tranquila al pensar que no estará la otra enfermera.

Al cabo de unos minutos no pasa gran cosa en el pasillo aunque empiezan a aparecer caras conocidas saliendo de las salas. Dentro de una de estas caras, está la enfermera joven que siempre me saluda, lo vuelve hacer diciendo: hola mi niña. Me extraña que me vea como menor siendo que según mi percepción debe ser un par de años mayor. Luego me doy cuenta que a todas las mujeres las saluda del mismo modo, diciéndoles niñas. Debe ser una manera de relacionarse con los demás aunque encuentro un poco descalificativo o muy cariñoso, personalmente me causa extrañeza e incomodidad.

Sale un gendarme de la sala y se queda frente a mí. Lo observo, cómo está vestido, cuál es su actitud, ver si de verdad me causa algún sentimiento. Me pasa que siento simpatía por él, tiene una cara que se hace familiar de alguna persona que conozco además de estar siempre con una sonrisa en la cara. Es como si fuera feliz todo el rato, era un poco contagioso. Empieza a jugar con el par de celulares que tiene y luego a conversar con alguien. Le cuenta a modo de chiste o gracia al

tipo de reo que le tocó, según se desprende de lo que escucho esta persona es el delincuente o responsable de un delito que salió en las noticias últimamente. Debe ser por eso que sea tan llamativa su forma de explicarlo, le cuenta que lo estaban buscando y que estaba en servicio pero justo se salió para que pudieran detenerlo, o algo por el estilo. El tema es que tenía un problema en la clavícula y estaba en la Posta Central. El gendarme estaba excitado contando la historia por que terminaba en que él tenía que estar esperando en la Posta pero que ya iban a operar al tipo por lo que saldría en la noche a la penitenciaría.

Lo que me llama la atención es la reacción que tienen las personas alrededor de este reo. Los gendarmes son muy tranquilos y andan con sus pistolas y vestimenta más amenazante como dueños del lugar pero con respeto. De alguna forma, quieren estorbar lo menos posible. En cuanto a las paramédicas y enfermeras, tienen reacciones esperables de incomodidad. En una oportunidad, la enfermera jefa le dice al médico encargado del reo: ¡ve el tipo de paciente que me deja! El médico le responde con exasperación como dándole a entender que ella ya sabe cómo manejar este tipo de casos. Además le menciona que ni siquiera tiene los exámenes de VIH ni otros que no reconozco, por lo que existe temor frente a este personaje peligroso. El médico vuelve a decirle que ella sabe que tiene que exponerlo al sol para que mueran las bacterias y que se ventile. Esta interacción se dio frente a mí, con varias personas alrededor.

Toda la observación tuvo el velo del reo y los gendarmes presentes, paseándose o conmigo mirando la sala y topando la mirada con este personaje que tiene cara de maleante, con expresión muy dura y huraña.

Entre todo este paseo de personas aparece la enfermera jefa que me despacho la observación pasada. Me mira al pasar y nota que estoy ahí pero no me dice nada, hecho que me extraña ya que soy casi un ente no deseado en el pasillo por ella. Me pregunto que estará esperando pero nunca le digo nada tampoco. Más tarde aparece con un enfermero jefe pero de otro turno y me pide la autorización. El enfermero dice: Seguro la mando PR, la encargada del estudio en la Posta. A lo que respondo que sí porque es la que me dio el mail de autorización, también me dice que debo andar con una identificación colgada. Una vez miran el papel, me dicen que no hay problemas pero que estaban preocupados porque hubo casos de personas que no debían estar en el pasillo y les había llegado el reto. La enfermera se muestra amable y simpática hasta me ofrece una silla donde sentarme. Le agradezco pero no creo mucho en sus buenas intenciones.

La señora que estaba en silla de ruedas era una ex paciente de la Unidad. Tanto paramédicos como enfermeras la saludan con mucho cariño, reconociéndola y preguntando su motivo de estar ahí. Tenía una especie de control por una herida de la operación anterior. Lo que me llama la atención es el nivel de las muestras de cariño por la señora, de parte de todo el personal de trauma, hasta la persona que limpia el piso le saluda como amiga de toda la vida. Lo que me causa extrañeza es que una vez tienen esta sonrisa amable y cariñosa con la señora, la retiran al partir. Es como si fuera un lapsus dentro de su día.

Otra situación interesante fue cuando aparecieron varios médicos que se notaba venían de pabellón por como vestían. Entre el ambiente jovial y entretenido que mantenían con las enfermeras y técnicos, la enfermera joven le recuerda sobre la promesa de los helados. El médico le dice que lo recuerda pero que tienen que hacer una lista. El asunto es que el médico les compraría helados a la mayoría del turno, no se entiende la discriminación de quienes porque no es para todos. La enfermera le pregunta a todos apurada para que no se escape el médico y este proceso lo hace riéndose y a modo de juego. Más tarde se va con una amiga a comprar los helados. Es curiosa la interacción pero encuentro que es una forma de suplir la falta de relación que ya se ha visto entre médicos y el resto de personal.

Desde mi ubicación puedo ver la cama de un hombre que se ve muy lastimado que está acompañado de su mujer. Tiene vendado brazos, piernas, además de rasguños en la cara. Imagino que fue una caída muy fea o un atropello. Cuando llega el servicio de la comida y el caballero se incorpora para comer, me doy cuenta que tiene amputado parte del brazo que no entraba en mi rango de visión. Mi primera reacción fue retirar la mirada, de alguna manera no fue mi intención ver eso. Me sentí intrusa en su situación de enfermo aunque él no notará nada. Me quedo pensando en su estado, en la pérdida de parte de tu cuerpo, de una extremidad que es tan esencial. Genera mucho sentimiento de compasión y el preguntarse el que en el proceso que debe atravesar una persona al perder parte de su cuerpo.

## Transcripciones de Audios de Entrevistas Grupales

### Entrevista Grupal #1

- ✓ E: Entrevistador
- ✓ P1: Enfermera Quemados
- ✓ P2: Paramédico
- ✓ P3: Sub Director Médico
- ✓ P4: Médico
- ✓ P5: Kinesióloga
- ✓ P6: Enfermera Cirugía

1. E: En primer lugar me gustaría que ustedes me pudieran contar como se ejerce en este Hospital el ejercicio del liderazgo en los equipos que ustedes trabajan, como es el trabajo de ustedes y cómo funcionan los equipos clínicos en los que cada uno de ustedes está adscrito. [00:00:36]
2. P1: Puedo dar mi experiencia en la UCI. Llevo 1 año 8 meses. En general, el personal de Quemados en sí, es como bastante joven. Tenemos enfermeras de largos años acá, que son dos colegas y en realidad ellas son los pilares y son, como bien dices tú, las que direccionan todo el cuento de cabeza de enfermería. En realidad, todo el personal es joven, los médicos, los paramédicos y también en relación a los que anteriormente te mencionaba, somos como bien aparte en relación a la situación de Hospital, como que no nos ubican mucho, estamos como bien separados. Pero dentro de lo que es Quemados, yo creo que a pesar de que somos todos jóvenes, yo creo que hay una buena forma de trabajo, cuesta a veces, porque la carga de trabajo es harta. [00:01:40]
3. E: ¿A que le llamas buena forma de trabajo? [00:01:43]
4. P1: Yo creo que nos logramos entender de buenas maneras, yo tengo personal a mi cargo mucho más adulto que yo. Así, igual nos entendemos en el cuento de los márgenes, de los respetos, de que yo tengo que dar tareas, indicaciones y no se pasan a llevar susceptibilidades que uno podría decir “que chica” frente a gente que lleva muchos años y uno también es respetuoso de todas las maneras, nuestros doctores, nosotras, nuestros paramédicos, auxiliares, y cada uno de ellos yo creo que tienen súper consciente de que es importante en los momentos en que a cada uno le toca su trabajo, se respeta y se reconoce. Creo que nosotros los hacemos bastante bien en ese sentido y en relación al resto del

Hospital, yo creo que nosotros somos más bien solitos, dentro de lo que es Quemados. Así lo vivo yo por lo menos con mi turno o en relación a lo que hablamos de turno a turno con los colegas, porque igual es como bien específico, hay cosas como muy específicas en la tarea de Quemados. [00:02:55]

5. E: ¿Cómo es la realidad de otros espacios? [00:03:06]
6. P2: Como decía ella, el trabajo de ella es totalmente diferente al de nosotros, porque nosotros en medicina trabajamos con un estrés atroz, ósea allá no se ve si la persona está haciendo 12 o 24, ósea la cosa es producir y atender a los pacientes de una forma u otra pero hay que hacer el trabajo. Y eso hace que haya algunas situaciones con nuestros superiores que nosotras vemos como injustas, desgraciadamente tampoco es culpa de ellas porque no hay personal, o sea ella tiene que cumplir su rol, los pacientes tienen que ser atendidos, aun que nosotras acá seamos 2 o 3... o sea lo siento, hay 2 con licencia, somos 6 en el turno, hay que sacar el turno igual y eso lleva a discutir, a pelear con la enfermera, decir “bueno y usted que esto y...”. En el servicio pasa mucho eso y las situaciones de estrés son bastante pesadas en ese sentido y lleva a roces con los demás, con médicos, con los internos que nosotros somos el piso que más tenemos internos. El estrés es atroz, aparte de todo el trabajo que tenemos nosotros, tenemos que estar con los internos, que cambian de indicaciones, que esto y esto otro, que la paciente se agrava, que los tutores. O sea que el estrés para nosotros juega una presión pero... [00:04:33]
7. E: Y ¿A qué te refieres cuando hablas de lo “injusto”, que es lo que termina siendo injusto? [00:04:40]
8. P2: Lo que pasa es que nosotros vemos como injusto por ejemplo una situación de 6 paramédicos y aparecen 3 paramédico. Uno tiene que cruzar del otro servicio y hacer el trabajo de los otros que no vienen. Hay gente que siempre está faltando porque tiene problemas “X”, y nosotros tenemos que asumir y sacar el turno igual. En un fin de semana hay 3 paramédicos y nosotros tenemos que ver 80 y tantos pacientes, dividirnos 15 pacientes cada paramédico. El trabajo de las enfermeras es uno, el trabajo de los paramédicos otro, el del médico otro... [00:05:09]
9. P2: No, no es por usted señora... Son enfermeras que no ven, no toman la similitud de que nosotras somos 1 paramédico para 18 pacientes. O sea exigen prácticamente lo mismo que si estuvieran las 6 para médicos. Entonces, para nosotros esa es una situación en las que ellas se aprovechan del liderazgo que tienen hacia a nosotros en esa situación. [00:05:35]
10. E: Y cuando tú dices que se aprovechan, ¿Es que hay poca colaboración, por ejemplo? [00:05:39]

11. P2: Si. [00:05:40]
12. E: Entonces, ¿Podría haber más colaboración entre el personal? [00:05:44]
13. P2: Si, o sea no es por el hecho de que ellas son enfermeras y va a poner una chata, va a dejar de ser enfermera. O viceversa, no porque yo le pongo la papilla a ellos, yo voy a estar pasándola a llevar en su trabajo y voy a crearme enfermera. O sea, si yo lo puedo hacer, yo lo hago, pero la situación tendría que ser recíproca, las dos cooperemos, o sea si estamos solas yo te veo este medicamento o yo te cambio la bomba, o sea colaborar. Entonces, ellas se dedican al margen, pero cuando la situación es al revés, faltan enfermeras y sobran paramédicos, nos cargan la pega de ellas a nosotros. Entonces esa situación nos genera a nosotros estrés y una impotencia de que no podamos hacer nada en contra de eso, y se suscitan los problemas, las peleas con los internos, y bueno, la doctora ha trabajado en medicina y sabe de lo que estoy hablando. También las recetas, que tenemos que estar atrás de los médicos por que hicieron mal una receta, que los tutores ... nosotros somos el tope, que los tutores nos discuten a nosotros, por la mala atención, que el médico no aparece. En el fondo nosotros nos llevamos la carga emocional de toda la... [00:07:00]
14. P3: Yo soy en este minuto el subdirector médico. He estado en varios hospitales distintos y partí como post becado residente en este Posta , en el box, y he visto como ha ido creciendo y eso que ha significado, evidentemente mayor carga laboral y expectativas de los pacientes distintas a las que habían hace 23 años atrás, que fue cuando yo llegué. Entonces, ese cambio ha significado que la gente se siente cada vez más presionada. Ahora, evidentemente aquí el trabajo de cada uno no puede tener un margen estricto, es imposible, porque si yo veo que está pasando algo con un paciente que le están haciendo kine, por ejemplo, me tengo que involucrar en eso. Por ejemplo, si yo veo que el suelo está mojado porque la gente de aseo no puso el cartelito y alguien va a pasar y se va a caer, me tengo que involucrar, o sea, no hay y no puede haber una separación rígida entre cada unas de las labores ni de los estamentos de los que trabajamos acá. O sea es imposible separar las cosas y tampoco no es posible trabajar no en equipo, o sea, sin equipo esto definitivamente no funciona. Una cosa siempre lleva a la otra. Ahora, uno a veces como médico, incluso en la consulta en que maneja muchas personas, evalúa mucha gente, cada uno demuestra su trabajo desde su punto de vista y todos los trabajos son estresantes. ¿Por qué? Porque uno le pone el sello del estrés o del no estrés, uno lo ve. Ahora, desafortunadamente uno tiene aquí a uno equipo que es limitado, y si alguien falta por alguna razón, eso no significa que las necesidades vayan a disminuir, las necesidades son las mismas y de alguna manera hay que cumplirlas. Porque yo no puedo decir “ya esta persona no vino, así que yo a este porcentaje

- de personas no lo voy a atender hoy día”, eso no puedo ocurrir, y definitivamente, tenemos que adaptarnos a lo que en ese momento está. Y para eso necesitamos siempre, más colaboración, y más ponerse en el lugar del otro. No hay otra forma de trabajar, no veo una forma distinta. [00:09:33]
15. E: Pero quizás con lo que tú estás planteando, uno podría decir que quizás hay una definición de como debieran ser las cosas, y quizás lo que tú nos muestras, es una mirada crítica a como las cosas a veces no son... Entonces, quizás pensar que es lo que ocurre en esos momentos y que espacios existen para que, por ejemplo, exista la colaboración o que no se produzca la colaboración. Qué es lo que dificulta que las personas no puedan hacer esto que tú estás planteando. [00:10:16]
16. P3: Si, en realidad. [00:10:18]
17. P4: Haber, quizás el punto crítico es lo que acabas de decir. En qué sentido, en que nos hemos acostumbrado en este Hospital, y quizás en el área pública en general a que la colaboración, es tener que tapar hoyos. O sea acá la planta funcionaria del Hospital, si viniesen todos, ya es menor de lo que debería ser, por paciente. Estamos hablando de paciente/enfermero, paciente/paramédico, paciente/auxiliar y paciente/médico. Quizás yo creo que la parte médica es la que está mejor cubierta, de hecho para nosotros el trabajo puede ser en algunos aspectos más sencillo, pero en donde se llevan la carga, es a nivel de auxiliares paramédicos y enfermeras, la carga de todo el día, falta personal de planta, o sea de número, y a eso además tienes que sumarle toda la ausencia, licencias y ausencia laboral y cosas así. La colaboración, bien, en todos los trabajos y cosas así y en circunstancias excepcionales, desde ese punto de vista. Lo otro es trabajo de equipo, yo estoy hablando, cuan hay un problema y hay que trabajar en grupo para solucionar el problema colaborando todos en la solución bien, pero tiene que ser racional, excepcional, si son problemas, si son diarios es que es otra cosa. Y eso es lo que pasa en estos Hospitales, que esto es diario, constante. [00:11:45]
18. P1: Se convirtió como en una realidad de lo que no debiera pasar. [00:11:47]
19. P4: Y el problema, ha pasado algunas veces, desde el punto de vista de los pacientes y de que nos preocupemos por los pacientes. La UCI por ejemplo, de que algunas veces los médicos y enfermería cerraban camas porque faltaba personal, ya sea de auxiliar paramédico o enfermería, cerraban camas porque no se podía entregar la atención de calidad que requería el paciente crítico, y desde el punto de vista estricto, es lo que se debe hacer. Pero de la autoridad, o de nosotros mismos como médicos, que tenemos al paciente en la Urgencia, que necesitan estar con ventilación mecánica, demandamos que “como van

a ser tan así, que no abren la cama con un paciente mal, un poco más de trabajo” y bla bla bla. Te creo que pase una vez, cada cierto tiempo. Pero hace cierto tiempo, pasaba así, a cada rato. Entonces, acá la gente, yo lo veo en los paramédicos y en los enfermeros, de que tienen una capacidad de resiliencia (risas) frente a toda esta circunstancia gigantesca, gigantesca. [00:12:56]

20. E: Y tú ves que eso le afecta menos a ustedes, tu eres médico. [00:13:00]
21. P4: Si, yo creo que por lo menos el servicio médico de cirugía de la planta médica somos eficientes. O sea en el sentido de que cuando faltan, cuando falta alguien, ya sea por vacaciones o por licencia, no se siente tanto la falta porque nos cubrimos entre nosotros, y tal vez las enfermeras nos persiguen en ese sentido, y terminamos haciendo el trabajo, ¿Me entiendes? Y además, como hay una forma dicotómica, porque tú trabajas en servicio y además están los turnos, entonces, hay como más cobertura, en ese sentido, de los pacientes. Pero yo veo en los servicios de urgencia, si falta un paramédico colapsa, y no solamente colapsa en el sentido del número de la rapidez de atención, si no de que todo se vuelva más terrible, o sea un paramédico con una carga de box de urgencia, es ineficiente, o sea es mucho, porque no solo tiene que lidiar con los medicamentos, de que el paciente no se caiga, de que los familiares están metidos en el box, de que un médico le está indicado que tiene que hacer esto otro, y los mismos van a enfermería, porque de repente faltan enfermería y una misma enfermera tiene que estar en un box de urgencia hombres y en un box urgencia mujeres, de allá para acá, poniendo vías venosas, y lo mismo de que un paciente de urgencia en sí misma es demandante. Y es un problema crónico, lo más importante, esto es crónico, porque al final uno puede hacer grupos de trabajo, y decir “si pasa esto tenemos que trabajar en grupo y sacar el problema”, pero es constante y es crónico. [00:14:37]
22. P2: Ahora mismo yo le decía a la colega, porque está comentando 12 en urgencia, y quieren sacar personal porque supuestamente es mucho. Y aumentaron a 20 box según lo que me decía ella. Imagínesse nosotros, nosotros tenemos todo el día con los pacientes, porque el médico pasa de visita en la mañana, el deja la indicación y se va. Nosotros estamos todo el día, las 12 horas con los pacientes ahí, entonces imagínesse. Ahora van a hacer una torre, hace como un mes que dijeron que con la misma planta, que le Ministerio no iba a mandar más recursos humanos, que iba a cubrir eso porque ellos no querían gestionarle más gastos al Ministerio. Yo así lo tomé en la reunión que hicieron... [00:15:16]
23. P5: Pero eso es utópico, porque como van a aumentar si con la gente que está ya, no es suficiente. [00:15:19]



24. P2: Claro, van a aumentar los pabellones, van a aumentar todo. [00:15:22]
25. P3: Pero no podemos ahora especular con el personal que a lo mejor va a haber en un edificio que todavía ni parte. [00:15:30]
26. E: Si, claro. Quizás es como pensar... [00:15:32]
27. P2: Es que ya nos tienen así, como que no sé, van a... [00:15:35]
28. P3: Pero para que se estresan antes de tiempo... [00:15:37]
29. P2: Claro, porque supuestamente hicieron una reunión... [00:15:40]
30. P5: Pero de hecho en la Urgencia, en el tri-H antes eran 2 camillas y ahora son 6. [00:15:50]
31. P3: No, perdón. Pero el tri-H es otra cosa. Eso es leve. Así como eran antes los sectores. [00:15:52]
32. P5: Ya, pero los leves eran 2 camillas y ahora hay 6 camillas. [00:15:53]
33. P3: Si, porque el leve antes era mucho menos [00:15:55]
34. P5: Ahora de hecho yo venía saliendo y la gente casi me pega afuera porque está de anoche esperando la atención, y que los médicos no atienden, y el médico está dentro del box, pero es que no hay donde pasar pacientes. Y hay pacientes que están hospitalizados y llevan como 5 días ahí en la urgencia, y no tenemos donde seguir atendiendo, y la gente nos agrade a nosotros, que somos las que salimos a cada rato del box. Entonces, a nosotros nos alegan, y yo le digo “pero no me alegue a mí, yo vengo recién llegando”, y “pero si ustedes están aquí, ustedes no hacen nada”, y uno tiene que andarse escondiendo, porque hasta muchas veces han agredido, porque uno lo entiende, que lleven 12 horas o 14 horas esperando afuera por una atención, entonces uno entiende a la gente. [00:16:30]
35. P3: Ahora, yo creo que esto de reclamar, se promueve que la gente reclame, por todos. No sólo en la parte médica, si no que si a usted le venden esto así, reclame, reclame y todo eso. Entonces, que significa eso. Muchísima más presión que no modifica la forma en la que nosotros podemos trabajar, o sea que alguien reclame no significa que... o sea, no porque la gente se hospitalice significa que a alguien se le ocurrió sin ningún fundamento, esa gente que está, necesita la atención, necesita la hospitalización, se ocupa un lugar que no corresponde, porque no debería estar hospitalizado ahí, y eso significa que el paciente que debiera llegar a esa camilla, se retrasa su atención también. Esto es una mezcla de cosas, no podemos separar unas de otras. Ahora, eso de reclamar es algo que a algunos se los enrostran a cada rato, creo que es una mala técnica. [00:17:22]
36. E: Quizás uno puede pensar que hay mucho reclamo adentro del equipo, o sea, que es lo que es para ustedes el trabajo en equipo al interior de cada uno de los equipos en los que ustedes trabajan. Porque debe haber esto que se reclama... y quizás, pensaba en la

complejidad, si ustedes están retratando un Hospital que está estresado, es una sociedad que está estresada... me imagino que es lo que pasa al interior de los equipos, y qué es lo que hacen ustedes, digamos, para poder sortear ese estrés. Qué es lo que hacen ustedes individualmente y que es lo que hace el Hospital (risas), las autoridades, si es que se hace algo o cómo manejan eso. [00:18:14]

37. P2: Yo creo que aunque se trabaje en equipo, la capacidad del Hospital no da porque, usted sabe que acá en esta Posta por lo menos, llega de todas partes. No se rechaza a ningún paciente, y casi toda, la mayoría, yo se lo digo por experiencia, va al San José y “ah no, me voy a la Posta Central porque ahí atienden más”. Entonces sobrecargan a nosotros el trabajo que correspondería a otro Hospital que les corresponde a ellos por área. Y aunque el equipo de salud quiera hacer algo, donde los va a poner si no tienen más camas. Si tenemos 10 camas y si tenemos 5 que tenemos que hospitalizar, no voy a echar a uno grave que está para poner a otro, o sea, o sea no voy a desvestir a un santo para vestir a otro. Pero, o sea, no podemos, aunque queramos trabajar en equipo no podemos, porque que el médico se apure en hacer la receta, que el médico lo vea, que el médico traslade, y ¿Si no hay cama? Que va a hacer la enfermera y nosotros como paramédicos, seguirlos atendiendo. Entonces, eso es lo que la gente no hace, y eso es lo que el gobierno tiene la culpa de esto, si es así desgraciadamente, porque en las clínicas privadas no pasa eso, porque hay camas... [00:19:15]

38. Varios: Pasa, pasa... es el sistema... [00:19:20]

39. P4: Ahí hay un error, bueno, para aclararlo solamente, lo de las áreas. Si en Urgencia no hay áreas, si ya no existen las áreas. Si eso del San José, antes lo que se hacía y se comentaba mucho era “oye, tú eres del áreas norte, tienes que irte al San José”, eso ya no se hace y no se debe hacer porque no corresponde y por ley no es así. Así que el reclamo de que se está atendiendo a otra gente... yo he trabajado en el San José y en el San José ha llegado gente del área poniente y también del área centro y ellos también reclaman. Y en Barros Luco también reclaman, porque les llegan pacientes de otros lados y se mezclan y algunas veces por comentarios la gente dice “si, en la Posta Central atienden más, otra gente dice “no, la Posta Central es pésima, esperas 6 horas”. Hay comentarios para todo el mundo. Ahora, lo que yo decía sobre los déficit crónicos, ese es un problema de planta, pero a la pregunta que hacías tú, sobre el trabajo de equipo, yo creo que el Hospital no trabaja en equipo, en el sentido, quizás Quemados, que es como un servicio nuevo, que se rehízo a si mismo hace poco tiempo y es un servicio cerrado, quizás podría obtener la experiencia de un trabajo en equipo, en sí mismo, pero por los menos en las áreas que yo he

estado, servicio de cirugía y servicio de urgencia, no se trabaja en equipo, se trabaja por roles y es jerárquico. Roles y jerárquico, así de simple. [00:20:47]

40. E: Y ¿Qué significa eso? [00:20:48]

41. P4: Que cada uno se hace su pega. Tu eres paramédico, entonces haces tú pega de paramédico, tu eres enfermera, entonces haces tú pega de enfermera, y si yo soy médico y cuando hago la pega del enfermero cuando puedo y te lo hago saber. [00:21:02]

42. E: Y ¿Quién define de quién es cada pega? [00:21:05]

43. P4: No, eso está definido por la institución [00:21:07]

44. P1: Y que cada uno en el fondo, yo creo que quizás hay como una situación de estrés como institucional, que pasa no sé, por cobertura de camas, capacidad de tener a la gente que uno tiene que tener, y también hay como un micro que se vive turno a turno, yo con mis paramédicos por ejemplo, lo que decía la señora, yo creo que es súper cierto, porque haciendo un mea culpa, yo creo de cada estamento, pucha yo alego de repente “el doc deja una pila de cuestiones y soy una y tengo cuatro pacientes, haber ordenemos y no puedo dividirme, lamentablemente no tengo la magia para dividirme, y que es lo más importante, un ventilador y esto y esto otro y listo”. Yo hacia el médico. Ahora, yo devuelta hacia el auxiliar paramédico, tampoco puedo. Pero si hay situaciones como de colaboración, que hacía la diferencia el doctor, que quizás podrían, no sé si amenizar es la palabra, pero por ejemplo también producen mucha diferencia o anticuerpos, el hecho de decir, justo voy pasando yo, que soy enfermera y el paciente dice “pato, pato, por favor”, y yo paso y una, me hago la loca, de cuajo, o la otra, miro para atrás y digo “el pato” y justo ella va a poner un medicamento o algo que tiene que ver con su labor... yo en lo personal, y no sé todos en general, yo no tengo problemas en poner un pato o sacar una chata o pasar un paracetamol, etcétera, etcétera. No sé si se da generalmente, pero yo creo que eso podría quizás aliviar entre comillas ese sentir de “pucha, va pasando y no lo hace”. Ahora también, si uno lo ve, que yo menos lo he visto, muy pocas veces, también pasa que en el box está el doctor y “quiero orinar” y “oye, quiere orinar”, y está el pato al lado, entonces también de vuelta uno dice “Aaah.. o sea...” del paramédico al doctor. Entonces, yo creo que esas cosas van causando como un cierto roce, que es de a poquito en realidad, que esas condiciones mínimas, ahora claro, nadie se puede meter en la cabeza del otro, eso que siempre se nos dice a nosotras que “no se les va a caer la toca porque esté ahí con el vómito del paciente” cuando te tocó nomás. Ahora, mis condiciones de trabajo son un poco distintas porque yo entro al box y me tengo que vestir con pecheras, guantes, y es ilógico que yo vaya y después busque a alguien onda a fuera para ponerle el pato y después yo salirme, o sea

estoy gastando recursos, tiempo, etcétera. o lo mismo un paracetamol. Pero eso yo creo que va inconscientemente, no sé cómo decirlo, pero en la cabeza de cada persona que cumple cada rol, sin dejar de lado tu rol, por supuesto. Ahora de vuelta, si yo estoy súper ocupada, yo creo que no tengo ningún problema en decirle a mi paramédico “le puedes poner un ketoprofeno endovenoso”, que es algo mío, pero si yo estoy ultra atareada o estoy colocando un tuvo con el doctor, o sea, son cosas delegables, y de vuelta también, si ella en algún momento me vio con la misma predisposición, creo que no lo va a hacer de mala manera. Pero siempre, como dice ella, siempre es como “colaboraciones devuelta de mano”, que hacen un poco más liviano el diario, que yo creo que es eso lo que nos afecta como equipo, como núcleo que todos los días llegamos a las mismas colegas, los mismos paramédicos, los médicos, los médicos son un poquito aparte porque ellos cumplen otra forma de turno. Nosotros somos más nucleares en ese sentido, que quizás podría aliviar esta sensación y yo creo que de ahí, partiendo de esa sensación, es que se parte un estrés y el decir “tengo 10 pacientes cuando me deberán de tocar 3, pero porque...”. O las mismas licencias, son las mismas personas, después vuelven y entonces es un acto repetitivo que va causando un daño de a poquito, que se acumula. Ahora, más macro, no tengo las herramientas como para especificar, creo que es la realidad, creo que nacional, lo de las camas, la capacidad. Entonces creo que eso se escapa, yo creo, a la mirada más de casa, por así decirlo [00:25:10]

45. E: Pero quizás... [00:25:11]

46. P2: Yo creo que eso parte de cuna, disculpe, porque han llegado gente nuevita, así como ella, y ella viene “yo soy enfermera y soy enfermera”. O sea, llegan con la mentalidad tan clara con el rol que cumplen, que ella... yo creo que de la universidad parte la mala cuna, o viene de casa o viene no sé de a donde vendrá, pero yo he visto que allá nosotros al médico le decimos “diostor”, porque no le podemos decir doctor, porque ellos son diostor. Entonces, ellos vienen de la... no sé, porque yo veo niñas que, como ella, nuevitas que vienen con otra... sobretodo en la parte salud pública, o sea ellas se imaginan otra cosas, no se imaginan como es en realidad y cuando ven, cuando ya están en la “papa misma” viene a decir “oh, necesito de la paramédico, necesito de la auxiliar, necesito de la otra colega”. Somos poco solidarios entre nosotras mismas, y eso yo se lo digo porque yo lo vivo a diario. “O sea yo no hago eso porque no me corresponde y te corresponde a ti” o “no, yo no lo hago porque ella no me ayudo en el momento”, “no, no lo hago porque no me ayuda a mí”. [00:26:34]

47. E: Entonces, o sea, ustedes podrían decir que hay un tema complejo, en términos de que si hay alguna actividad en donde se requiere de trabajo en equipo es en la atención y cuidado de pacientes. Sin embargo, parece ser que eso en la práctica es tremendamente difícil de implementar. [00:26:54]
48. P3: Yo no lo siento así, yo no lo veo. [00:26:56]
49. P6: Es que disculpa, yo tengo una realidad absolutamente distinta a la que se ha planteado, sobre todo a la realidad que ha planteado, disculpa, ¿Cuál es tu nombre?[00:27:04]
50. P2: Pamela.[00:27:4]
51. P6: Sobre todo a la realidad que dio Pamela arriba. O sea, el servicio en el que yo trabajo es un servicio chiquitito. [00:27:08]
52. E: ¿Qué servicio es? [00:27:59]
53. P6: Cirugía de mujeres. Y teóricamente es ideal, en el sentido de que somos un servicio que tiene capacidad para 28 personas, 28 pacientes, somos 2 enfermeras y son 5 técnicos paramédicos, que es lo que debiera ser, o sea, cada paramédico tiene 8 pacientes, se fijan, y eso es lo que debiera trabajar, que dista mucho de la realidad que tiene arriba Pamela con cada paramédico con 15 pacientes. Ahora, además por ser un servicio chiquitito, tampoco metemos tanta bulla, en el sentido de como mencionaba antes el doctor. Por ejemplo, falta un paramédico o un enfermero o lo que falte en urgencia, médicos no sé porque no me llevo a enterar, pero paramédicos, auxiliares o enfermeras, en el servicio de urgencia por ejemplo, se saca de cualquier parte para cubrir eso. En los servicios más chiquititos, excepto los servicios más críticos que cubren también entre ustedes, nosotros cubrimos para todos lados y además el de nosotros, a excepción de medicina que las chicas de medicina también pelan el ajo entre ellos, te fijan. Pero en general el servicio de nosotros es como chico, tiene buena dotación y trabajamos, creo yo, bastante bien, te fijan. O sea, en este momento el Jefe de Enfermería que tenemos también se mueve ene, no sentimos esa cosa de que falte gente en el servicio que no podamos trabajar en eso. Vivimos si situaciones de estrés, es algo habitual, pero no son sostenidas en el tiempo ni algo que te estrese, te canse y que ya llegue con una predisposición negativa al trabajo como les pasa a ellas, así como “quién irá a faltar hoy día”, que además se ve que tampoco hay ninguna sanción o castigo, porque como ella dice, siempre es la misma gente, te fijan. Ahora, puede que sea por una cuestión de mal práctica, costumbre, o en fin, no es un tema a analizar ahora. Pero básicamente también, va en el equipo nuestro, de enfermería, que siento yo que en ese sentido la enfermera es como la que hace de nexos y de cabeza, somos como las dueñas de casa, porque estamos todo el día ahí. Si bien, jerárquicamente nosotros, por supuesto que derivamos nuestra atención de

las indicaciones médicas, el médico está ahí puntualmente en un horario y para lo que nosotros después llamemos. Pero es la enfermera la que tiene que coordinar todo el resto del equipo, con las chiquillas de kine, con las nutricionistas, los interconsultorios, te fijas, y creo yo que es básicamente un problema de comunicación. Por ejemplo, generalmente uno, generalmente yo hablo de mi turno, porque yo no hago turnos extras en otros servicios, pero el turno al que yo tengo, yo tengo un turno bastante bueno y es un turno complementario, somos todas en general viejas, o sea la que menos tiene debe tener 6 años en el turno, te fijas, entonces, no es una cosa de que yo las tenga que enrostrarles a las chiquillas que “yo soy la enfermera y tú tienes que hacerles esto porque yo lo digo”. No es esa la forma de trabajar en el turno. [00:30:00]

54. E: ¿Tú trabajas siempre con la misma gente? [00:30:02]
55. P6: Sí, con la misma gente, son dos auxiliares y 5 paramédicos, y trabajamos en general bastante bien, te fijas. Pero es porque es una cuestión que además que uno ya se conoce, que no es lo que pasa en los otros servicios o incluso en los otros turnos, que hay mucha rotativa de gente. Pero también se ha visto en el último tiempo lo que decía Pamela, este cambió que no sé si será generacional, yo creo que a todo nivel, tanto a nivel de paramédico, como de enfermeras, como de médicos, que así como que “esto no me corresponde” o “no eso yo no lo tengo que hacer” [00:30:40]
56. P2: Nosotras tenemos con nuestros pares también, porque desde la ENAR... las de la ENAR son de un nivel superior, o sea, ellas van a PAL con ustedes y a nosotras nos ven como, no sé, “ellas no hacen eso porque ellas son de nivel técnico superior”. Yo no sé de dónde sacó eso la ENAR porque al final va a hacer lo mismo que nosotros. Pero ya llegan como esa mentalidad de que no sé, ellas viene a hacer la parte mmm... [00:31:04]
57. P3: Yo creo que es muy probable, perdón, que si sea un problema generacional y no solo en el Hospital, sino que transversal, porque la gente que llega ahora es joven que ha tenido que pagar muy caro por su educación, no tiene la misma disposición ni la misma entrega que existía antes. Definitivamente, no es así. Ahora, a pesar de todos los problemas... [00:31:24]
58. E: Perdón, para entender, eso significa que la gente ahora está más adscrita a su rol, así tiene menos posibilidades de... ¿menos generoso? [00:31:34]
59. P3: Menos generoso. [00:31:35]
60. E: O sea hay menos capacidad de pensar colaborativamente en el trabajo. [00:31:39]
61. P3: Menos capacidad de pensar colaborativamente, desafortunadamente. Ahora, yo lo veo la parte médica y lo veo en el resto también, porque me llega toda la información. Ahora, a

pesar de todo eso, nuestro trabajo con el paciente es en equipo, nos guste o no. Resulte bien o mal, es así, porque todos estamos involucrados en la atención de un mismo paciente y en el manejo del Hospital, o sea no hay forma de separarlo, ni por mucho que nos odiamos, nos retemos y nos malinterpretamos, eso de todas maneras tiene que fluir de esa forma. Ahora, si idealmente nosotros mejoráramos nuestra comunicación fundamentalmente, y el respeto por el otro, mejoraríamos también nuestra relación entre las personas del equipo, y harías sentir, disminuir el estrés por decirlo así, porque el estrés es inherente a la labor que nosotros desempeñamos, por ahí siento que podría ser. [00:32:30]

62. P5: Yo podría contar porque soy, estoy a cargo de los kinesiólogos, soy kinesióloga, y en el servicio en que yo trabajo, en el Andrea, y yo ratifico lo que ella dice porque realmente es agradable, uno va, tiene predisposición, marcha bien. Pero, como todo tiene que tener un pero, nosotros somos tan pocos que no cubrimos lo que realmente deberíamos cubrir. Aquí está la enfermera de Quemados, Quemados no se ve los fines de semana ni los sábados ni domingos ni festivos, siendo una unidad intensiva, porque no hay personal para ellos, ni tampoco se atiende el resto del Hospital sábados, domingos y festivos, los kine, efectuando UTI e intermedio. Me explico, esto está así desde hace un tiempo, un par de años, no me acuerdo cuantos ya. Actualmente, esto está cubierto por la campaña de invierno que nos llegó del cielo, pero las chiquillas se van. O sea, es un ratito y después nosotros quedamos tal cual. Nosotros además hacemos policlínico, y en este momento UTI e intermedio está a cargo de la UPC, y ahí sí que hay kinesiólogos, pero que no cubren, y ahí es en lo que yo hago hincapié y lo he pedido hartito, no hay contratación para los pacientes UTI Quemados, por ejemplo, o intermedios, que para mi manera de ver las cosas se debería distribuir el trabajo, para brindar las atenciones. Como hay casos en cirugía y en medicina, en que se necesitan y no las hay. Ahora, por ejemplo, campaña de invierno está cubriendo Urgencia que llegan primer piso, emergencia, urgencia, pero bueno, ha sido necesario y ha cubierto el resto, pero esto se termina porque justamente es campaña de invierno que yo creo que se termina el 31 de Agosto, si es que no se prorroga... [00:34:42]

63. P3: Exactamente. [00:34:43]

64. E: Y como es la relación de un servicio como el tuyo que brinda... como es la relación con las unidades que abordan, digamos, como los acogen, como es el trabajo. [00:34:58]

65. P5: Bien, yo no tengo ningún problema. La verdad es que yo en ese sentido soy muy positiva, yo soy de la antigua... [00:35:03]

66. E: Y como se incorporan a los equipos, porque igual ustedes trabajan pero son parte de... [00:35:10]

67. P5: Trabajamos, tenemos distribuidos distintos servicios, se da una atención desde las 8 hasta las 6 de la tarde, se trata de distribuir lo mejor que se pueda, se dan las atenciones que se pueden dar...[00:35:26]
68. E: Porque hay esta idea de lo que ha ido apareciendo como que cada uno cumple un trabajo en función del rol, y ese rol viene definido por la profesión, por la historia... [00:35:36]
69. P5: No, pero en este caso yo no creo que nos quite, por lo menos en este caso yo puedo hablar por lo míos...no sé que dice el resto porque yo lo veo así, que uno va y atiende, no creo que sea diferente. [00:35:48]
70. P2: Lo que pasa es que nosotros también trabajamos en equipo, porque nosotros también tenemos que hacer de kine, y somos paramédicos, por ejemplo ellos no están y a nosotros nos enseñan, y nos dicen “han esto y hagan esto otro con este paciente”. [00:36:05]
71. P4: Ahí hay un terrible error, si el trabajo en equipo no significa hacerle la pega al otro...[00:36:08]
72. P2: Los fines de semana... [00:36:10]
73. P4: Pero ese concepto de trabajar en equipo no significa que si es que no hay, yo lo voy a hacer, ó me enseñaron “porque falta”. Eso no es trabajar en equipo. De hecho, yo he hecho la salvedad de que acá hay muy pocas instancias del Hospital y de los servicios en que se trabaja en equipo, yo creo que los pacientes críticos, que requieren más trabajo en equipo, es donde más se visualiza eso. O en la urgencia de los recuperados, en los pacientes que requieren, ahí se debe y acá funciona bien, o ahí hay trabajo en equipo, aun que cada uno funciona como reloj “tac tac”, o sea, cada uno sabe su rol, sus tiempos y bla bla bla. [00:36:49]
74. E: Y eso ¿Por qué se ha producido? [00:36:51]
75. P4: Lo que es que es un poco unidireccional, el paciente lo demanda, demanda ese tipo de atención, de que no puede ser “ya pase el médico, ahora pase la enfermera y blablabla” no, todo tiene que ser simultáneo. [00:37:09]
76. E: Ósea que ¿Es muy demandante el trabajo? [00:37:12]
77. P4: Muy demandante y por el tiempo que requiere, que por eso requiere, eso se debe trabajar en equipo, todos están muy sincronizados, todos están en sus roles, todos hacen su trabajo como corresponde. Lo otro es un trabajo de roles. Otro ejemplo, con la Andrea funcionamos relativamente bien, yo estoy en la misma área de la Andrea, en Cirugía mujeres. Por ejemplo, no hay ningún día que pasen visitas, enfermería y los médicos al mismo tiempo. Pasa visita, una visita general, nosotros los médicos pasamos la visita general los miércoles o los jueves a una visita general a todos los servicios, los enfermeros



- se entregan todos los días turnos y no hay ninguna instancia en que estemos los dos, enfermería y los médicos, viendo los pacientes. [00:38:02]
78. E: Y menos los profesionales que son transversales... [00:38:06]
79. P4: Exactamente. [00:38:08]
80. P1: Pero Usted Dice pasar visita como por paciente, o reunión clínica de semana [00:38:11]
81. P4: Mira, que la visita sea diaria es difícil, por la infraestructura, por el tipo de paciente que tenemos y por la carga de trabajo. Pero por ejemplo, una visita semanal que significa evaluar los pacientes que no es evaluar un paciente operado de apendicitis, si no que evaluar pacientes complejos del punto de vista médico y del punto de vista de enfermería, pacientes que están múltiples e invadidos, que requiere una misión, o sea, que nosotros nos enteremos no sé, que la paciente tiene la herida así o asá y que la enfermera nos diga “doctor, que la paciente hace tres días que no le evalúa nadie la herida y esta fea”... esas cosas no pueden pasar. Y ahí yo me refiero de que eso sería trabajar en equipo. [00:38:57]
82. E: O sea que no hay instancias en donde se encuentren los distintos estamentos para poder analizar y poder mirar el trabajo crítico... [00:39:07]
83. P4: Y ahí yo creo que es gestión del líder, gestión de jefaturas. [00:39:09]
84. E: Y ¿A qué te refieres con eso? [00:39:11]
85. P4: Que eso son instancias que son posibles, que no requieren infraestructura. [00:39:15]
86. E: Y eso, ¿Por qué crees tú que no se hace? [00:39:17]
87. P4: Voluntad, voluntad de que quizás los jefes pueden tener la idea. El problema es que quizás sus pares no lo acompañan. Si al final aquí si nosotros no empatizamos, no empatizamos con el trabajo entre colegas y menos voy a simpatizar con el trabajo del otro. [00:39:33]
88. E: Claro, porque uno podría decir que aquí, desde esa línea, se está perdiendo mucho capital de trabajo, desde el punto de vista de conocimientos, sobre lo que está ocurriendo en las distintas instancias de trabajo desde los paramédicos, pasando por los enfermeros, los médicos y los profesionales, que también, digamos los kinesiólogos y no sé que otros profesionales trabajan en el Hospital. [00:40:00]
89. Varios: tecnólogos, nutricionistas... [00:40:03]
90. E: Que también están en contacto con los pacientes. [00:40:05]
91. P3: Perdón, pero yo tengo clarísimos ejemplos de lugares y con personas específicas en que sí funciona ese tipo de trabajo en equipo. Al menos dos enfermeras del sexto, que son más antiguas en realidad, tienen ese concepto de tener que estar en la sala, en el mismo momento en el que está pasando visita médico, y que el médico entra a la sala, y se queda

ahí, junto con la enfermera. Entonces, fluye mucho mejor la comunicación, los problemas se arreglan más rápido y todos nos informamos de lo que está pasando. Ahora, eso también es una forma de trabajar. [00:40:48]

92. P6: Eso es comunicación en el fondo. [00:40:51]

93. P1: Lo que pasa es que yo vuelvo a mi teoría, como que hay muchas cosas como muy micro, por ejemplo en mi caso, yo tengo estos pacientes a veces estoy, tengo a dos residentes dentro de la UCI, y por la distribución de pacientes, o estoy solo con un residente o estoy con los dos. Entonces qué pasa, yo particularmente tengo que por ejemplo, ya, yo hoy recibí turno y etcétera ,etcétera, “mira, el 8 está con el fiebre, el 9 con esto y lo otro, te tinca que esto y lo otro... ordenémonos así como una primera mirada general, cosas puntuales, rápidas...” o justo hoy día, volviendo a los ejemplos, a mí mi colega me entregó “sabes que justo al cambio de hora en la mañana se salió el catéter, queda pendiente” e iba a pabellón el paciente. Fui al Doc, “doc, sabes que va a segunda hora de pabellón son catéter, estoy con una periférica y ya hace media hora se le había suspendido drogas. Entonces, sabía que tenía que hacerlo prontamente para que alcanzara rayos, antes de venirme a la reunión. Yo creo que ese es un estrés de la enfermera, que también nos caracteriza, que yo me vine e hice todo antes de venirme. Llegué como 10:10, y dije, ya me van a tener que entender, pero en el fondo también pasa de decirle “doc, pasa esto o lo otro”, y justo por un catéter, “mira, sabes que lleva quince días el catéter, está enrojecido”. O sea, es como ver lo hacen en el fondo, yo no voy a ir y cambiar el catéter pero si en el fondo te enoja porque... [00:42:30]

94. P6: Además, el que todos sepan entre comillas “el cómo trabajar”, disminuye el estrés, que es lo mismo, o sea yo, igual tenemos 3 salas cada una, y no paso visita o no estoy todo el rato que pasa, porque además los médicos se demoran por paciente, o sea tampoco voy a estar plantada ahí como gomerero, te fijas, o sea no. Pero después, sales tú y empiezan a dejarme esto, esto y esto... Y lo otro es que también los médicos por ejemplo dejan indicaciones o dejan exámenes y sabes que te divisan, porque de repente tú pasaste o ya preguntaste que se yo y te dicen “no”, y después viene un becado, o viene otro médico que no estaba ahí, nosotros trabajamos con los del equipo, los del staff y además los del turno, entonces son médicos entre comillas “distintos”, que hacen trabajos distintos, entonces si no te avisan “va a salir más tarde el examen”... te fijas, entonces , es colaboración entre los dos, que pasa por la comunicación, o sea yo creo que es eso., ese es el punto clave. [00:43:25]

95. P4: Lo primero es empático, yo creo que es súper importante, a los ejemplos que decían antes, de que en la urgencia, o falta una enfermera o faltan dos paramédicos, uno tiene que empatizar con el que queda, es decir, chuta, no voy a empezar a exigirle o a apretarle el trabajo que debería hacer si es que estuviera toda la gente que corresponde. [00:43:53]
96. E: Entonces uno podría decir que la empatía es una habilidad de liderazgo, si funciona adecuadamente el trabajo en equipo. Que otras habilidades más sienten ustedes que son importantes, o serían importantes, para que el trabajo en equipo pudiera operar más adecuadamente. [00:44:13]
97. P1: Yo creo que falta hartito él como refuerzo positivo ante las buenas situaciones. Yo siento que eso lo agradece el personal, yo soy de la nueva escuela, tengo como la crianza a lo largo de todas mis prácticas, este es mi primer trabajo para mí, y soy como súper patuda de plantarme en la UCI etcétera, etcétera. Pero siempre, desde siempre, no sé, el dar las gracias, el pedir por favor, en un momento en que estamos todos estresados cada uno cumple su rol, creo que primero que todo es súper importante que cada uno tenga claro cuál es su rol, no por eso en los momentos, me refiero que esa es tu pega, no por eso no vas a ser flexible en los momentos de los que hubo. No sé, por ejemplo nos tocó entubar a una señora de un minuto a otro, “chiquillos el carro de paro”, o sea no tengo para que gritar, si no “carro de paro” y todo el mundo va a saber que el carro de paro no es como para ir a ver tele al box, o sea estamos conscientes que todos se empiezan a hacer cargo, que vas a querer, por otro lado están armando vía aérea etcétera, etcétera, cada uno se maneja bien, como dice el doctor, en momentos agudos, de estrés. Posterior a eso, si forman un buen procedimiento, creo que de todos lados, darse las gracias falta mucho en la actividad cotidiana y en situaciones más estresantes. O sea que el doctor de cabeza diga “chiquillos gracias, fue un buen procedimiento” o “fue difícil, pero anduvimos, etcétera”, pero en definitiva lo que queremos lograr es pro-paciente, de todos los puntos de vista, independiente de los difícil que sea, pero a veces se olvida, porque el Doctor “ya, listo”, se fue. Yo me quedo, yo siento que entre comillas, como dice la colega, somos las dueñas de casa y siempre estamos en la mitad del sándwich, un poco “doctor esto lo otro...”. Pero también estamos como “doctor, mira pasó esto”...”ah ya, gracias”, de vuelta. Pero yo creo que finalmente, falta eso cotidiano de decir gracias, o por fa esto. Yo creo que volvemos a lo mismo que decía Pamela, que eso como lo otro ayuda a crear un cierto roce, quizás esto otro vendría a hacer como un bálsamo a la situación, de que estamos todos chascones y enojados, y finalizar de buena manera, yo siento que eso falta como para todos lados en realidad, del doctor para abajo. [00:46:44]

98. P3: Perdón, es que yo siento que es una cosa de buena educación, que estamos mal en esta época, porque no solo es aquí, es cuando uno va al banco, cuando uno camina por la calle, cuando uno sube las escaleras, el respeto ha estado , como digamos, dejado un poquito de lado. Ahora, cuando en la época en que yo entré a hacer el internado, hace muchos años ya, uno que venía con la parte de conocimiento fresco, pero cuando entra a una urgencia ve pacientes que nunca había visto en ningún libro. Ahora, que nos decían a nosotros, ustedes consideran al resto del personal, si le señala alguna cosa, considérenla, claro, porque ha visto tanto, que lo más probable es que se tenga mejora, approach, del que pudiera tener uno con la pura parte teórica fresca. Y eso pasa por el respeto evidentemente, y eso no es una cosa que parta cuando uno es interna, tiene que terminar, cuando uno termina jubilado de buena manera como todo el mundo, sabiendo que sin colaboración, sin trabajo en equipo, no llegamos a ninguna parte. [00:47:50]
99. P2: Doctora, yo ahí discrepo un poco con usted porque yo he tenido experiencias muy malas, porque yo llevo 15 años trabajando acá y yo a veces me he acercado al doctor y le he dicho “doctor, no estará haciendo una detención de líquido supóngase, porqué no le pone sonda nasogástrica para hacer un vaciamiento, o sea para botarle por un drenaje, la sonda hacia adentro”...”yo soy el doctor”, “disculpe doctor, era una sugerencia”. [00:48:33]
100. P4: Yo creo que eso siempre ha existido. [00:48:35]
101. P2: Que pena por el paciente, que pena. Era una sugerencia, humildemente era una sugerencia, entonces uno no lo hace, yo ahora no lo hago, porque desgraciadamente el doctor que me dijo eso, como se dice me puso bien que yo era la paramédico. Yo creo que va en la solidaridad de nosotras mismas, como colegas, como personas, como seres humanos. [00:49:00]
102. E: Tu sientes que ahí se pierde un aspecto del conocimiento y de la colaboración del punto de vista del... [00:49:05]
103. P2: Claro, porque yo, y otro médico al revés, otro médico me dijo, pasó lo mismo con una paciente, también estaba haciendo retención de líquido y le dije “doctor...”, como yo tenía más confianza con él, “le colocó la sondita...”, “ya”. Pasaron visita, y el médico, el que le hace la visita a los médicos lo felicitó, “te felicito por haberle puesto la sonda, porque le ayuda...”. Entonces eso es rico, sensaciones buenas que uno vive y va aprendiendo en el hecho, porque a eso, piensa uno que lo está ayudando, no que lo está queriendo pasar a llevar como médico, ni yo como paramédico, sino que... y ahora trabajamos súper bien, me dice “por favor esto ...” y yo al tiro, yo feliz, parto al tiro, pero en cambio... la forma de pedir las cosas también tiene mucho que ver, porque yo sé mi trabajo y no es necesario que

me “por favor, se lo suplico”, no. O sea muchas veces “Pamelita, un suerito”, “ya doctorcito”, y al tiro, yo feliz, o sea porque se trabaja ameno. Entonces, en cambio si te dice “oye, pónale el suero”, así, o sea... [00:50:21]

104. P4: Antes quizás, pero lo de diostor es antiguo, era más jerárquico, antes era mucho más jerárquico, cuando de hecho ahora, la tendencia es más a la transversalidad. Pero lo que decían de liderar, quizás de refuerzo positivo. Hay cosas que son del tu a tu, individuales, con respecto a esto de buenas costumbres, vienen de crianza, de casa, el ser agradecido, pedir la cosas por favor, etcétera. Y lo otro son los refuerzos positivos que se tienen que planificar de forma institucional, en el sentido de medir resultados, que pueden ser para bien o para mal, pero hablemos de los que son para bien, en el sentido de hacer reuniones semestrales o trimestrales con las áreas que corresponden y decir “sabes que atendimos tantos pacientes, mejoramos la productividad en tantos niveles, o en tantos niveles hemos bajado, así que hay que ponerle punch, en esto bla bla.”. Eso no se hace, o por lo menos si se hace, no se permea hacia bajo, los otros estamentos, yo creo que tú tienes conocimientos, y son cosas que se pueden hacer y que mejorarían, porque además uno en el Hospital tiene que hacer conocimiento de causa, o sea quizás muchos creen que están haciendo el trabajo espectacular y no, están haciendo el trabajo como las “wifas”. [00:52:00]
105. E: Y en situaciones críticas donde ha habido problemas, donde hay dificultades en los equipos, como lo hacen ustedes para hablar de esas situaciones, como lo hacen los equipos a los que ustedes pertenecen para poder hablar de las dificultades, digamos, de los problemas que tienen entre ustedes, cuando las cosas no se hacen correctamente. ¿Qué se hace en esa instancia? [00:52:30]
106. P6: En el caso nuestro, es más bien informal entre comillas. Nosotras entre colegas tenemos buena comunicación, o sea bueno, cualquier cosa que pase dentro del turno, la chiquillas “jefa”, y reunión, entonces nos juntamos, lo conversamos, no te digo que sea semanalmente ni una vez al mes, pero tratamos de que sea frecuente o cuando se requiera, y la comunicación entre comillas de las colegas también es buena, cualquier cosa con la puerta cerrada y te puedo decir lo se me ocurra decirte, y salimos y el trabajo es otro. Y además, la cabeza en este caso, también es receptiva, que siento que también es otra característica que tu decías del liderazgo, aparte de la comunicación, el escucha, porque si tu sabes que vas a tener una buena acogida o que por último te van a acoger, una duda o lo que tú quieras comunicar, te van a recibir, vas a ser escuchado y no “a no, es que voy a una reunión”, te fijas. Y que sea también, porque de repente hay cosas que yo como líder te las puedo decir a puertas cerradas contigo, y no tiene porque enterarse el resto, es cosa de los griteríos

- entremedio de los pasillos, no sirven, no sirven porque solamente crean resistencia en el resto. [00:53:42]
107. P2: Nosotros con los paramédicos pedimos reunión a la jefa que lo hace, para solucionar entre el turno en sí, nuestras discrepancias, nuestras cosas que lo hiciste mal, o limar asperezas entre nosotras mismas, y nunca lo hacen. Porque aquí son pocas, en el caso nuestro, las jefaturas que se la luchan por sus paramédicos, en mi piso, yo hablo por mi piso, yo tengo la experiencia de que nuestra, y no es por pelar, pero nosotros tenemos ese problema. Pedimos una reunión mensual, nunca se nos hace. Tuvimos que llegar a la jefatura y pedir una reunión mensual para solucionar los problemas que nosotros tenemos con las enfermeras, porque las enfermeras de nosotros no es capaz, o no quiere asimilar, o no está ni ahí no sé, de solucionar los problemas como turno, o sea en la casa se lava la ropa sucia y ahí queda, no salir así y asá para afuera. Pero desgraciadamente nosotros tuvimos que hacerlo, nosotras tuvimos que llegar a nuestra jefa supervisora y decirle “nosotras necesitamos una reunión con las enfermeras de nuestro turno”. Desgraciadamente es así. No se trata de que nosotras les tengamos mala y nada, pero si ellas no nos dan soluciones, nosotras tenemos que buscar otra parte. [00:55:08]
108. E: Y, ¿Ella lo considera? [00:55:11]
109. P2: Sí, el miércoles vamos a tener una reunión con ella. [00:55:15]
110. P3: Yo tenía la sensación en medicina de que habían frecuentemente reuniones entre el turno y sus enfermeras. No, no es así. [00:55:22]
111. P2: Lo que pasa es que en otros turnos hay, pero en el turno de nosotros no. [00:55:25]
112. P1: Yo creo que pasa que hay cosas, haciendo un mea culpa de enfermería, que por ejemplo ahora estábamos hablando del paro, y claro, las chiquillas se adhieren y uno se queda en el turno con los poquitos que están tratando de hacer cosas. Hay problemas con el área médica, nosotras yo también siento que sentimos una carga como pucha, de decir, pucha estamos a mitad de todas las situaciones, si bien a uno le inculcan a lo largo de toda la carrera que tienes una visión clínica con el paciente, tienes una visión administrativa entre paciente o administrativa con el personal, tú personal, médico, muchas veces una labor incluso educativa con las niñas, con las internas, etétera. Entonces son varios roles que uno cumple y también te pasa la cuenta como enfermera, pero sin descuidar que tiene que haber eso que dice Pamela, como de lavar la ropa en casa. Entonces, hay cosas como turno, que yo puedo solucionar con mi turno, pero hay cosas que se escapan y tienen que pasar a la jefatura como la supervisora. Y yo creo que mucho tiene que ver en como enfrente la cosa la supervisora de cada servicio, son todos muy distintos, forma, pacientes, etcétera. Y yo

creo que también pasa por eso, porque uno dice pucha, no puedo hacer más, o sea, avísale a la que es la jefa, y el tiempo y el conocimiento que tengan de su área también es súper influyente, el tiempo que lleven en el servicio. Yo llegué y tenía una jefa, ahora tengo otra jefa que lleva poquito, no debe llevar más de 3 meses, entonces también hay que entenderla a ella. Nosotras somos un servicio que tenemos como cinco servicios, tenemos Poli, UCI, Intermedio, Pabellón, entonces es como súper agobiante, más encima si... “sabes que tengo problemas con mi turno, haz una reunión, etcétera.”... entonces, yo creo que también es un poco, mirar ahí, ver el enfoque de cada cabeza, de los supervisores, tratar de que se abran un poco a esto. Porque, yo creo que como dice Pamela, las chiquillas sienten como lejano el contacto... [00:57:44]

113. P2: Pero usted tiene que solucionar los problemas que están a su alcance, cosas que usted puede hacer. Usted no puede solucionar el problema de las licencias de que falte gente, porque usted no es supervisora y usted no puede pedir a la dirección. Pero si otras cosas que puede solucionar usted... [00:58:20]

114. E: Bueno, les agradezco muchísimo su tiempo, su colaboración, y su honestidad para contarme un poco lo que aquí ocurre. Les agradezco realmente por todo el conocimiento que han traído acá, va a ser de mucha utilidad. [00:58:40]

## Entrevista Grupal #2

- ✓ E: Entrevistador
- ✓ P1: Técnico Medicina Hombres
- ✓ P2: Médico
- ✓ P3: Enfermero Cirugía
- ✓ P4: Cirugía - Urgencia
- ✓ P5: Técnico

1. E: La idea más que mejorar obviamente. El foco hacia dónde va dirigido el estudio, en su mediano plazo digamos, hay que partir de alguna parte. Yo he trabajado en otras investigaciones, en otros hospitales públicos trabajando con los equipos. Pero probablemente hay mucha información que aparece ahí, que es necesario entender mejor lo que está ocurriendo y cuáles son las áreas significativas que hay que abordar. Que a veces uno intenta hacer cosas que no... es bien complejo el sistema. Yo creo que a la larga, claro, poder desarrollar formas de apoyo para los equipos. Pero en este momento es más bien tener un diagnóstico. Entonces bueno, quizás partir preguntándoles es cómo viven Uds., en los lugares en los que están, en donde trabajan, esta idea del trabajo en equipo. Qué es lo que es para Uds. el trabajo en equipo y cómo sienten que se desarrolla en las unidades en las que Uds. trabajan. ¿Existe, no existe?, ¿Cómo se da? [00:01:36]
2. P1: Yo creo que se da pero es como bien individualista en ese sentido. O sea, los técnicos a los técnicos, los enfermeros a los enfermeros y los médicos a los médicos y los auxiliares a los auxiliares. Se trabaja en equipo pero en ese contexto. [00:01:50]
3. E: ¿Y qué significa eso? [00:01:51]
4. P1: Cuando uno allá en el piso. Yo trabajo en medicina. [00:01:52]
5. E: ¿Medicina general? [00:01:54]
6. P1: Medicina general. Medicina Hombres es donde trabajo yo. Y allá por ejemplo, se da eso. Se da mucho eso. Es muy poco el trabajo en equipo en general entre médico y enfermero. [00:02:06]
7. E: ¿Tú eres enfermera? [00:02:07]
8. P1: No, soy técnico. [00:02:08]
9. E: Técnico. Entre médico y enfermero y técnico... [00:02:12]



10. P1: Claro, como que existe mucho la individualidad digamos del gremio tal. Entonces, es difícil trabajar en ese sentido. Es muy, muy raro llegar a lograrlo. Yo estoy hablando amplio, en todo el contexto que eso se refiere. [00:02:31]
11. E: ¿Y cuáles crees tú son las mayores dificultades para que eso ocurra? [00:02:35]
12. P1: Es que es el marcar las diferencias, yo creo, de jefaturas. [00:02:42]
13. E: Y el marcar eso, se produce ocurre porque, en tu experiencia. [00:02:48]
14. P1: No sé en qué va. Yo ya llevo 13 años aquí y siempre ha sido igual. Claro y cuando por ejemplo hay que ponerse la camiseta ya en un grado extremo, se puede llegar a lograr, siempre y cuando se conversen las cosas. Por ejemplo, ahora en la mañana, nosotros somos cuatro trabajando para ochenta y tantos pacientes, creo que hay en el piso. Somos cuatro y tuvimos que delegar a, conversarlo entre nosotras y llegar a conversar con las enfermeras para poder, para que ellas nos ayuden con una sala que está en corte. Porque yo tengo ocho, nueve, diez pacientes. Yo sola. Más el resto de mis compañeras, entonces hoy día si se logró conversarlo y al menos nos aceptaron el trabajar en equipo. [00:03:41]
15. E: Pero eso cuesta. [00:03:42]
16. P1: Cuesta mucho. Cuesta mucho. [00:03:45]
17. E: Y a ti, ¿qué, cómo te cuesta, a ti personalmente, trabajar en equipo? [00:03:53]
18. P1: No, si yo soy bien flexible. O sea yo comprendo y entiendo las situaciones. Yo si hay que estar, estoy. Si hay que ser pulpo, hay que hacerla de alguna u otra forma. Pero hay compañeras que sí, por su carácter se ve ahí que por su carácter también hay roces, hay choques. Pero hay que tratar de armonizar un poco la cosa. [00:04:26]
19. P2: Yo creo que suena súper bien la palabra trabajo en equipo y la realidad, al menos mía y lo que veo yo en este Hospital, es que no existe el trabajo en equipo. Quizás hay ciertos grupos que son más afiatados, y con los cuales uno trabajo mejor. ¿Ya? Me gusta trabajar con tal médico, con tal técnico, con tal auxiliar, y con otra gente no nos gusta trabajar o no me gusta trabajar. Llevo once años en esta institución y hay gente con la cual he trabajado cinco años y ni siquiera nunca nos hemos saludado. Cosas así de sencillas. O cosa que uno ve, no sé, el trato que recibe el usuario no es el ideal. Tenemos casinos separados, o sea, en un lado los médicos, en otro lado el profesional no médico, en otro lado el auxiliar. Nos vestimos para marcar las diferencias, ¿ya? O sea, el liderazgo pasa por otras cosas. Hay mucho abuso de poder, hay mucho autoritarismo, hay mucha descalificación. Hay mucho maltrato hacia el paciente, hacia los funcionarios, hacia los familiares. Y en general hay un ambiente muy hostil. Puede ser quizás por las doce horas de trabajo, la sobrecarga laboral, el no sé, el mismo ambiente que llevará la gente en sus casas, los problemas familiares.

Entonces, son muchas cosas que juegan en contra de la atención del paciente. Las largas horas de espera, la falta de protocolo de atención, de criterio, de hospitalización, de competencia en cuanto a quién sabe más, quién es el mejor, quién es el más rápido, cuál es el más pillo, la descalificación continua que hay en el equipo de salud, hace que un Hospital sea un ambiente muy cruento entre nosotros mismos. Esa es la impresión que tengo del trabajo en equipo. [00:06:32]

20. E: O sea, ¿Existe poco dirías tú? [00:06:35]
21. P2: Yo diría casi nulo. [00:06:37]
22. E: Casi nulo. [00:06:39]
23. P2: Solamente hay ciertos profesionales o ciertos personajes que logran llevar un ambiente más agradable durante un turno. Poniendo música, echando la talla, echando la baila'. Cosas así. Haciendo reír a un paciente. Y que eso hace como que el ambiente sea más agradable en un turno. En otros turnos, nada. Es una cosa militar, una cosa dictatorial que una sonrisa, una radio, molesta. A mucha gente, sobre todo a la gente que está, a lo mejor jerárquicamente en una posición con más poder, porque acá el poder se traduce a manejar todo. No se toma decisiones, no se hace una encuesta de que es lo que se piensa, que es lo que cree la gente, que es lo que siente. Son órdenes que se reciben, y no importa la cantidad de trabajo que haya. Hay que hacerlo, hay que cumplir números, metas. A qué precio, no importa. [00:07:41]
24. E: ¿Y quién tiene el poder? Si tú piensas... [00:07:48]
25. P2: Las jefaturas que son puestas o impuestas, y que están ocupando cargos políticamente, amigablemente, o como sea y que están ahí. Y que como sociedad tenemos que respetar porque existen normas y protocolos y todo un régimen que hay que respetar ciertas cosas en la institución. Pública o privada. [00:08:13]
26. P3: Como dice don Ángel, disculpe... Usted dice ahí quién tiene el poder. Yo creo que tanto médicos, enfermeras. O sea es como esa visión. Por lo menos para mí. [00:08:28]
27. E: O sea, ¿el médico y la enfermera tienen el poder? [00:08:31]
28. P2: No es tan así... [00:08:32]
29. P1: Yo creo. Disculpe don Ángel, pero yo creo que sí. A lo mejor no todos, no todos, hay excepciones. Pero sí, creo que sí los hay. [00:08:43]
30. P2: Existe un organigrama, un flujograma en cuanto a funciones, de responsabilidad. Pero en el quehacer diario están médicos, están enfermeras y actualmente existe una competencia, una lucha de las subdirecciones. Este Hospital no tiene una subdirección de enfermería, que es una cosa que se gana por una norma, por una cosa de gobierno. Y este

Hospital no permite que haya un enfermero subdirector de enfermería. Por ponerte un ejemplo, el Hospital San Borja Arriarán el director del Hospital es un enfermero. Entonces, eso creo ciertos resquemores en el área médica, ¿ya? Lo mismo pasa en otros estamentos. Los auxiliares de servicio se sienten humillados por los técnicos paramédicos porque los mandar hacer el aseo, porque los mandan a bañar pacientes. Porque el bañar pacientes, el hacer el aseo es un trabajo que se mira como sucio, no es un trabajo que diga ah no, a esta persona le gusta, tiene dedicación. Si hay gente que lo hace es porque realmente tiene dedicación pero hay otra gente que lo hace por necesidad y lo hace de mala gana. Entonces por ahí va el poder, quién tiene más poder. Y entre el médico, el enfermero, quién es el que manda. [00:09:48]

31. P3: Mi realidad con respecto, bueno... [00:09:53]

32. E: ¿Tú trabajas en...? [00:09:55]

33. P3: En cirugía. Trabajo en piso, ya. [00:09:57]

34. E: ¿Eres qué...? [00:09:58]

35. P3: Soy enfermero. Llevo más de tres años en la institución, tres y medio aproximadamente. Mi realidad es distinta, ya. Si bien es cierto que la Posta Central es un lugar que es tenso por ser en sí la Posta Central, la realidad mía es distinta. yo sí trato de formar un equipo de trabajo, y el trabajo en equipo en sí. Nosotros trabajamos así, somos un turno bastante afiatado. Donde muchos conocemos, aparte de venir a trabajar acá, tenemos algunas instancias donde conversamos nuestras situaciones personales. Muchas veces. Generalmente somos, mi turno, por lo menos es de la puerta mía está abierta, nunca está cerrada. La puerta de enfermería. Nosotros vemos esto, más que nada, como una nave que tiene que llegar a su destino. Para eso somos un turno, somos dos enfermeros, seis técnicos paramédicos, dos unidades de servicio. Entonces, todos trabajamos como para sacar esta nave a flote como para llegar a nuestro destino. El bien del paciente. Y tratamos de llevarnos lo mejor posible. Yo por lo menos, mi visión, no es que ser autoritario así la forma de mandar. Justamente en un trabajo en equipo, donde yo no soy autocrático sino que más que nada democrático. Trato de tomar las decisiones juntamente con ellos. A lo mejor tendré otro tipo de visión en el sentido que soy más joven que mis otros colegas. Pero lo que se ve en la relación interpersonal de mi piso, generalmente entre los cuatro turnos, es que nos llevamos bien. No hay un sistema o, como en otras partes que es como más rudo, como que hay peleas, hay rencillas, individualidades entre compañeros donde uno no va a ser uno porque está esta tal persona, ya. En cambio, en el sentido de nosotros, no es así. O si bien es cierto, es muy localizado, son... es muy poco los casos. En parte, yo creo por el

lado de nuestra jefatura, por el lado de enfermería, que trata de mantener, porque ellos tienen a cargo a tres pisos, o sea los tres servicios dentro del mismo piso. O sea, es bastante extenso lo que tienen como jefatura. Y trata de más que nada hacer un sistema más armonioso, en que todos trabajemos, de que todos nos pongamos de acuerdo cuando vamos a salir de vacaciones, que nadie pelee. Esa es la idea. [00:12:31]

36. E: Es curioso ver las dos visiones, digamos... [00:12:34]
37. P3: Justamente, que nadie pelee... [00:12:36]
38. E: Cómo, que sean tan discrepantes. No sé qué opina el resto. [00:12:40]
39. P3: Justamente, tratar de eso. Con respecto a la parte médica, justamente que se... si me siento como dicen aquí los muchachos, está dividido. Está la enfermería, están los técnico paramédicos, el de los auxiliares y el de los médicos. En el cuarto piso se ve poco eso, como que tenemos una mayor socialización. Lo que no significa que no haya otros problemas o que haya distintos tipos de jefatura. Si es accesible de repente la parte médica como que nos cuesta llegar un poco más allá. Nos cuesta llegar un poco más allá pero tampoco es tan extremo. Como dicen los colegas. Pero en sí, yo lo que veo, por lo menos en mi piso, que no hay tanta lucha, no hay tanta rabia, no hay mala onda. En ese sentido, hay pero no tanto. No puedo decir que yo llego enojado a trabajar, en el sentido ya me toca trabajar, voy a tener problemas con este, con este, este. No llego así. Que por lo menos, es mi realidad local. Muchas veces lo que te digo no viene de vuelta porque te estoy hablando del cuarto piso, si vemos como trabaja en equipo, como dice Ángelo, en el momento que tomamos un paciente, desde que entra al Hospital, a lo mejor no es así. Ya acá abajo vemos que justamente que se atocha la gente, que no hay... el sistema de acá abajo, en el primer piso, es como más violento que en los pisos que la gente que ya está arriba. Entonces de ahí como que no hay un trabajo en equipo con toda la Posta. Como debería ser. Muchas veces cuestionamos o peleamos con los colegas de debajo de urgencia, es más tensa la entrega entre pacientes, es distinto a como es arriba. No sé, yo lo veo así desde mi punto de vista lo veo así. Local. Muchas veces nos cuesta mirar un poco más allá, la realidad que ocurre en otros pisos. Pero esa es mi realidad local y lo que puedo mostrar. [00:14:48]
40. P4: Yo trabajo en el cuarto piso, en el servicio de cirugía todos los días, de ocho a trece horas y además trabajo en el Servicio de Urgencia un día a la semana. [00:14:59]
41. E: ¿Un día? [00:15:00]
42. P4: Sí, el día jueves de ocho de la mañana a veinte horas. Con un turno noche que va rotando hacia atrás. Pero son veinticuatro horas a la semana más turnos que es la distribución del servicio de urgencia más turnos los fines de semana y feriados que se hace

a veinticuatro horas. Nosotros trabajamos veinticuatro horas y son veinticuatro horas efectivas de trabajo. Aunque estemos en un Hospital por definición tiene que trabajar veinticuatro horas al día, no trabaja horario de oficina. Entonces, tocando el tema de liderazgo yo creo, yo parto por el punto que no todos nacieron para ser líderes. No todos tienen dotes para ser líderes. Hay gente que le gusta liderar y va a liderar como sea, independientemente donde esté o las herramientas que se le entreguen. Y hay gente que va a tener que llegar a ser un líder, le guste o no le guste. Y es ahí donde va la diferencia probablemente, la motivación. El ser humano, algunas personas, no todas, las personas trabajan por motivación. Hay gente que es feliz haciendo de líder y eso se nota con las personas con que trabaja. Hay gente con las cuales, como dice Ángelo y como decía Gerardo, hay gente que da gusto trabajar con ella. Hay gente con las cuales tu puedes ejercer un liderazgo y vas a ser digamos bien, bien interpretado siempre. Porque hay personas que llevan mejor el liderazgo que otras y al mismo tiempo generan una empatía mejor con las otras personas. A qué voy, a que pasa por la persona, independiente que sea profesional, que sea técnico paramédico, que sea auxiliar de servicio. Va en la persona en la capacidad de ejercer ese liderazgo y de empatizar con el resto. [00:16:45]

43. E: ¿Y cómo es en el equipo en que tú trabajas? Digamos... [00:16:50]

44. P4: Yo trabajo en dos equipos. [00:16:51]

45. E: ¿Cómo es el trabajo en equipo en esos dos equipos? [00:16:54]

46. P4: Yo personalmente, es una visión que... yo llevo doce años en la Posta Central y yo puedo decir de que a mí me gusta trabajar acá. Y creo que eso se traduce en que con las personas con las que trabajo perciben eso. Es una cosa del trato diario, una sonrisa, un buenos días, el no perder el control, el no ejercer una verticalidad sabiendo que uno tiene, solo por el hecho de ser médico, tiene que tomar una cantidad de decisiones en las cuales muchas veces no les gustaría estar, en el pellejo de esa persona. Por ejemplo algo tan simple como el decir hasta cuando hacemos maniobras con un paciente que tiene treinta y cuatro años y que llega en paro, no es lo mismo decir se suspende las maniobras de un paciente de treinta y cuatro años que hacerlo en una persona de ochenta y ocho años. Pero tú tienes que tomar la decisión en el momento y determinar, y esa decisión le guste o no le guste al resto de las personas pasa por la decisión del médico y el médico que en ese momento está ahí. Y por el mismo hecho, como te decía que hay gente que está hecha para el liderazgo y hay otras que no, hay algunas que les cuesta mucho tomar esa decisión. [00:18:00]

47. E: ¿Tú tienes cargo de jefatura? [00:18:02]

48. P4: Yo tengo el cargo de una jefatura del servicio de urgencia pero en un turno. En este momento estoy supliendo a mi jefe que esta con licencia y también me toca asumir, me ha tocado suplir en varias ocasiones la jefatura del servicio de cirugía del cuarto piso, en el sentido de quedarse a cargo de ese piso. Con gente que es mayor que uno, con gente que tiene más años de experiencia que uno, pero es una cosa que, por el momento de confianza, te da la confianza de un superior. Cosa que no me ha sido difícil fijate, no me ha sido difícil pero yo creo que va en el trato, va en el trato con las personas y el respeto que uno les tenga. Y dentro de ese contexto, tener una capacidad de liderar las cosas sin ser autoritario, o sea, siempre yo he dicho el por favor, lo cortés no quita lo valiente, la sonrisa, la cosa coloquial, diaria, de ver a la gente todos los días. Aquí hay varios factores que, como decía Gerardo, en los pisos es distinta la dinámica que se da, hablemos de los pisos de los servicios, traumatología, medicina interna, cirugía que está en el cuarto piso, las UCI, los Intensivos, en relación a lo que es la urgencia, la urgencia es lejos la cara de la Posta Central al exterior. Es lo que sale como en todas partes, es lo que sale en la prensa, es lo que destruye la prensa cuando quiere hacerlo. Una vez más diligencias en tal parte, en tal Hospital. Quién es la cara de ese Hospital, el servicio de urgencia. Bajo esa premisa se trabaja bajo mucha presión; presión de los usuarios, de los familiares de los usuarios. Con niveles de estrés que van más allá que de cualquier otra profesión no sería capaz de aguantar. Yo tengo mucho respeto de los psicólogos, tengo mucho respeto de los arquitectos, y le tengo mucho respeto a los diseñadores, pero ellos jamás van a trabajar con la presión que trabajamos nosotros acá. Con una presión de espera, que a veces que va a más de veinte horas de espera, cosa que es inconcebible e impresentable en ningún servicio y en ninguna parte del mundo por país que se fana de ser líder de Latinoamérica, tenga veinte horas de espera para atender a un paciente y el paciente efectivamente está afuera. Ni siquiera diez horas, ni siquiera ocho horas de espera; hablemos de cuatro horas probablemente en un servicio que se digne, con un flujo de pacientes importantes como el de nosotros. Por lo tanto somos la cara de que muchas veces la frustración es la primera que pone por delante, es la frustración de no poder hacer más. Y esa frustración pasa por lo menos, pasa del médico al técnico paramédico, al auxiliar de servicio. El médico porque, como líder del servicio de urgencia, tiene que lidiar con eso, tiene que recibir un turno que tiene tantas horas de espera; y los paramédicos que dan la cara a los servicios, que se están mamando los insultos, las malas caras, la prepotencia y el yo de cada persona que es el usuario. Porque en este momento somos un país como todo país que se está desarrollando y globalizando, el yo está primero, yo estoy primero y me importa un cuete el sufrimiento

ajeno, yo llegue primero y quiero que me atiendan rápido porque tengo cosas muy importantes que hacer. Pero nosotros aquí tenemos que priorizar la persona y la salud, y muchas veces darse cuenta que una persona que lleva con dolor seis horas, me parece indigno. No podemos, estamos atados de manos. Porque somos parte de un sistema de engranaje que nosotros como sistema funcionamos, recibimos, recibimos. Pero desgraciadamente el flujo llega hasta ahí no más, porque a nosotros nos cuesta mucho sacar los pacientes, se producen los atochamientos en el servicio de urgencia. La gente le toca trabajar con eso, la gente le toca dar la cara con eso, le toca dar la cara con mucha prepotencia, que no es necesaria tanta prepotencia. Ahora, los liderazgos dependen de cada persona, como te decía hay gente que nació para ser líder y hay gente que no nació para ser líder pero igual tiene que dar la cara en un momento. Tiene que dar la cara en un servicio, tiene que dar la cara a un familiar, tiene que dar la cara para decirle que no se pudo hacer más, que se hizo todo pero que el paciente igual murió. O darle la cara y decirle yo lo entiendo perfectamente porque yo tampoco sería capaz de esperar diez horas, pero lo único que le puedo decir es que por favor tenga paciencia, porque en realidad, hagamos lo que hagamos, no podemos sacar antes este paciente a otro lado. [00:22:16]

49. E: ¿Y cómo los afecta toda esta situación estresante que Uds. describen de ser un Hospital de veinticuatro horas permanentemente? ¿Cómo afecta a nivel de las relaciones de equipo?, porque han aparecido distintas cosas. ¿Y qué espacio existe, digamos para la colaboración entre Uds.? Tanto situaciones críticas como en situaciones... [00:22:50]
50. P4: Hay equipos y equipos. Pero veo en los turnos míos que hay equipos muy buenos de trabajo con mis colegas. Los días jueves, sí. [00:22:58]
51. E: ¿En Urgencia? [00:22:59]
52. P4: En Urgencia pero no es lo que perciben los demás. Lo que perciben los técnicos paramédicos y los enfermeros, no es lo mismo que ellos perciben. Y el saber... [00:23:07]
53. E: Lo que tú percibes. [00:23:09]
54. P4: O sea, yo percibo que tengo buenas relaciones con mis colegas. Pero los colegas salen de la sala de médicos y no todos tienen buenas relaciones interpersonales con las personas a las cuales les toca indicar algún fármaco, algún procedimiento. Pero tengo la impresión de que no hemos llegado a la prepotencia. Pero sí, yo sé de qué hay prepotencia en los boxes, sí sé de qué hay verticalidad, de que hay cosas tan burdas que ya no debieran decirse. Y lo digo porque no se hace, porque yo soy el médico. Eso, yo creo, es una frase que debiera, que es del siglo pasado. En el siglo XXI no debemos funcionar en ese sentido, somos todas personas. Pero lo siguen haciendo, y curiosamente generaciones nuevas, no las más viejas.

Porque las más viejas probablemente los costalazos les han enseñado a ser más humildes con las personas y con la vida. Pero son los cabros nuevos los que de repente se creen los dueños del mundo, por una cosa de formación en sus escuelas de medicina y probablemente por una cosa que viene de la casa, de la cuna. Y eso se nota. Y eso se nota. Por eso te decía, que pasa por las personas más que por la preparación o por la instrucción, pasa por esa cosa de haber nacido líder o no haber nacido líder. ¿Te fijas? El que no nace líder no sabe empatizar, no sabe ocupar las herramientas que tiene en sus manos y ocupar a las personas que lo rodean para poder salir de una situación de estrés porque no saben, no han sido preparados. Por lo tanto, opta por lo primero que se le viene a la cabeza que es gritar, la prepotencia y la verticalidad. Y eso ya no se usa, por lo menos el concepto que yo tengo, es de una cosa que ya no se usa, las relaciones interpersonales. Entonces, ahí va la diferencia, hay gente que le guste trabajar con tal persona, y hay gente que no le gusta, chuta viene fulanito, vamos a tener problemas hoy día, va a estar pesadito el turno. ¿Te fijas? Y hay gente que está el doctor tanto o está la enfermera tanto, como que ahhh, como que ya se sabe ya de que en realidad si hay conflictos van a poder contar con tal persona, para que esa persona trate de resolver algo. [00:25:16]

55. P1: También voy a hablar de mi turno. Mi turno es turno médico, de medicina hombres. Nosotras las técnicas somos muy buenas en las relaciones interpersonales. Todo lo conversamos, si tenemos vacaciones, todas nos anotamos; ya me tocó contigo, chuta no, corramos un poco; nos estamos ajustando siempre. Lo conversamos después, lo planteamos con nuestras enfermeras y llegamos a un acuerdo. En ese sentido, como turno, nos afiatamos bien. Pero yo lo veo en los otros turnos, de medicina. Son muy individualistas, ahí cada uno se rasca como puede, como se dice. No sé si tendrán el mismo sistema, no sé si le conversaran las cosas, no tengo idea. Pero por lo menos yo veo eso. Que no hay, no hay un líder positivo, a lo mejor, que pueda llevar a armonizar las cosas y a suavizarlas. Y esto mismo ha llevado a que las compañeras o las enfermeras no traten bien a los pacientes o a las familias, y tengan que problemas. Entonces, eso es lo que yo veo, la parte visual que yo veo en mi piso. También es un trabajo estresante, eterno... [00:26:44]
56. E: ¿Y qué habilidades de liderazgo, ya que ha aparecido bastante este tema, sienten Uds. que facilita que el trabajo que Uds. desarrollan se pueda realizar de buena manera? ¿Qué habilidades en el ejercicio del liderazgo en los equipos clínicos, Uds. sienten que colaboran, ayudan, facilitan que se pueda hacer bien la pega? [00:27:13]
57. P4: La autocrítica. [00:27:14]
58. P2: La empatía. [00:27:15]



59. P4: La democracia. [00:27:16]
60. P1: El conversarlo. Yo creo que la conversación y de la conversación, exponer el problema, de hacerlo saber, yo creo que es importante. Porque hay que partir por una conversación. Porque si no, no hay solución.[00:27:33]
61. P3: Muchas veces la conversación, el respeto por la otra persona, respetando que el trabajo de cada uno es valioso. No porque la persona que tenga que poner el pato o poner la chata queda fuera del equipo, no. O sea, se hacen reuniones y lo dejan afuera, no. O sea, yo creo que la conversación tiene que ser a nivel horizontal, por decirlo algo así. En vez de sentarnos, no a lo mejor, sino al otro lado, como el jefe dándoles instrucciones a su, no sé, a su vasallo por decirlo así. Pero yo creo que la conversación, el respeto y entender que cada uno tenemos una función que cumplir en nuestro turno, que yo no tengo por qué estar con el látigo detrás de esa persona pero que sí, que si esa persona no va a cumplir esa función, yo sí le puedo y él sabe que puedo llamarle la atención, por decirlo algo así. Como del hecho que yo tengo personal a cargo, lo mismo sé yo, que si yo me equivoco o no hago lo que tengo que hacer, la persona que está superior a mí también lo va a hacer. Ojala que sea con respeto. Y eso creo yo, que el respeto y que no que sea autocrático, o sea yo mando y como dijo el doctor acá, porque yo soy el doctor. Eso no, yo creo que eso viene de años atrás. [00:28:54]
62. E: Pero existe porque parece... [00:28:55]
63. P3: Existe. [00:28:56]
64. E: Parece ser que los más nuevos... [00:28:57]
65. P5: Es un problema como generacional se me ocurre a mí. Yo soy muy vieja, la más vieja de todos de acá. Llevo cuarenta y tres años trabajando. Treinta y cinco en esta Posta. Y he pasado por todas las etapas digamos, y yo tengo otra formación. Yo me formé en un Hospital súper humilde en el Barro Luco, donde teníamos otra... [00:29:20]
66. E: ¿Cuál es tu función? [00:29:21]
67. P5: Yo soy paramédico. Soy técnico, igual que mi colega. Y él es mi amigo y es mi jefe, y él es mi amigo y es doctor, y él es otro amiguito y ella igual. O sea, pasa por lo que dice el doctor, a lo mejor pasa por las personas. Yo con mucho respeto, yo he participado de la crianza de los niños del doctor por ejemplo, desde que eran guagüitas, me los ha ido mostrando en las fotos, más grandes y le voy preguntando cómo están, cómo están en el colegio. A lo mejor, pasa un poco por las personas, pero es como una crisis generacional porque, con todo el respeto, a mí me encanta la gente joven, no tengo ni un rollo en enseñarles y estar con ellos. Pero creo que la gente, las últimas generaciones, se han

caracterizado por ser muy sin respeto. Llegan, entran, son médicos nuevos. Los médicos antiguos antes, entraban, saludaban y decían hola, buenos días, soy el doctor Pepito Pérez y voy a estar con Usted y cuál es su nombre. A ellos, ahora esa parte la obvian, no les importa, y eso pasa por el rango de enfermería que no es, no es lo que a mí me ocurre digamos. Porque él es mi jefe, y es jefe de enfermeros de toda la Posta y es mi amigo. Pero no es, esto es como único. No pasa con todos los jefes igual. ¿Se fija? Y yo también, a lo mejor pasa un poco por mí, porque yo me he creído el cuento todos estos años. O sea, yo trabaje quince años en la UTI donde a mí me enseñaron que el trabajo de UTI era un trabajo de equipo y donde éramos todos importante y donde a mí me enseñaban para qué se ponía un intravena, por qué, qué solución iba a pasar por ahí y los riesgos que tenía, si va más rápido, más lento, todo el cuento. Y yo tenía derecho a preguntar, y tenía derecho a equivocarme, y decirle sabe doctor, fíjese que me equivoqué, en vez de ponerle la penicilina le puse por decirle lo cloxicilina. Y yo con mucha honestidad, iba y por supuesto que no me iba a felicitar, me decía pucha, lo vamos a solucionar, hagamos esto hagamos esto otro. Y uno tenía esa confianza. Y a lo mejor pasa porque ahora no hoy ese tipo de confianza. Y entonces, yo me empecé a creer el cuento que yo era re importante en todo esto, es muy importante lo que yo hago, porque es muy importante que yo me fije en las ampollas, el medicamento que yo voy a preparar para que el enfermero lo ponga. O el medicamento que yo preparo y que nadie me está supervisando que yo se lo voy a poner al paciente. Entonces pasa un poco por eso, yo creo, por creerse el cuento de que uno es importante, que uno merece respeto, pero y que también respeto a los demás y que es el doctor es doctor, no el diostor. No. Y que él es el enfermero y es mi jefe pero es Angelito de repente para mí. Además como yo soy muy vieja, como le digo, o sea ellos son como mis hijos, tienen la edad de mi hijo. Pero con respeto porque yo tampoco tomo decisiones que no correspondan. Pero yo creo es un problema generacional, porque yo veo por ejemplo que este último tiempo han aparecido ingenieros en la Posta, constructores, no tengo idea. O sea, esta Posta era de médicos, enfermeras y en ese tiempo de auxiliares de enfermería nosotros, no técnicos, los auxiliares de servicio. Y de repente aparecieron otras profesiones y esa gente Usted no tiene idea de donde viene... psicólogos, cuál es su función, para qué sirven. [00:33:21]

68. E: ¿Y qué haces cuando no sabes, cómo se integra esa gente? [00:33:26]

69. P5: Yo como le digo por mi personalidad, yo soy muy amistosa. Entonces, yo voy y saludo, hola, sabes que yo me llamo Juan y Usted quién es, así. Yo cara de pelo, y en la mañana si llega un médico igual, hola doctor, ¿Usted va a estar acá? ¿Cómo se llama? yo soy Juan y

cualquier cosita que se le ofrezca... entonces pasa un poco por, pero no es todo el mundo como soy yo. Tampoco soy la mejor, porque así como Usted me ve, yo también tengo mi carácter. Sí, sí, yo soy una mujer de carácter y llevo mucho tiempo en la vida sola, entonces estoy acostumbrada a hacerme respetar por mi estatura, Usted sabe que una sociedad de gente grande así entre comillas, entonces he aprendido a hacerme respetar en la vida. Pero todo eso uno lo va adquiriendo, lo va aprendiendo y lo va adquiriendo a porrazos. Y yo creo que es un problema generacional, que parece que en las universidades ahora no les enseñan a identificarse, no les enseñan a saludar, no les enseñan a respetar y hay una lucha tan marcada, de un clasismo increíble. Porque yo no he trabajado nunca en una clínica pero creo que en la clínica el doctor, la enfermera y los técnicos, cualquier cosa, eso no se da en mi turno. En mi piso, que es el primer piso, el que estábamos hablando recién que es un piso de choque, donde tenemos alta presión de trabajo y donde somos la cara de la Posta. [00:34:59]

70. E: ¿Usted trabaja en Urgencia? [00:35:00]

71. P5: Sí, en Urgencia. Y él es mi jefe y el también. Sí, pero yo, como le digo, pero yo me doy cuenta de esto, o sea yo me doy cuenta perfectamente, o sea de repente hay unas decisiones que nunca las pensaron, nunca le preguntaron a nadie, y fueron impuestas. Y esta Posta fue cambiando. Yo no me doy, no sé en qué momento cambio, porque esta Posta cuando yo entre no era así. Fíjese que yo entre en un régimen, en el régimen militar a esta Posta. Yo venía del otro régimen en el Barros Luco y aquí entre con un director, con un director que era milico. E independiente de la opción política, le puedo decir de que ha sido el mejor director que tuvo esta Posta. Y a mí los milicos no me gustaban para nada. Para nada, porque además vi unas atrocidades terribles en la UTI entonces no me gustan. Pero el fue un gallo súper derecho, ameno, cariñoso, empático, un caballero. Hola chiquitita, buenas noches, soy el coronel Skivel; porque a él todo el mundo le decía que era el coronel, el coronel Skivel; ¿necesita algo? ¿cómo está la comida? Bajaba a saber qué estábamos comiendo. Ahora a nadie le importa nada, nada. Ganamos poco, una sobrecarga de trabajo increíble, no hay buen trato de nadie ni siquiera de la gente de la calle. Si la gente está insolente mijito ahora. La gente es insolente, de todos los niveles sociales, es cuestión que Usted vaya en la micro, en el metro. O sea, Usted ahí como me ve a mí, Usted cree que a mí me da alguien el asiento, jamás. Jamás porque esta vieja chica, no sé, irá, tendrá que ir de pie todo el rato. Y yo de repente con los bultos. Entonces pasa por un problema generacional, la gente está insolente, es insolente independiente de la sobrecarga de trabajo o de la sobrecarga que traiga porque soy familiar de este paciente que le está sangrando la

- nariz y a mí me asusta la sangre y no tengo idea si eso es grave o no porque es sangre. Se fija. [00:37:17]
72. E: Y si los temas, bueno han aparecido varias cosas pero y Uds. lo han dicho; o sea dijimos, varios de Uds. han dicho varias características que permiten que el liderazgo pueda ser ejercido efectivamente. Y también han dicho cosas que limitan o que entorpecen que ese liderazgo se pueda ejercer efectivamente. ¿Cuáles creen Uds. que son los elementos más críticos y que dificultan más el trabajo clínico que Uds. realizan? En términos del ejercicio del liderazgo, o de las relaciones interpersonales, o de las condiciones en las Uds. trabajan digamos. Porque son distintos niveles que podrían estar afectando. [00:38:01]
73. P5: Yo creo que la presión de trabajo. Es la sobrecarga de trabajo que ya es terrible, estamos...
74. P1: Estamos colapsados... [00:38:10]
75. P2: Características personales... [00:38:11]
76. E: ¿También? [00:38:12]
77. P5: Sí, si... [00:38:13]
78. P4: Personales, trabajo, estructurales también. [00:38:15]
79. P2: Es también yo creo, que dentro de no sé, si se hiciera un estudio psicológico del personal de la salud. Rebelaría quizás que un alto porcentaje, que es bastante significativo tiene algún trastorno de salud mental en psiquiatría, diagnosticada sin tratar o por desarrollar. Porque yo creo que por ahí también va. Porque existe un alto grado de deshumanización de la atención. O sea aparte de todo lo que pasa, el personal está trabajando mal. [00:38:44]
80. P3: Es indolente también. [00:38:45]
81. P2: Es indolente. [00:38:46]
82. E: ¿El personal? [00:38:47]
83. P2: Sí, es muy indolente. [00:38:48]
84. P3: Llega a un punto que se empieza a colocar uno... [00:38:50]
85. P2: En todo estamento. [00:38:53]
86. E: Quiero que, ¿cómo describirían Uds. esa indolencia? [00:38:57]
87. P2: Por ejemplo una situación: una madre que se le muera una hija de veinticuatro años, todo el mundo viendo a la mujer agarrándose la cabeza y golpeándose en la pared, y todos mirando y diciendo qué onda, qué pasa, y siguen de largo. Ese tipo de indolencia. [00:39:11]

88. P4: Bueno, no solo en eso porque es tal el punto de necesidad de sacar nuestros pacientes del servicio de urgencia a otro servicio, porque está colapsado acá abajo. O sea, el tiempo de demora acá abajo esta única y exclusivamente va porque el paciente no sale de la urgencia, los que están hospitalizados en urgencia no salen a otros servicios, sea medicina, sea traumatología, sea ya, no sé, a otros hospitales. Porque no hay cupo, el sistema digamos un sistema donde debe haber un flujo de pacientes que el Hospital San Borja, que es nuestro Hospital base, nos da dos, tres camas al día. Hay fines de semana que ni siquiera da camas. Por lo tanto, entonces los paciente se mueren acá o no se mueve de acá. Entonces de repente te dicen, tengo dos muertitos en el sexto piso, ah tengo dos camitas. [00:40:09]
89. P1: Y cuesta un mundo para que las vayan a buscar. [00:40:12]
90. P4: Pero ya deja de ser persona. Dejan de ser camas para poder atender abajo. [00:40:17]
91. P1: Es atroz. [00:40:17]
92. P2: Que ahí incluye, hay un factor súper importante para el Hospital, que es la parte económica. El trasladar un paciente significa que el Hospital tiene que sacar su plata para pagar ese paciente que lo tienen en otro lado. Y además que también existe un no criterio de hospitalización. O sea, un resfrío común está hospitalizado y un paciente que está con un, no sé, por ejemplo un politraumatizado muchas veces se ha ido hasta para la casa. O sea, no hay criterios de decir ya, esto se hospitaliza, esto no. Y eso también influye... [00:40:45]
93. E: ¿Y eso porque...?[00:40:46]
94. P4: Pero eso es para una evaluación clínica. [00:40:47]
95. P2: Eso es un parte, es la parte médica de esa parte. Porque yo puedo tener otro ojo clínico. Yo hago diagnostico de enfermería, él hace un diagnostico médico. Podemos llegar a un acuerdo pero la decisión la va a tomar él de hospitalizarlo o no, a pesar que yo le pueda sugerir que lo haga. Pero él, por el médico y llevarme la contraria, me va a decir no. [00:41:07]
96. E: ¿Y cómo opera ese tipo de vínculo, en términos del trabajo en equipo? Cómo se permite, no se permite el que los distintos estamentos puedan aportar con sus conocimientos, su experiencia. Cuán abierto son esas instancias. [00:41:30]
97. P4: Es, son súper informales. No hay formalidad de eso...[00:41:32-33]
98. P2: Depende de las habilidades de la persona. [00:41:33]
99. P4: Y es difícil formalizar algo que va por las opiniones personales... [00:41:36]
100. E: Está bien pero... [00:41:38]
101. P2: Hay gente que se hace cargo y hay gente que no. [00:41:41]

102. E: Ya pero, yo entiendo que eso no se puede normar pero hay cultura, digamos de alguna manera que permiten o no permiten... [00:41:46]
103. P4: Sé que va por la parte de la autocrítica. Yo sé que el tipo que es capaz, independiente de quien sea, que es capaz de autocriticarse va a darse cuenta de sus limitaciones. Y en la capacidad que pueda manejar sus limitaciones, puede pedir ayuda. Entonces, si tú no tienes autocrítica, obviamente no te puedes dar el lujo de claudicar y pedir ayuda. Una persona que ya lleva veinte años de servicio, que ha visto muchas más hemorragias digestivas que tú, y que sabe perfectamente de que no hay que confiar en que esté tranquilito ahora, de que en realidad hay que dejarlo mejor hospitalizado. Pero tú dices no, yo soy el médico, yo no, no tiene nada el paciente y se va para su casa. El paciente vomita en la casa y cuando llega acá, ya es sanguinario y no hay nada que hacer. Te fijas. [00:42:21]
104. P1: Yo por ejemplo, yo hice una vez una sugerencia. Teníamos un paciente en medicina, en una sala, que ya tenía su antibiótico listo, todo, el paciente ya estaba listo para irse para su casa. Y le digo yo, doctor, le digo yo, este paciente ya está bien, ya tiene sus antibióticos, le digo yo, y no se podría ir de alta dije yo, si ya está bien. Me dice no, todavía está grave. Qué pasa con ese paciente, pasan dos, tres días más y se infectó con el resto de los pacientes. Entonces yo creo que la falta de criterio es alta la que se da allá en el piso. Y el otro día le dije, doctor porqué aquí los pacientes vegetan tanto le dije, y me dice, es que aquí hay pacientes muy graves, son puros pacientes graves. Ahhh dije yo, será. [00:43:17]
105. P3: Y otra diferencia de que, por lo menos nosotros en el cuarto piso, en cirugía somos un equipo. Somos un equipo que nos conocemos hace años, donde no hay intercambio grande de personas, de profesionales, casi siempre los mismos. Se sabe con quién trabajar y con quien no trabajar, se sabe que cuando llaman a uno, va a venir y que si llaman a otro no va a venir. Porque la gente sabe. En el servicio de Urgencia, el intercambio de profesionales es alto, altísimo, más de lo que quisiéramos. Son pocos los turnos que están afiatados, están bien constituidos. Son pocos, dos, no más. Dos o tres probablemente. De seis. Hay turnos que están constantemente con falencias profesional. Hay turnos en los cuales hay mucha rotación de gente nueva que viene, gente que se asusta. En serio, se asusta. Hacen dos turnos y se van, aterrados. Porque se dan cuenta que en realidad no sirven para el servicio de urgencia. Mejor por ellos porque, y mejor para el servicio porque probablemente serían un peligro público. Pero hay gente que se queda, gente que se queda y le gusta. Y dentro de los que se quedan y les gusta, son aquellos que trabajan, que son líderes positivos, que les gusta trabajar con las personas. Y hay aquellos que no, que no, y son esos los que digamos, los que... [00:44:38]

106. E: ¿Y cómo lo hacen Uds. para trabajar con la gente que no les gusta? ¿qué hacen? Porque eso debe ocurrir, digamos. ¿Qué estrategias desarrollan? O ¿Qué no hacen? ¿Qué hacen? ¿cómo lo...? [00:44:55]
107. P1: Yo creo que algunos se dirigen lo justo y necesario no más. [00:44:57]
108. P2: Yo creo que cada uno tiene sus mecanismos de defensa en ese sentido. Entonces por ejemplo yo sé que está tal personaje que no me gusta, lo evito y hablo lo que tengo que hablarle. Y mejor si es que no le tengo que hablar, como que mejor le dejo escrito y después el viene y me deja escrito, y eso fue suficiente. No sé, cada uno tiene su forma. [00:45:16]
109. P3: Pero hay formas, por ejemplo a mí me comentan, me llegan en forma informal. Yo creo que la vía informal es lejos la mejor para acercarse o para hacer cosas; si eso no resulta, la vía formal va a tener que ser utilizada, que es la que menciona Ángelo: formalidad, dejar todo escrito. Pero si tú puedes hacerlo informalmente es mucho mejor porque no requiere más instancias administrativas para eso. Y a mí me dicen: doctor tal persona, doctor tal becado, doctor tal doctora que es nueva, esto, este otro. Y uno trata, y uno los lleva a un rinconcito, lo hago, en el turno me los llevo a un rinconcito. Y sobre todo la gente más joven, gente más joven hasta cierto punto más maleable. Pasa tal y tal cosa, escucho porque siempre son opiniones y hay que escuchar las dos partes pero se recomienda. Se recomienda y trata bien la cosa, es cosa de adaptarse. La gente joven sabe de qué viene llegando a un lugar que está afiatado hace mucho tiempo. Pero no son todos, hay gente que no, que decide no adaptarse, que sigue siendo prepotente, que sigue adaptando todo para que todo funcione como a él le gusta, como a esa persona le gusta. Son los menos en todo caso. Pero en la posición mía por lo menos, yo puedo hacer uso de la conversación. De la conversación. No he llegado a instancias de tener que recurrir a lo formal, afortunadamente. O se van antes, o se cambian de turno o se adaptan. [00:46:47]
110. E: ¿Y qué espacios tienen como para, para poner todos estos conocimientos que Uds. tienen en un trabajo colectivo? ¿Hay algún tipo de espacio en el que los distintos conocimientos, las distintas personas, los distintos... hay alguna, alguna posibilidad de generar esos encuentros? [00:47:29]
111. P1: No. [00:47:30]
112. P2: Sí, o sea yo lo que he visto, existe pero que se lleve a cabo es diferente. Están las unidades de calidad de seguridad del paciente y del entorno, hay comité, comité paritario, comité higiénico, diferentes comités. Pero en este caso el comité de calidad... [00:47:46]
113. P1: No sirve... [00:47:47]

114. P2: Que uno hace una denuncia, existe un formulario, un documento en el cual yo puedo notificar tal incidente que puede ser agresión, caída, qué sé yo. Pero eso no tiene un seguimiento, no tiene una respuesta. [00:47:57]
115. E: Pero yo lo diría más en el trabajo cotidiano digamos. Porque eso, claro, es una, una denuncia. Pero si tu lo piensas en el espacio en donde Uds. están, porque Uds. trabajan donde las papas queman. Por lo tanto, los tipos de resoluciones y de conversación... [00:48:13]
116. P1: Hay mucha frustración, hay mucha frustración al respecto. Porque la gran mayoría de las veces cuando las personas reclaman, porque sí reclaman. Yo diría que el 100% de las veces que reclaman es porque ya no aguantan más, porque son muy aguadora la gente. La gente que trabaja aquí con nosotros, no sé si serán todos pero igual, son gente que trabaja acá, que lleva años, es muy aguadora. Y cuando ya no pueden más, o bien tienen dos opciones: una, si es por violencia o por maltrato a pacientes, llaman a los guardias, que los guardias desgraciadamente no solucionan el problema, se llama a carabineros que menos todavía solucionan los problemas. Por lo tanto el sentimiento de frustración y de impunidad es del porte de un buque con los pacientes agresivos. Y no solo con los pacientes, con los familiares principalmente. Y la otra opción, es la opción al jefe de turno; que tiene su, que tiene su diagrama: primero ayudante de urgencia, jefe del turno. A veces, el ayudante de urgencia logra llevarse a un lado al conflictivo y conversar o lo hace después el jefe de turno, pero siempre se logra. Pero no existe una instancia formal para eso. [00:49:15]
117. E: ¿Pero Uds. no tienen instancias de encuentro digamos de vida cotidiana? [00:49:18]
118. P2: Solamente la catarsis grupal... [00:45:16]
119. P?: No, no de repente claro... [00:49:26]
120. E: Pero a nivel de equipo no tienen reuniones... [00:49:29]
121. P3: No, el equipo de enfermería en la urgencia tenemos una vez al mes reuniones. Pero más que nada son de carácter técnico administrativa, donde quizás en el punto, en los puntos varios se tocará algo de relaciones humanas, interpersonales. Y con el equipo de enfermeros y técnicos también hacemos reuniones pero más que nada como para marcar cuáles son las normas, las reglas, las funciones, en que están fallando mal, los indicadores están mal; pero muy poco lo que es manejo de relaciones. [00:49:56]
122. P1: Allá en medicina nada. [00:49:59]
123. E: ¿Y para ver las cosas más clínicas? [00:50:02]



124. P2: Cuando existe algún déficit que uno pesquisa en cuanto técnica y procedimiento, se hace un refuerzo de eso, se llama a la persona, se le pregunta se le interroga, hasta que esté segura para que pueda volver a tomar esa función. [00:50:16]
125. P3: Por lo menos en mi parte, nosotros, como decía Ángelo, tenemos a nivel local, como turno por lo menos, nos reunimos una, dos veces al mes. Conversamos, son más que nada de tipo administrativa y cómo tratar de mejorar lo que estamos haciendo, tratar de mejorarlo. Tratar de mejorarlo, es lo que más que nada, más que nada hacemos nosotros. Como enfermeros también nos reunimos, todos los meses generalmente, o cada dos meses, en reuniones clínicas administrativas. Pero generalmente tratamos de unirnos justamente para sacar el turno adelante y llevarnos bien. Nos vemos doce horas, todo un año, pasamos más tiempo acá que mismo en la casa, porque el otro que pasamos en la casa no estamos descansando, no estamos ahí, no sé. Pero pasamos más tiempo acá así que tratamos de llevarnos lo mejor posible. Por lo menos esa es mi realidad. [00:51:09]
126. P1: No, allá en medicina llega a las ocho, mañana o tarde, y lo único que uno quiere es irse. [00:51:13]
127. P3: Hay que partir por saludarse. Ni mucha pena ni mucha rabia. Llegar aquí a la Posta Central y no saludarme de repente con mi colega, con mis pares, no saludarlo. Saludo a los que conozco, Ángelo, trato de saludar aunque no los conozca, si yo los veo. Porque aquí, como dice Ángelo, está dividido por colores generalmente, o trato de saludar a todo mi personal o a la gente que no hay necesidad no los saludo. Pero muchos miran hacia abajo, no te dan la cara, no te miran, entonces no. [00:51:43]
128. P1: Yo también sé de eso, yo saludo a todo el mundo. Te saludan bien, si no te saludan bien también. Qué le voy a hacer. [00:51:49]
129. P3: Es cosa que viene de la cuna. [00:51:50]
130. E: Bueno, les agradezco mucho, no quiero quitarles más su tiempo. Les agradezco por la información compartida, por los conocimientos. Y bueno, espero que esto desemboque en algo que pueda tener sentido y que ayude a la institución. Les doy las gracias. [00:52:17]

### Entrevista Grupal #3

- ✓ E1: Entrevistador no. 1
- ✓ E2: Entrevistador no. 2
- ✓ P1: Técnico
- ✓ P2: Enfermero UCI
- ✓ P3: Paramédico Urgencia
- ✓ P4: Auxiliar
- ✓ P5: Enfermera Quemados
- ✓ P7: Enfermera Quemados
- ✓ P8: Psicóloga Urgencia

1. E1: La experiencia de Usted Y que es algo voluntario..., colaborar con este trabajo que estamos haciendo.[00:00:16]
2. E2: Quizás sería bueno si cada uno se pudiera presentar brevemente y decir su nombre y cuál es su función dentro del Hospital.[00:00:23]
3. P1: Yo soy Dina Olivares, trabajo en intermedio aquí en el quinto piso, y soy técnico paramédico.[00:00:31]
4. E2: Mmm.[00:00:32]
5. P1: No sé qué más decir (risa). [00:00:33]
6. P2: Mi nombre Jorge Cárdenas, soy enfermero de urgencia, llevo aquí en la Posta trabajando 7 años, tengo 11 año de enfermero y...también he trabajado en la uci acá ,y he pasado por varios servicios, manejo en mi realidad y la realidad de otros servicios.00:57
7. P3: Yo Soy María Alicia Retamal, paramédico de urgencia, 39 años de servicio, y es mi jefe jajá, vengo con jefe al lado. [00:01:12]
8. P4: Yo Soy Eduardo Cardenel Maturana, auxiliar de servicio, 44 años de servicio acá, vengo de la Posta vieja, y yo soy un serme jefe y de traslado de paciente y de todo lo que se le pida los pacientes tengo que adjudicarlo. [00:01:36]
9. P2: Mmm. [00:01:37]
10. P5: Yo soy Juan Eliaga, trabajo en servicio de quedamos, tengo 8 años acá en el servicio, y desde que ingresé he trabajado en quemado, y hago parecido a lo que hace mi colega. [00:01:58]

11. P6: Yo soy Karen Maravoli, vengo de la enfermería de la UTI de Quemados, y llevo 4 años trabajando en la Posta ya. [00:02:08]
12. P7: Mi nombre es Mariela Ávila, yo soy enfermera también, con 1 año y medio aproximadamente aquí en la Posta y también trabajo en la Unidad de Quemado. [00:02:19]
13. P8: Yo soy Denise dirigí, soy Sicóloga de la Unidad de Urgencia, llevo 2 años y medio aproximadamente trabajando en la Posta. [00:02:28]
14. E2: Bueno, la idea es quizás, si Uds. nos pueden contar...ehh como. [00:02:54]
15. P9: Buenas. [00:02:55]
16. E2: Asiento, asiento. [00:02:57]
17. P2: Si Uds. nos pueden contar como es el trabajo que se realiza en la Posta, ¿cómo son los equipos?, ¿qué es un equipo para Uds.? y como es que realizan este trabajo. como es el equipo. [00:03:20]
18. P1: Bueno el equipo de urgencia consta del enfermero enfermera paramédico, auxiliar de servicio, y la señorita también que aporta aquella sicóloga datos, ahí trabajamos todo el equipo, somos el grupo. [00:03:40]
19. E2: Ya... [00:03:43]
20. P1: Nos apoyan los enfermeros. [00:03:45]
21. E2: Y como, como... ¿Uds. consideran que es un trabajo en equipo? [00:03:51]
22. P2: Es que lo que pasa que...en la urgencia, porque yo llevo 7 años en urgencia, la maría Alicia lleva muchos más años que yo, y la forma de trabajo, antes de contestar lo del equipo, ha ido evolucionando acorde a las distintas realidades están viendo ahora, por ejemplo urgencia hace 7, 6 años atrás era totalmente diferente a la urgencia que tenemos ahora, en qué sentido, no habían esperas, no existían pacientes de UTI o UCI intermediados como es ahora. Hoy día hay pacientes hospitalizados 3 4 o 5 días, hoy día hay pacientes dado de alta de mínima urgencia, no existía el nivel de agresividad, no de los pacientes sino de los acompañantes de los familiares de los pacientes como existe ahora, no existía la inseguridad para trabajar que existe ahora. y lamentablemente y es una apreciación personal mía, la decisión de urgencia basado más que en el diagnostico en varias oportunidades y varios porcentajes en el al miedo en la parte judicial, en qué sentido el paciente que lleva no sé 10, 12 horas hospitalizados con nosotros sin ninguna resolución medica todavía, el paciente pasa a segundo turno a las 20 horas en adelante, ya cumplió 14 horas con nosotros, esas 14 horas de exámenes están acorde a las patologías que tiene el paciente o a las condiciones que tiene él por sus patología de base entonces posteriormente lo que correspondería a eso sería un alta, ya? y lamentablemente se quedan todos

hospitalizados, entonces esto conlleva a que el estrés y la forma de trabajar han cambiado, y al cambiar eso también afecta el trabajo en equipo, el trabajo en equipo significaría en urgencia es diagnosticar, reconocer, salvar la vida, saber abordar, derivar a donde corresponda y en un tiempo prudente, corto, un examen de sangre máximo, máximo aquí se demorara 2 horas, de hecho incluso son más rápido que en los servicios de urgencia privados el proceso se demora 2 horas más o menos en la alemana casi lo mismo entonces tu, en un transcurso de 2 3 4 horas se debiera tener una resolución clara del paciente de que se espera de; se hospitaliza, no se hospitaliza, se va, no se va, se va a intermedio, se, lo que sea se queda, eso ha conllevado a que, existan roces también entre nosotros mismos y al final el trabaja en equipo que, yo que, para mí el trabajo en equipo es el trabajo que yo hago con mis colegas, y con mis paramédicos porque ellos son mi brazo derecho eh y lamentablemente con toda esta situación y también importante ha habido mucho recambia, mas recambio médicos, entonces ha cambiado mucho, los médicos han traído médicos nuevos viene con otra nuevos con otra mentalidad todo eso conlleva a que haya más aumento en el trabajo, mas exámenes de los que debieran haber, mas hospitalizados que debieran haber, menos resolución, entonces todo eso conlleva que al final nosotros tengamos mucho mayor estrés, y el trabajo en equipo que es trabajar todos los estamentos juntos para un mismo lado, yo hago mi parte, el paramédico hace su parte y el médico hace su parte, pero todo tenemos un orden, lo que yo no veo y eso es sabido, y hay cosas que yo no puedo ver, ellos están al lado mío para decirme que está pasando, “oye este pacientes aquí, esta extraño, esta, algo pasa, eh de repente a mí se me olvido rescatar un examen, porque yo estoy con otra paciente, entonces ellos están al lado mío, hay médicos que si que trabajan así que antiguamente los médicos antiguos trabajaban así mas en equipo, pero actualmente eso se ha quebrado un poco, y yo creo que es en relación al estrés que se está viviendo porque se está abarcando demasiado y es poca la resolución que hay, ósea tú tienes mucho paciente, mucha más cosas para personas muy pocas, tienes más lejos, ósea, recién tuvimos a un paciente dos horas en recuperador, dos horas. [00:07:41]

23. P1: Así es. [00:07:42]

24. P2: Con exámenes listos que claramente había que pasarlo a un box, que obviamente el paciente se le requiere un punto medio mínimo entonces habían pacientes hospitalizados en un sector de emergencia que tenían, que ya tenían exámenes listo hace 5 horas, con exámenes normales eh, con posibilidades a ser dado de alta o con posibilidades de ser trasladado al servicio de urgencia que es un servicio menos complicado, para pasar a este

- paciente entubado acá, y eso es un trabajo de equipo, y que la parte del equipo se quebró y estuvimos dos horas con un paciente en un sector que no está hecho para eso. [00:08:12]
25. E2: Y ¿Por qué se quebró? [00:08:13]
26. P2: Porque no se resolvió a tiempo, no se trasladó al paciente como correspondía, o no se dio de alta el paciente que todavía está ahí, que todavía está ahí. [00:08:20]
27. E2: ¿A qué atribuyes tú que no se haya, no se halla...? [00:08:23]
28. P2: A falta de voluntad nomás, porque se le avisó, se le dijo “tenemos un paciente que está...” [00:08:27]
29. E2: ¿Falta de voluntad del médico? [00:08:28]
30. P2: Exactamente. Lo digo abiertamente porque se lo dije en persona a él, y aparte que era primer ayudante, él, al final, tuve que, tuvo que cagar una instancia mucho mayor tuya, que no me corresponde porque es un atado, hablar con los ayudantes para conseguir una cama en un 3er piso que también era un traspaso de paciente que es complicado, grave, a una cólera que no, a un servicio que no está preparado para eso, ya entonces también claro digo ya le conseguí cama súbalo no más, pero también estoy traspasándole a un servicio un paciente que no es para ellos, si ellos, un sistema de servicio, si tu estás en Quemados es porque te gusta Quemados, pero si yo estoy en urgencia, es porque me gusta urgencia y veo mi ámbito de urgencia. Entonces al final tú mueves un problema de un lado pero existía la posibilidad de poder mover a pacientes que si estaban en condiciones realmente podían ser movidos y haber pasado a pacientes al box que en todo caso no corresponde tenerlo ahí, y desocupar un sector que es importante que sea para recuperador, que es donde llegan los pacientes más grave, que lo tenía ocupado y ellos no se pueden mover de ahí, y la enfermera no se puede mover de ahí, un paramédico. [00:09:31]
31. E2: A que atribuyes tu esa, esa falta, de, de. [00:09:34]
32. P2: Yo creo que. [00:09:35]
33. E2: Comunicación o de. [00:09:37]
34. P2: No, no. [00:09:38]
35. E2: O de... [00:09:39]
36. P2: No si de comunicación hay bastante, lo que pasa, lo que yo creo que hay un miedo, hay un miedo de la decisión final, hay un miedo en la decisión final en el sentido en que todo el mundo te pone una demanda, a ti no te demandan por hospitalizar, a ti te demandan por no hospitalizar, entonces ahí, tú ves si vez la estadística la cantidad de pacientes que tenemos hospitalizados de urgencia son 30, 35, 32, una capacidad de 35, obviamente cuando empiezo turno, si tengo 20 camillas ocupadas, son 20 pacientes menos que van a ingresar

- eso conlleva, Si tu vas a urgencia, abajo un paciente dejó un cartón escrito, no sé si lo leyeron abajo. [00:10:14]
37. Varios: MM j. [00:10:14]
38. P2: Frente al botiquín. Le puso, no me acuerdo al palabra, mi nombre es Mario Gonzales aviso que no puedo seguir esperando, y me fui a morir a mi casa, cualquier cosa por favor me avisan. Y dejo su carné de identidad abajo, y ahí un cartón lo dejo pegado. Ósea te das cuenta, pero eso es lo que está pasando ósea, y a veces tú tienes posibilidades de mover pacientes o darlos de alta. Yo hablo de mi realidad, de lo que yo pienso, puede que yo esté equivocado, yo estoy hablando como Jorge enfermero, me hago responsable de lo que yo pienso, no sé si es resto de los enfermeros pensara igual o paramédicos pensarán pero yo hablo de lo que yo veo, de lo que yo creo que es así lo que yo creo que es así. Y entonces eso te conlleva a que hay mayor agresión, a nosotros al gente te agrede físicamente, oralmente, te amenazan que te van a esperar a fuera los guardia que tenemos no funcionan para nada. Entonces es todo un conjunto de cosas que van quebrando un sistema. Entonces eh, la infraestructura no es la mejor, no está hecha, un servicio de urgencia debe tener un lugar que solamente ingresan los pacientes, tú ves que a veces tiene un paciente y tienes como 10 acompañantes haciendo un picnic, porque eso es, completo. [00:11:19]
39. P1: Si llevan de todo. [00:11:20]
40. P2: Bebida, café, muertos de la risa, los chiquillos de repente donde quieren salir con las camillas, tienen que pedir permiso porque si le pasan a pegar a alguien lo linchan ahí. [00:11:27]
41. P1: Sipo. [00:11:28]
42. P2: Pa pasar con las camillas, permiso, permiso. [00:11:29]
43. E1: ¿Qué pasa con las Camillas? [00:11:30]
44. P2: Entonces. Todo eso conlleva a que eh. Tú tienes, uno está acostumbrado al estrés del paciente, de un paciente grave, está claro, que un paciente llegue, el familiar llegue eufórico, tu también lo entiendes porque tampoco sabe que está pasando si su familiar esta grave, pero lo que tú no entiende es lo otro, lo que nosotros estamos haciendo para que eso se disminuya. Y yo creo que eso para mí, el trabajo en equipo va en todo eso, en todos los estamentos. En la gestión de cama, en los sicólogos, los enfermeros, pero si vamos todos al mismo punto. El punto es, tratar de sacar pacientes rápido, o diagnosticar rápido, pero si eso se queda y tiene un paciente 14 horas esperando para hacer un diagnóstico con solo un examen, o sin examen de repente. Y que me digan mentiroso yo sé, si. [00:12:14]
45. P1: No si estay diciendo lo correcto. [00:12:15]

46. P2: Entonces tu ahí, ya no sabía qué hacer ósea, pacientes con un cáncer terminal, agónico, entonces lo tienen 14, 15 horas con el paciente, obviamente tu, no es que seas inhumanos, pero tampoco no puedes permitir a toda la familia dentro del box, porque hay pacientes al lado, tienes que ingresar, entonces tiene que lidiar con eso, sabe que no puede entrar señora, vamos hacer procedimiento. Ya eso conlleva a otro estrés, que la gente se enoje contigo, que aquí que allá entonces yo creo que esa, tú tienes que cambiar toda esas condiciones, para que tengamos una condición más digna, y tu tengas un trabajo, mas confortante a irte en turno, porque al final tú te vas del turno, y tenias, llegaste con 35 pacientes, y dejas a 35 igual. Entonces eso conlleva a un estrés, que eso yo creo que quiebra bastante el trabajo en equipo, el no tener una resolución clara de lo que estamos haciendo con los pacientes, no todos pero a algunos. [00:13:08]
47. P6: A mí me gustaría poder aclarar un, no es que yo quería comentar esa es una de las realidades que se viven en Urgencia, también nosotros tenemos, trabajamos con equipo y servicio de Quemados que, incluye a una Unidad de pacientes críticos de quemado, que es distinta la caída de pacientes porque obviamente hay pacientes que llegan muy grave y no es tan rápido como en la urgencia en el fondo de que se le diagnostique y se decida hospitalizar, no acá el paciente llega y lo más probable es que pase un gran periodo de tiempo, entonces obviamente aquí funciona distinto. Pero a lo que va el colega, de que uno tiene un objetivo en común y para desarrollar ese objetivo en común, que en el fondo es recuperar la salud de ese paciente que en algún minuto perdió, uno necesita a un equipo grande, un equipo grande y que en la parte de la salud esta jerarquizado, porque legalmente el que tiene que definir ciertos temas es el médico, y que eso también establece dentro del equipo que se establezcan ciertos liderazgos que no son propios del estamento jerárquico, por ejemplo, no porque el médico tenga representación legalmente en el fondo de ese paciente sea vaya de la mano con que él sea el líder de su equipo, eso no es así, el que pueda liderar a su equipo no necesariamente va relacionado con su equipo, si no que va por las cualidades que tiene, por la experiencia que tiene, muchas veces el ojo, el ojo general, le da la experiencia no lo tiene alguien aunque tenga todos los títulos y recién egresada de la universidad, no lo tiene, porque ese ojo clínico lo tiene la gente que ha estado ahí, ha aprendido, del ver, del mirar, de la experiencia. Entonces pasa mucho eso que limita. Y también uno pierde ese objetivo en común que es recuperar la salud de un paciente, y que a veces tiene servicios de apoyo y que también limita el trabajo en equipo, porque esos servicios de apoyo como es rayos, laboratorio, no sé qué, no funcionan, simplemente no funcionan no más. Entonces uno, pero yo siento que uno trata que ese trabajo en equipo

como acotarlo a su propia realidad, a lo que uno hace con ese paciente ese turno, ese día, porque nosotros trabajamos en sistema de turnos, entonces yo trabajo con mi turno de una forma, en otro turno trabaja n de otra forma, y en el fondo yo siento que el tema de trabajo en equipo, es que a lo que hemos hablado, sobre todo en este tiempo pero que es clave, es calve el determinar, ósea, en ser éxito en el objetivo que uno tiene, que es recuperar la salud de ese paciente. [00:15:42]

48. E2: Cuando tú piensas esto, planteaste esta idea de que existe un cierto liderazgo natural y por otro lado están estos liderazgos más formales. [00:15:52]

49. P6: Claro. [00:15:53]

50. E2: A partir de los equipos, ¿cómo es esa relación?, como... ¿es positiva se produce un problema? [00:16:02]

51. P6: Yo siento que hay situaciones, que Jorge debe saber, que son las situaciones de emergencia que esta la vida del paciente en riesgo, y yo siento que ahí predomina el liderazgo natural, ósea el que corta el queque en el fondo, es el que es capaz de tomar determinaciones que en situación de emergencia nadie cuestiona, en el fondo se tienen que hacer las cosas pero cuando la situación no es de emergencia, es como que ya, una situación un poco ambigua , yo siento que predomina aquel que tiene la autoridad legal como determinar algo, y esa responsabilidad le cae totalmente al médico. [00:16:41]

52. E2: Pero esa, ¿esa es una frontera bien difusa...? [00:16:43]

53. P6: Es una frontera bien difusa. [00:16:45]

54. E2: Por lo tanto debe haber mucho lio. [00:16:46]

55. P6: Y yo siento que muchas veces se juega se juega así, empodera todo el tiempo, ósea de repente que es que nosotros como enfermeros, es como estar jugando al borde de esa línea y decimos haber que es lo que me corresponde a mi legalmente hacer , y cuando yo veo que al que le corresponde tomar esa decisión no la toma que es lo que hago yo, y ahí uno puede, es opcional eso ósea, que determinación tomo yo, soy más pasivo o digo no esa decisión le corresponde al médico, o tomo una decisión quizás más activo de decir no esto hay que hacer y pero también corriendo el riesgo que legalmente uno es expuesto. Aun así también no sé, nuestro paramédicos, con nosotros, si un paramédico ve que una enfermera está haciendo un procedimiento mal hecho, el podría decir, oiga, o ir o hablarlo, y también funciona eso de las lealtades mal entendidas, no pero es que es mi jefa como le voy a decir, y en el fondo entender que las lealtades de nosotros son con los paciente, que no son , no son, independiente que también nosotros tenemos que tener esa lealtad porque pasamos 12 horas juntos y esto es como una familia, disfuncional a veces con todos los pro y contra



pero una familia al fin y al cabo, que pasamos mucho tiempo juntos, mucho tiempo juntos.  
[00:18:01]

56. P8: Yo quería hacer no sé, un aporte, de una visión un poco mas particular, yo vengo hace dos años, como sicólogo y efectivamente aquí estamos trabajamos con la muerte, entonces aquí hay otro bagaje bastante distinto que trabajar en otros ámbitos, probablemente, aquí se ven las cosas mas poco simbolizable, ósea el chaqueteo está muy bien asociado, lo que tu hablaste de las lealtades que muchas veces, claro está , hay lealtades que se forman y que muchas veces eso influye en como atendemos al paciente, pero también el costo que vivimos nosotros como Unidad es bastante fuerte a nivel de metas funcionales , trabajamos con los pacientes estamos siendo exigidos, ya pasan, probablemente a no ser pacientes , pasan a ser usuarios, e incluso clientes en muchas ocasiones, que van con las cámaras de foto y te graban y que vamos a, esto va a salir en las noticias. Y obviamente todo eso, es una paranoilla constante, trabajando con la muerte, trabajando con todo eso. Y a demás con nuestro colegas, con nuestros superiores, con muchas cosas, efectivamente, el trabajo de equipo a veces no se forma de forma sinérgica, se podría decir, que todos trabajamos por una sola línea. Tratamos al final de resguardarnos cada uno, entonces es desgastante, yo he visto y yo lo he sentido igualmente que es distinto trabajar en una Unidad de Urgencia, o como una unidad de, Servicio de Quemado, y también en un Hospital de Urgencia como en una clínica. Son otros costos también, a nivel personal. La gente hace su vida acá, con quien establece relaciones, alianzas, como también se cruzan muchas cosas personales, finalmente, es como, es como un melance que se vive, yo así lo vivo, un melance de funciones, un melance de límites a nivel de autoridades a mí eso me genera bastante ansiedad, a mí en particular. Es eso la mi visión que yo puedo aportar. Claro porque yo estoy todos los días, entonces veo como trabaja un equipo un turno, después otro, entonces como que uno va viendo eso. [00:20:45]
57. P6: Siento que se establecen como minis equipos de trabajo en los diferentes servicios, e n los diferentes turnos también, no, siento que es muy difícil, de que toda, que sería lo ideal, la Posta Central funcionara como un equipo, como un gran equipo, pero yo siento que eso es súper complejo, porque, siempre hay una traba que es como propio del servicio público, no sé, hay que subir a un paciente, ah no es que no te lo recibo porque no tiene este examen, entonces ah es que no tengo la cama todavía, entonces es que ya, entonces uno debiera empezar, yo tengo este paciente grave, lo tengo que subir, arriba debiera estar esa, esa anciana que debiera decir, ya desocupemos una cama, y eso no sucede entonces. Todo

lo muy bien que uno lo puede hacer en un pie, si en el otro escalón falla, se pierde como el agua entre medio de los dedos. [00:21:46]

58. P8: Y también se establecen como alianzas, como mas a nivel personal, entonces muchas veces yo he visto como, oh voy a subir a este paciente, “no, no hay cama” y entonces uno piensa que es una situación de voluntad, ah entonces efectivamente uno dice pero como “al colega de la lado tu le recibiste un paciente hace dos minutos y le había dicho que tenía tres camas, entonces como ahora no hay, entonces, efectivamente eso genera también muchos roces a nivel de colegas, porque como yo decía, especificaba ósea, es una situación muy particular donde se establece la paranoilla, se establecen muchas cosas más que un día y pero también esta situación de lealtades personales, también genera un desgaste tremendo, entonces luchamos diariamente. [00:22:30]
59. E2: Y que, y ¿que se empieza a acumular en Uds., cuando las cosas se entranpan? y quizás ¿cómo constatar que hay causes que son de relaciones interpersonales, de lealtades entre amistades? Y ¿qué pasa con eso, con lo que va quedando, con la frustración, como se vive la frustración Uds. y que hacen con eso? [00:23:00]
60. P1: Yo me desahogo y lo digo. Se los digo a los médicos, a mis enfermeros, a quien sea se lo digo. Si he tenido que decírselo al director, se lo digo. [00:23:09]
61. P2: Siii, nos queda claro. [00:23:11]
62. P1: Yo lo hablo, me desahogo. [00:23:15]
63. P2: Si, es la forma de que. [00:23:16]
64. E2: ¿Y eso es algo que ocurre o Usted es más bien la excepción? [00:23:21]
65. P2: Noo, mira hay una intensa que nosotros tenemos. [00:23:26]
66. E2: Ah? [00:23:27]
67. P2: Hay una in..., bueno es que depende de cada persona, mira es que Alicia no porque la tenga a mi lado, yo se lo he dicho, es una excelente personal y excelente paramédico, entonces a ella le duelen estas situaciones, le duele ver, mira yo llevo 17 años y ya tengo una visión de diferencia hasta ahora, y ella lleva 39 ósea, y ha pasado por los médicos que han sido directores, han pasado por ella por box, han pasado, le lleva toda la trayectoria, entonces es una persona válida para ver los cambios actuales, y hablar con fundamentos, entonces la diferencia claro, ella está claro. Nosotros tenemos la opción en que en la mañana pasa un equipo médico, que pasa el director, el jefe de urgencia de la UTI, y uno le hace todos los descargos, y todo lo que está pasando con los pacientes, este paciente 4, 5 días acá, que vamos hacer, porque no lo movemos, porque no lo llevamos a otra parte, uno como que se siente que se relaja un poco, porque es el amigo no más. [00:24:15]

68. P7: Claro no pasa mucho. [00:24:16]
69. P2: Es como un descargo personal, pero por lo tanto te sientes bien que hiciste lo posible, ósea. La visión mía era, desde recuperar, hable con le medico, no me pesco mucho, mande a buscar al ayudante, hable con él, en cierto modo él y el director de cama me solucionaron el problema, y subimos a otro paciente que nada que ver, y logramos, cosas como esa, pero a la larga van desgastando, en qué sentido, yo a las 20 horas, yo salgo de urgencia y a mí se me termina la urgencia y para afuera, yo me voy a mi casa. Yo a las 8 estoy y me voy, ahora lo que tu viste ahora igual te quedas pensando, este paciente soy su único ayudante, hasta que hora estará esperando, este paciente quizás, porque ya lleva días aquí, quizás va a estar hasta 15 horas, lo van a tener hasta las 2 de la mañana, no tiene plata, como se va a ir ósea, pero en el fondo tú tienes que dejar las cosas aquí, si no al final, se vuelve en una cuestión que no puedes absorber mayores problemas a los que ya tu personalmente puedes tener, entonces, uno lo hace como, yo lo digo cuando hay que decir las cosas, lo digo a quien corresponda, con respecto a que corresponda, para buscar una solución, si no la hay, yo ya lo planteo , la dejo escrito, y en cierto modo, no es que te sientas salvado pero por lo menos hiciste alguna gestión ósea , lo que decía la colega, bien lo ve, en la urgencia la gran parte de los pacientes que se ven es por sugerencia de los paramédicos que están ahí con ellos constantemente, los enfermeros, y no mejor que hagamos esto, o mejor esto otro, y porque no le ponemos esto, porque no mejor lo mandamos al San Borja, porque ósea, eso se hace pero se produce un desgaste, porque al final tu estas cumpliendo tu función, y te están saliendo del buzón que no te corresponde y eso también es desgastante, porque al final tú podrías, ahora con la gestión de cada uno, tu peleas menos con los reos de los pisos, son verdaderas peleas y, hay peleas que yo ni siquiera las conozco. [00:26:06]
70. P7: Todo por teléfono. [00:26:07]
71. P2: O va pasando, y no tengo idea quien es. Hasta nos hemos podido saludamos y ayer nos estuvimos agarrando, es por lo mismo, yo entiendo la manera de cada uno, yo, mira para mí lo más fácil que ha pasado aquí, y eso si que te los voy a nombrar, hay ciertos equipos que prefieren tener hospitalizados en box, porque que estén hospitalizados en box tienen menos pega entre comillas, porque ya lo que tienes, lo tienes allí ya, y lo re solucionas con lo que tienes, y los 10 pacientes que están allá a fuera , son pacientes nuevos, entonces mejor, estamos bien con estos. Los pacientes tienen que espera 3, 4 horas porque osino no, osino se acostumbran, ósea, son los leves entonces, pero los que ponemos la cara allá a fuera somos nosotros, nosotros estamos acá. De repente tu puedes sugerir cosas, sugieres, sugieres, pero después tu ya llevas 7 años sugiriendo y ya te empiezas como a aburrir,

- entonces al final, claro, tú cuando ves que la cosa esta mal, tus pacientes se están aberrando, o están en una aberración, claro ya ahí tu ya actúas con. [00:27:03]
72. E2: Pero ahí, esa, ese, porque hay un, siento que hay un, cuando hablan siento que hay un cierto poder, y cuando digo poder, que por ejemplo que toma la decisión, que decide de tener a la gente en un box, o los que deciden que es bueno que tenerlos 3 horas a fuera, ¿de qué podríamos estar hablando?, ¿estamos hablando de los médicos que toma esa decisión?, oh, oh, estamos hablando de algo que está, en las distintas personas. [00:27:31]
73. P2: Hay turnos que trabajan diferente, hay turnos medios que prefieren que el paciente espere un poco más. [00:27:36]
74. E2: Pero ese trabajar diferentes, es trabajar me peor, mejor, menos. [00: 27:41]
75. P2: Es que cada turnos es característico de, hay un turno que le gusta sacar rápido los pacientes, hay otros turnos que le gusta tener gente, hay otros turnos que no movilizan gente. [00:27:50]
76. E2: Pero eso trae consecuencias. [00:27:52]
77. P2: Claro, la consecuencia está en que tú. [00:27:54]
78. E2: Pero Uds. Pueden cargar. [00:27:55]
79. P2: En que tu. [00:27:56]
80. E2: Uds. Pueden cargar. [00:27:57]
81. P2: Imagínate eso que yo les conté como talla, eso que el paciente dejo allí, y dejo escrito con su carne que lo llamáramos en caso de cualquier cosa. Bueno tú crearás que efectivamente, bueno aquí hay, el 70% de los pacientes que llega no son de urgencia, pero algunos tú no lo sabes hasta que lo atiendas. Ponte que se muera de verdad, ósea. Claro como una anécdota pero es grave lo que está pasando, ósea mira lo que puso, se dio el lujo, y puso carnet de identidad, y estoy en mi casa, allá voy a morirme mejor dignamente, cuando pasas por urgencia y ahí ves que dejo el cartón pegado ahí. Entonces tu lo cuentas, como claro, pero esa es la realidad, ósea y esa persona obviamente no tiene más opciones, si alguien tiene un sueldo mejor, tiene la opción de ir a una clínica, y si no te gusta vas a la otra, pero esa persona no tiene más opción, y tiene que venir acá, porque no tiene más plata, ósea es la Posta Central.[00:18:42]
82. P7: No y aparte, yo también siento que ese tema por ejemplo de que Usted trabaja, que lo podríamos catalogar como quien trabaja mejor o peor de acuerdo a los resultados en el fondo, si hay un turno que no mueve ni un paciente es claramente porque no está haciendo bien su trabajo. [00:28:56]
83. P2: De hecho hay que. [00:28:57]

84. P7: Que pasa por un tema de la, también de la evaluación, que hay de las distintas personas que hay aquí en la Posta, inclusive Uds. se darán cuenta que la Posta es la mejor calificada, todo el mundo aquí tiene puros 7, al menos en su gran mayoría, esa es la información que la entrega la misma gente de recursos humanos. [00:29:13]
85. E2: ¿Y tiene categoría 7? [00:29:16]
86. P7: Categoría de 7 de nota, por ejemplo de que a todos 1 a 7. [00:29:17]
87. E2: De 1 a 7 tienen un 7. [00:29:18]
88. P8: Un 7 en participación, sí. [00:29:20]
89. P7: Todo el mundo clasifica y claro yo creo que la peor nota debe ser aquí un 5 o 6, y si es un 6 es como lo peor, entonces no. La mayoría de la gente tiene 7, y también porque el tema de la evaluación del personal en general de la Posta está asociado a incentivos económicos. Que en el fondo obviamente. [00:29:40]
90. P4: Algo. [00:29:41]
91. P7: Claro si, si yo tengo un año 1 medio de experiencia, tengo que calificar a personas que llevan 30 años de experiencia, llevan 30 años aquí en la Posta, que el hecho que yo la califique de una forma distinta a la que está acostumbrada a que a califiquen, implica que sus bonos ósea sus ingresos, disminuyan en gran porcentaje y esa es una realidad, y eso preciosa a la persona que califica, que uno también califica con muy poca experiencia, pero bueno de dicen, tú tienes que calificar a tu personal, chuta y si bueno, y bueno si yo considero que en este aspecto no está muy bien, pero yo no le puedo poner menos nota porque eso implica de que su bono de pórtate bien o pórtate mal no va a ser lo que era siempre. Está asociado también al tema gremial y también surge cierta presión de que hay juntas calificadoras y bueno yo me junto bueno yo le puedo poner un 6, pero si ella va a la junta calificadora lo más probable que al otro día tenga su 7. Y eso lo grave que genera es desmotivación la gente que trabaja bien, la que si se merece un 7 entonces, si a mí me ponen un 7, y a mi colega que a lo mejor hace pésimo el trabajo que hago yo, y le ponen un 7, genera el peor virus que puede haber aquí en la Posta, que no tiene ni un tratamiento que es la desmotivación. [00:30:56]
92. E2: ¿Y esto está muy extendido? [00:30:57]
93. P7: Eso está extendido. [00:30:58]
94. P8: Sí. [00:30:58]
95. P7: Y yo siento que no es propio de nuestra Posta, debe ser en todos los estamentos públicos. [00:31:03]
96. Unánime: Sí. [00: 31:04]

97. P7: Esto de hacer carrera por estar nomas en el fondo. [00:31:10]
98. E2: Ósea nadie le puede poner el cascabel al gato en ese sentido. [00:31:13]
99. P4: Es que antiguamente los bonos eran por antigüedad. [00:31:14]
100. P7: Claro. [00:31:15]
101. P4: Y ahora es por competencia. [00:31:17]
102. P2: Pero eso también va. [00:31:18]
103. P3: Pero también es por un cambio de generación. [00:31:20]
104. P2: Eso también va de la mano, como bien tú dices, tu llevas un año y medio pero cuando tengas mas años, tú te vas a dar cuenta que la calificación en el fondo también hay que hacerla así, yo no le puedo poner la misma nota que le pongo a María Alicia, que le pongo a otra paramédico, porque no es lo que hacen, y no es justo. [00:31:33]
105. P7: No es justo. [00:31:33]
106. P2: Y yo no lo hago, ahora eso que conlleve y ah que el jefe pata de vaca, miren una cosa es bien clara, los mismo colegas, yo a mis colegas enfermeros. Uno sabe como son y quiénes son entonces si después la junta te los sube, ya es problema de la junta. Pero como ha pasado en casos, un caso personal en turno, cuando esa personas tuvo que ser desvinculada del turno, la única chance que teníamos nosotros por escrito eran las calificaciones anteriores y que se había recalcado esta conducta, esta conducta, y esta conducta. Que posterior se le subió pero no fue buena, y es necesario decirle a esa persona que no en un mal momento se desvinculo de la Posta, costó pero salió, pero también yo no le puedo poner la misma nota que le pongo al Cardonel, que le pongo a gente que lleva 40 años, ahora pueden tener 40 años y pueden trabajar igual de mal. Yo tengo personas que tiene 20 años de experiencia, 15 años de experiencia y una persona que lleva 2 años, y la capacidad es mejor que el conocimiento que el de allá. Si bien es cierto, uno también por respecto por los años que lleva, hay algunos que tu nunca les vas a bajar, pero hay cosas que tu si puedes trabajar, en qué sentido, porque cuando tú quieras, o alguna vez pasa a un problema grave, y ahí un sumario lo único que te va a preguntar, pero bueno como. [00:32:49]
107. P7: Lo hizo excelente. [00:32:50]
108. P2: Cómo me dice Usted señorita si Usted misma lo califico hace 5 años, y puros 7, conocimiento sobresaliente, conocimiento sobre el trabajo sobresaliente. Lo que pasa es que a veces marca pero no lee lo que cada uno significa, hay personas que son sobresalientes en capacidad de trabajo pero en conocimientos no, entonces es la única salvedad que tú tienes después de que o lo hace tu jefa con nosotros, es a única salvedad que te puede demostrar, no si se equivoco porque siempre le dije, y se le dio la oportunidad, y no ha hecho cursos, y

- no hizo cursos, no ha hecho ninguno, y siempre tuvo este problema. Entonces puros 7 después claro después. [00:33:26]
109. P6: No es que yo creo que hay un cambio de generación a los servicios, ha llegado mucha gente que es nueva, hay mucha gente que es antigua, mi turno por ejemplo se compone de la mitad es antigua de enfermeras, y la otra mitad es, somos gente joven, recién salidos de, con pocos años de experiencia en el fondo, entonces claro te desmotiva este tema de que pucha, hay cosas que uno hace y uno dice ya. A veces claro, las calificaciones, por ejemplo hay un punto que sale de antigüedad y no alcanzamos a tener el 7, uno a veces no lo espera porque uno sabe que, generalmente nosotras con nuestro enfermeros, ellos nos dicen en que nos caemos, chiquillas hagamos esto, vamos aprendiendo, porque tenemos así una generación, relativamente joven en el fondo, todo en un mismo rango, pero claro a veces uno se desmotiva porque uno hace todo y pucha, al final la persona que es más antigua no se le puede descalificar porque claro existe este tema legal, gremial, que y claro si te bajan la nota existe un problema de comunicación entre nosotras, entonces andan todos enojados, y es como personal, así como ya bueno, sabemos cómo trabajamos todos pero en el fondo eso igual te desmotiva . Te crea así como, el ya bueno, ya lo dejas pasar para no tener problemas. Entonces te lavas las manos y es como así será. [00:34:51]
110. P8: Efectivamente si tú estás trabajando bien, te están calificando bien, pero a una persona que está trabajando mal la están calificando igual de bien. [00:34:59]
111. P6, P7 y P8: Claro, obviamente te desmotiva, te desmotiva cualquier cantidad el tema de las calificaciones, porque vamos a ser evaluados igual...[00:35:10]
112. P8: Entonces yo creo, que efectivamente, como dice Jorge, una evaluación objetiva también genera una mayor capacidad de motivación, que yo veo que mis calificaciones están malas, digo, chucha aquí me equivoque, hay perdón la palabra. [00:35:20]
113. Unánime: Risas. [00:35:21]
114. P8: Pero eso genera interés, y si es un problema de conocimientos, voy a meterme a un curso o algo así, porque sé que esas calificaciones, son totalmente objetivas y entonces también influye en mi labor. [00:35:41]
115. P6: También como que trata de que la calificación sea día a día, de uno estimular a la gente que trabaja bien, decirle oye lo hace súper bien, me gusta trabajar contigo, porque uno así lo ve también, el día a día uno va como afianzando los equipos, y así bueno, pucha que rico que me toca trabajar hoy día contigo porque sé que las cosas van a resultar de otra forma, eh pero que en el fondo tampoco se reflejan en las calificaciones como digo todos pasan teniendo, tiene la misma nota en el fondo. [00:36:05]

116. P2: Y, y hay gente que tu no importa lo que le digas. [00:36:13]
117. P6: Claro no le va a importar, tampoco nada. [00:36:15]
118. P2: Le vamos a dejar, ya donde firmo, y no es de ser chucaro. [00:36:19]
119. P4: Es que hay casos, y casos también. [00:36:20]
120. P6: Claro, es que. [00:36:21]
121. P4: Hay enfermeras que duran un mes, van cambiando, llegan a los paramédicos les han enseñado, ya al mes ya se van, llega una nueva y no se puede calificar al personal con un mes. [00:36:36]
122. P2: Y sabes que lo que está pasando ahí también, esto es más, mas volado eso sí, es que hay mucha gente, los médicos, los enfermeros, los paramédicos, personal de servicio, que están acá pero realmente, tu cachay que no les gusta esto. No les gusta la salud, sacaste una carrera, ya tú la pagaste, estas acá, pero tú te das cuenta que la motivación acá, es del mínimo esfuerzo. Lo que tu decías recién, en el grado de adulto, este paciente llevas 10 horas acá, ya hacemos todo el escándalo, se queda o no se queda. Yo como tengo más años, tengo más años, y tengo otra relación con los médicos acá, me puedo parar y decirles, ya que algunos tenemos más nivel de conocimientos, como oye yapo hasta cuando, o dalo de alta, o hospitalizado, o mándalo para la casa, ósea, se puede hacer, pero también desgasta. Pero tú también te das cuenta que hay gente que, colegas que no están ni ahí con esta cuestión, hay paramédicos nuevos que no están ni ahí con la cuestión, hay servicio interno que no están ni ahí con la cuestión, hay médicos que tú ves que tampoco. La otra vez llegaron internos muertos de la risa diciendo, unos internos que llegaron de una cierta universidad, y de repente se perdieron todos los internos, y empezaron a buscar, y preguntar, oye donde están los internos. Y estaban todos escondidos en un auto, en los estacionamientos, los cuatros, no querían hacer napo. Cuando se supone que la oportunidad de tu poder equivocarte entre comillas, porque no te va pasar nada el ideal es aquí, porque estas aprendiendo. Pasa, también es algo muy personal mío, no soy dueño de la verdad, nosotros recibimos de la chile, de la católica, de la mayor, los andes, un montón de, entonces, tu de repente vez, llegan en la mañana, y dicen a qué hora es la colación, ya y podemos irnos a tomar un café, que estamos fatigados, ósea tu vienes llegando y se supone que, no sé yo cuando venía de la práctica uno venía con ganas así, con un poco con susto, así miedo, entonces tu ahí, esa misma desmotivación, después van a salir y van a venir a trabajar acá, y al final, hay un quiebre ahí, porque, tres enfermeros tiran para un lado, o cuatro, tiran para otro, entonces ya también hay un quiebre en ese equipo, entonces, y más encima te encuentras con un medico que viene con la misma historia, o paramédicos con la



- misma historia y que cuando vienen hacer turnos, te encuentras con una aberración de cosas, de porque no las hicieron? [00:38:38]
123. P6: Aparte que esta ese concepto de que en la Posta, nadie lo echan. [00:38:42]
124. Unánime: Exacto. [00:38:44]
125. P6: Como que nadie es inamovible, yo puedo tener calificaciones tres años, malas notas, y voy a seguir acá, ah porque quizás, tengo 10 años, 15 años, acá entonces oh. [00:38:55]
126. E2: Y eso ¿es solamente acá? [00:38:57]
127. P6: O porque a lo mejor falta gente. [00:38:58]
128. E2: O ¿es que todo el sistema? [00:38:59]
129. P6 y P4: Yo creo que es el sistema público. [00:39:00]
130. E2: Porque, porque aquí vemos una realidad, solamente hay notas 7, o 6 con suerte, que nadie lo echan digamos, eh debe ser complejo, si vamos sumando otros supuestos que Uds. dijeron. [00:39:15]
131. P2: Hay gente que dura aquí un mes, y ¿porque se van? se supone que uno quiere trabajar, y cuesta encontrar, tu puedes encontrar la solidaridad en tu trabajo, pero a veces te cuesta encontrar un trabajo seguro, estable. [00:39:23]
132. P6: Claro. [00:39:24]
133. P2: Claro, entonces después se van y ¿por qué se van? Hay mucho, mucho recambio. [00:39:29]
134. P4: Es que ese es otro problema, de que no les pagan tampoco. [00:39:31]
135. P7: Es que ese es un problema, de recursos humanos. [00:39:33]
136. P4: Llevan 2 meses, 3 meses, y no les pagan. [00:39:36]
137. P2: Nosotros hemos tenido gente que ha llegado, los paramédicos han estado dos horas. [00:39:39]
138. P6: Claro. [00:39:39]
139. P4: Media mañana. [00:39:41]
140. P2: Claro, y tu puedes decir, puede que no te guste pero por el otro lado darle un tiempo más. Entonces ahí hay otro problema aparte. [00:39:54]
141. P7: Yo creo que la vocación de trabajar en un sistema público nace. Hay gente sencillamente trabaja en esto y trabaja en clínica porque se sabe que se paga más y todo, pero el tema está en que hay gente que trabaja acá por un tema de seguridad laboral, que claro no te echan, tiene buenas calificaciones, llevas un tiempo y si ya no echan no te van a echar nunca, entonces que pasa que yo creo que. Igual...mm se me fue la idea. [00:40:22]
142. P2: Que trabajan en dos lados. [00:40:26]

143. P7: No si que yo, yo tengo la idea que mi servicio es supere mal mirado, el servicio de Quemados. [00:40:34]
144. E2: ¿Porque se van? [00:40:35]
145. P7: Porque , es que es un tema de pacientes, por ejemplo, hay gente, yo he tenido colegas que son recién egresados, y por ejemplo entran al box, y ven bombas así, muy invasivo al paciente y ya, sabes que yo no. Hasta el mismo olor de quedamos es característico. a nosotros siempre nos han dicho que Quemados es como súper aislado, porque claro nosotros salimos a fumar, salimos lo justo y necesario del servicio, como es UTI, pero igual , yo creo que la gente, claro si busca, una estabilidad así como laboral, busca servicio público, y por un último un tema de vocación , si uno se queda en un servicio público, uno se queda por vocación, pero no muchos lo hacen así, entonces ahí ya hay un quiebre, llega un colega nuevo, que no trabaja tan bien como tú, como que uno veces trabaja como para el paciente y pasan el día. [00:41:31]
146. P7: Y lo contradictorio de esto es que dicen que el estado es el peor patrón de todos, ósea yo aquí y otros estamos a contrata, no somos de planta y nuestros contratos se renuevan, entonces es entre comillas una estabilidad laboral, porque a mi mañana me pueden decir sabe que gracias, gracias por sus servicios, y resulta de que yo aunque llevara 15 años, ¡no me van a pagar nada! porque estoy a contrata año a año. [00:41:56]
147. Unánime: Si. [00:41:58]
148. P6: Y eso también desgasta, nosotros por ejemplo, disculpe señor en el servicio, claro trabajas cierto turno, y tienes que tener ciertas leyes, y por ejemplo cuando uno llega, yo por ejemplo para tener mi asignación de turno tuve que pelear dos años, y eso me desgasto cualquier cantidad. Tenía que ir a la contraloría, tenía que ir a reuniones, mandar cartas, con una pega que no es mía, que no me corresponde. Es una pega que uno debería llegar acá a la Posta, y decirte, ya sabes que tu vas a ganar tanta plata, estas son tus leyes y tú tienes que tener todo esto. Pero uno tiene que pelear y generalmente nosotras que, bueno nuestro servicio se amplio, llegaron más colegas, uno ya conoce el sistema, oye sabias que tenias que ir, tienes que, entonces tienes que estar cateteando, pidiendo permiso en turno, oye sabes que, tengo que ir a pedir el memo para la ley de urgencia, que son cosas que en el fondo deberían ser netamente. [00:42:53]
149. P2: Administrativos. [00:42:54]
150. P6: De recursos humanos. Son cosas administrativas que a nosotros no nos corresponden. [00:43:59]

151. P7: Y prácticamente, la gente que llega acá, al servicio público, se entera, transcurrido un tiempo, de que realmente las cosas no son como pensaban. [00:43:06]
152. P6: Claro. [00:43:07]
153. P7: Llevan un mes, y dicen cuando vamos a firmar el contrato, pasa el tiempo, y dicen pero porque. [00:43:13]
154. P6: Nadie ha firmado contrato. [00:43:14]
155. P7: ¿Porque no me puedo tomar vacaciones? Porque no me puedo, y claro empiezan a explicarles cuáles son sus condiciones de trabajo acá, claro como dicen es una estabilidad laboral entre comillas. Entonces eso también he visto, que desmotiva un poco y se van. Me paso especialmente en un caso de un chico, que se desmotivo por eso. Porque no le pagaban, porque no le dicen claramente cuando va a trabajar aquí, cuales son las condiciones. Entonces llega un momento en que, oye uno les exige y ellos no tienen motivación mayor, porque en realidad. Pucha porque si yo vengo a recibir un x sueldo, y me paga la mitad, entonces para que me voy a esforzar, ¿ya? Porque mira como me esforcé todo este tiempo, y ni siquiera con eso me pueden retribuir por ejemplo, y a lo mejor uno él puede retribuir con una palabra, pero ni siquiera ellos reciben la información clara, entonces se sienten un poco medio estafados a veces, entonces se van desilusionados de acá, y se empiezan a comportar, como uno los ve de una forma más. [00:44:23]
156. P4: Desinteresados. [00:44:24]
157. P7: Desinteresados en el sentido del trabajo. [00:44:26]
158. P8: A mí también me pasa, que me hace mucho sentido porque, como es que casi uno ingresa acá, es como pisar huevos un poco. Ósea como que uno ve que, el piso esta parejito y todo pero cuando uno va caminado, empieza a ver a no son huevos, ósea esto es más o menos complicado. Ósea de hecho mi familia me dice que haces tú en la Posta Central, así como onda jamás se lo pensaron. Y claro, probablemente uno ingresa para formar un poco mas de personalidad, para establecer límites, porque aquí lo que más que nada se valora yo creo es muchos casos, es que tu empiezas a buscar tus propios límites, porque es medio difuso entre las relaciones con tus compañeros, el contrato, las vacaciones. Es todo como una cosa así, que te genera, mucha más ansiedad. Claro tú dices hay mayor estabilidad, pero yo no sé si, el 31 de diciembre te dicen, la otra vez estábamos leyendo el estatuto administrativo, eh no te renovamos de nuevo el contrato, y tú no puedes decir ni pio, ósea ni siquiera porque. [00:45:28]
159. E2: Pero ¿eso pasa? [00:45:29]
160. Unánime: Si, si pasa. [00:45:30]

161. P2: Hay gente que les dice. [00:45:32]
162. P6: Es que yo creo que el sistema administrativo aquí de la Posta, está mal enfocado. De hecho la gente, que uno conoce más el sistema, anda a pelear por esto, o las chiquillas se acercan, Karen revísame esto, no oye es que no te pagaron ni siquiera la mitad de lo que deberías ganar. Entonces claro los chiquillos, esperan un mes, y si al mes ya no les pagaron bien, se van, así los enfermeros. También se prometen contratos, que no existen, y también uno, si uno está esperando gente, porque ya cuando se amplía, se abren box, se abren nuevas salas, uno espera que llegue más gente, porque claro, a carga laboral está aumentando, y si no se queda, chuta que está pasando, el problema es a mucha gente le gusta quedarse en Quemados, pero nosotras en Quemados, pero no se pueden quedar porque le están pagando más nomas. Y ha pasado que por ejemplo, tu contrato es, si estas contratada, y resulta que cuando tu llegas a cagarte, no tienes respaldo, resulta que tú tienes que estar preocupada de tener respaldo, hasta cuando dura tu reemplazo, eh cuanto te van a pagar por día, cuantos turnos extras tenias que hacer pasar más o menos lo que tienes que hacer. [00:46:35]
163. P4: Te pagan la mitad del mes. [00:46:39]
164. P6: Tu sueldo, no te pagan, te pagan la quincena y te dicen, sabes que este cheque era para el otro mes. Y resulta que uno tiene cuentas, uno se endeuda, y todo eso. Y uno dice pero pucha como me van a pagar este cheque el otro mes si debería estar entre los primeros cinco días. Entonces como que, administrativamente es así mal, mal. Siempre se ha dicho, siempre se ha hablado, siempre se ha conversado, no es un tema que este así como escondido en la Posta. Todo el mundo sabe que recursos humanos funciona mal. [00:47:05]
165. Unánime: Si, es lo más importante. [00:47:13]
166. P6: entonces la gente dice, a no sabes que mas, porque claro en una clínica, tu llegas y te dicen ya, este es tu contrato, yo creo que de toda la gente, nadie de toda la Posta ha firmado un contrato. [00:47:20]
167. P7: En el servicio público no se firma contrato.[00:47:23]
168. P6: Por lo tanto cuando a ti te dicen, y puede ser cualquier día, sabes que en realidad vamos a cerrar la mitad de tú te vas para tu casa porque en realidad tu no. Y así está estipulado en el estatuto. [00:47:38]
169. Unánime: Estatuto. Y ha pasado. [00:47:40]
170. P6: Entonces te vas con las dos manos de atrás. Porque en el servicio público, privado, porque también me fui enterando en el camino. En el privado te pagan tu finiquito. En

- cambio a nosotros, te dicen no. Hay trabajado 15, 20 años como les ha pasado otras personas. [00:47:59]
171. P9: Bueno de hecho a mi me paso un caso de cuando yo empecé a trabajar, resulta que yo tenía horas extras y no me las pagaron, yo no me daba cuenta, entonces un día un compañero me dijo, pero oye si tu tenias horas extras y no te las pagan, ah voy a ir a ver, fui a ver y me dijo sipo en realidad, haber te voy a revisar y le dije y los meses anteriores. Y empezamos a revisar en las colillas, y eran dos años que no me habían pagado. Dos años, y entonces le dije donde puedo reclamar, y me dijo no te prescribieron ya, entonces perdí mis horas extras durante dos años. [00:48:38]
172. P8: Ósea hay que alegar en el momento, hay que ponerse amigon, hay que ponerse. [00:48:41]
173. P6: Pero es que nadie le dice. [00:48:42]
174. P4: Y si no te das cuenta. [00:48:43]
175. P6: Claro. [00:48:44]
176. P7: Pasa a ser también una parte súper importante, de estos servicios de apoyo que antes hablamos, como para que funcionen estos micro equipos de trabajo, porque es, mucha de la desmotivación de la gente pasa por eso. Por estar perdiendo un poco de tiempo, de decir oye ya, si yo hice tanto turnos, me tienen que pagar tanto. Entonces uno va y te dicen, ahh chuta sorry, y entonces uno va y ve que el sistema es súper manual, que es todo con planilla Excel, uno debiera pensar, una Posta que, uno cree que hay pocos recursos en la salud, y no es tan poco recurso, a lo mejor quizás son recursos mal distribuidos, pero están, ósea a lo mejor comparado con otros servicios, la Posta yo siento que igual, igual ocupando un sistema Excel, con una hojita totalmente anticuada, que podría ser algo mucho más automático, ósea todos marcamos, yo digo como esa marcación no se pasa al tiro a decir, bueno. [00:49:35]
177. P3: Pero ¿para contar? [00:49:36]
178. Unánime: Sí. [00:49:37]
179. P7: Entonces eso hace que la gente se desmotiva. Pero aun así la gente igual quiere la Posta, igual se queda acá. [00:49:46]
180. E2: Yo eso les quería preguntar, como pensando en el trabajo que Uds. realizan. Que características en el sentido, que características positivas piensan Uds. que están presentes en los equipos, que facilitan y que caracterizas que Uds. pueden reconocer o de alguna manera distinguir vinculadas al liderazgo, ¿creen Uds. que están presentes en los equipos? Que es lo que permite que los equipos funcionen. Que elementos. Ah? [00:50:22]

181. P6: Yo creo que la falta de comunicación, nosotros tenemos un equipo grande que está compuesto con los auxiliares, que nosotros por ejemplo ni siquiera a los chiquillos tenemos que decirles, chiquillos hay q ir a buscar un a examen, porque ya los chiquillos ya los trajeron. No si para allá fui, entonces hay una comunicación, por lo menos en mi equipo. En mi turno hay una cosa así muy particular, nosotros nos comunicamos todo, si hay un problema, si se está provocando un roce así como de personalidad. Porque todos tenemos la personalidad muy fuerte en mi turno, entonces ya, si se está provocando algo, ya se habla. Nos encerramos, lo conversamos, ya que está pasando, y tratamos de llegar a una solución, pero para que se arregle porque osino después esta olla de presión se va juntando, se van juntando y después uno explota. [00:51:05]
182. P4: En el sexto piso, en medicina también la comunicación nos sobra. A pesar de que el piso de nosotros en donde más pasan reemplazantes, a pedido por los pagos, tenemos un equipo que nosotros nos comunicamos, salimos el turno también, vamos a paseos, vamos a almuerzos, entonces hay una comunicación, y trabajamos en equipo, porque cada uno cuando hay un paro, sabe el que tiene que correr. Antiguamente corríamos con una tabla para la que teníamos que poner encima de la cama, quien llevaba el monitor, asique todos sabemos lo que tenemos que hacer, trabajamos en un equipo. [00:51:38]
183. P7: Yo creo que de parte de los liderazgos dentro de estos equipos, de que muchas veces uno sabe que tiene que hacer, pero siempre va a necesitar, que alguien como que tu... ah, ah, ah. Y todo funciona como tú, tú, tú, como una banda. Y generalmente como funciona así, la cosa resulta y cuando hay algún problema, y la cosa no resulto, es porque fallo algún sistema, comunicación, cuando uno dio una indicación como, oye tráeme eso que esta allá, y que es eso que esta allá, ¿qué es? Ósea cuando uno no da instrucciones claras a la gente. Porque uno asume a que todo el mundo le va a entender lo que quiere que le traigan, pero si uno le dice oye quiero que me traigas esto, que está en tal y tal mueble, a lo mejor la gente no lo va a entender así. Yo creo que las cosas claras, para que las cosas resulten bien, es fundamental el tema de la comunicación. Y a veces tu puedes ser, cuando ya los equipos son muy afianzados, ya esta esa comunicación incluso no verbal, un gesto y la otra persona ya sabe los que están contigo detrás. Y yo siento que mucho de esto se da entre, enfermeros, paramédicos y auxiliares. Porque somos los que estamos mucho más tiempo con los pacientes. [00:52.48]
184. P6: Mas la confianza también. [00:52:49]
185. P7: Mas la confianza. [00:52:49]

186. P1: La confianza, porque hay veces que uno puede notar cosas que quizás hasta que el médico no se ha dado cuenta, y uno le dice. Y al menos en mi turno las enfermeras a nosotras nos tiene mucha confianza y nos creen, y pueden hasta luchar por nosotras, en el sentido de que nos creen de lo que nosotros les estamos informando. [00:53:08]
187. P2: Y es súper mecánico, por ejemplo yo. [00:53:09]
188. P1: Y eso es súper rico eso. [00:53:10]
189. P2: Trabajo en el servicio, y dicen va a llegar un ingreso y ah la chiquillas preparan todo, tienen todo preparado. Por lo general nunca llegan con fichas los pacientes, los suben nomas. Entonces mecánicamente uno, nadie sabe, toma un documento, cualquier tipo de documento que traigan ellos con el nombre, con el carne y listo, y le hacen la ficha. Cuando ellas ya le tiene tomados los exámenes, ya está la ficha, entonces todos trabajamos casi mecánico. [00:53:35]
190. P4: Y mas Uds. del servicio de Quemados. [00:53:38]
191. Unánime: Risas. [00:53:42]
192. P3: Subimos con ficha. [00:53:43]
193. P2: Estoy hablando de los pacientes que llegan desde acá, no estoy hablando. [00:53:45]
194. Unánime: No, ha. Tiramos las fichas por debajo ha ha. [00:53:56]
195. P3: Trabajamos con cinco enfermeros, y ellos se turnan cada tres meses un jefe o una jefa. Entonces esa es la cabeza que tenemos allá abajo nosotros. Tenemos abajo un recuperador. [00:54:09]
196. P5: Ellos lo deciden. [00:54:10]
197. P3: Ellos, ellos, claro lo deciden. [00:54:12]
198. P2: Es como un rol, para que sea más parejo, porque. [00:54:19]
199. P6: Igual es agotador, llevar. [00:54:20]
200. E2: Quizás es interesante pensar que aquí esta lo que Uds. representan como el equipo, digamos en el sentido, hay enfermeras, enfermeros, auxiliares de servicio, técnicos paramédicos, pero parece ser que hay un eslabón en este, que es el médico, que en esta reunión no está presente pero que parece que no está muy alineado ¿o no? [00:54:44]
201. P2: Es que lo que pasa, sabe lo que pasa, se entiende diferente. Lo que pasa nosotros somos fijos, hacemos doce horas al día, doce horas noche. No cambiamos nunca, los paramédicos, los auxiliares de servicio, y el enfermero, somos el mismo equipo, tenemos un mismo rol. En cambio el día lunes, todo el equipo médico, el día martes esta otro, entonces no es que tú no los consideras del equipo, lo que pasa es que el médico hace su labor que es la del box, pero después el que hospitalizo. [00:55:13]

202. P6: No rota junto con nosotros. [00:55:14]
203. P2: Lo estabilizamos, y dicen hay q ir a rayos, y ¿quiénes van a rayos? nosotros nomas. [00:55:21]
204. Unánime: Exacto. [00:55:22]
205. P2: No hay ni un medico. Si el paciente se para en rayos, ahí tu tenis, uno tiene que lincharlo, entonces, no es que tu lo dejes aparte, no estamos nosotros siendo los médicos, pero es que el tiene una labor, porque él viene, hay médicos que viene el día lunes, de 8 a 8, y después se van. [00:55:37]
206. E2: Está bien pero quizás, uno pudiera pensar, que aun cuando los médicos roten, Uds. han hablado que hay equipos, turnos de médicos, que trabajan de una manera, uno pudiera decir peor, y otros que trabajan mejor, y quizás en esa funciones, cuanto de, ¿cuán efectivo es el trabajo en conjunto? ¿ah? o ¿cuán poco efectivo es? Digamos porque. [00:56:05]
207. P1: En mis servicios nosotros trabajamos con el médico ahí, está ahí, porque UTI, intermedios, el médico tiene sus pertenencias, pero igual tiene sus turnos. A nosotros no nos tocan los mismo médicos siempre, ellos tienen sus formas, pero siempre está ahí digamos. Es este instante, ahora inclusive, se está haciendo lo que es trente en un día y se queda uno hasta las 12 y después el otro toda la noche, eh, pero siempre hay un medico. Y nosotros si podemos decir, hacemos algo también lo consideramos a él. Para el año nuevo es siempre esta, se junta con nosotros, cena con nosotros, igual lo integramos. [00:56:38]
208. P2: Si no es que, no tiene que ver algo con ellos. Nosotros. [00:56:42]
209. P6: Claro, es que el tema, es más el día a día. [00:56:43]
210. E2: Pero estamos hablando más que las fechas especiales, es pensar en el trabajo. [00:56:48]
211. P2: Pero incluso en el trabajo hay turnos, en urgencia por ejemplo, ellos de las 12 horas a las 6 horas cambian. Por ejemplo que este urgencia hombre, pasa a, entonces tu estuviste trabajando seis horas con un medico, que moldeo líneas para este paciente, tal cosa. Y después está a punto de irse de alta, termina el suero y se va, cambian de médico, no, no se da nada de alta. Entonces empieza todo de nuevo otra vez, entonces ahí, pero doctor si está listo, tenemos todos los exámenes. Pero no es que sabes que pidámosle el famoso examen de orina, que sale fijo cuatro horas. Entonces tenemos todos que cambiar todo el teje y maneje, empezar de nuevo. [00:57:24]
212. E2: Y ¿qué pasa ahí con Uds.? [00:57:25]



213. P2: Uno representa pero para que, para que si el paciente viene por un dolor de guata. Pero bueno, no, no, es que bueno ya. Al final tu ya, uno, le realizamos el examen de orina. [00:57:38]
214. P3: Al recuperador llegan todos los médicos, cuando llega un paciente grave abajo hay un timbre. [00:57:43]
215. P2: Pero después los que nos quedamos somos nosotros. [00:57:45]
216. P6: Pero yo siento que resulta que esto también ha ido cambiando, ojo al menos yo la experiencia que nosotros tenemos en Quemados, hay una buena relación con los profesionales. [00:57:50]
217. P2: Es que claro. Es diferente. [00:57:52]
218. P6: Es distinto porque ellos también. [00:57:53]
219. P2 y p4: Es distinto, es distinto. [00:57:54]
220. P6: Igual que en la uci medica, los tenemos ahí, y ellos saben de que no los tenemos de puntos fijos, no. Pero pasa cualquier cosa, y es el médico que esta de turno, y es el médico que está ahí, y así ellos también van estableciendo una, también trabajando con los distintos turnos. Y a ellos les toca trabajar con todos los tunos, y también trabajan de forma distinta todos los turnos, y yo siento que si ellos, sobre todo los médicos más jóvenes, que también viene con mucha, con poca experiencia, y ellos saben reconocen su poca experiencia, y se van apoyando, y preguntan, y son receptivos a las sugerencias que uno puede hacer, que le puede hacer su paramédicos, que le puede hacer su enfermero, que él puede hacer su auxiliar, todo. Y yo siento que igual, y que ojala eso vaya evolucionando en algún minuto y que pueda ser. Pero yo siento que si todavía está el miedo que, como que el que va el que presta un servicio, hay que intubar y se va. Entonces después es uno el que lo acomoda, le pone aquí, lo hace, lo baña, lo limpia, le conoce hasta la uña, del cayo que tiene en el pies. Pero eso uno lo hace porque, como que ellos prestan un servicio, más que. [00:59:02]
221. P7: Como que llegan y se van. [00:59:02]
222. P2: Cumplen un procedimiento y está listo. [00:59:03]
223. P6: Eso, eso es como su función. [00:59:05]
224. P7: Si. [00:59:05]
225. P6: Pero si, en ese hecho puntual de hacer ese procedimiento, uno tiene que trabajar claramente. [00:59:14]
226. P7: Ósea claramente, nosotros los incorporamos ahí, en el trabajo en equipo. Porque son un eslabón fundamental en la atención del paciente, pero uno los termina conociendo, como yo trabajo en medicina, nosotros tenemos un equipo de médicos que rota, así igual como los

chiquillos en urgencia. Pero son fijos, son siempre los mismos médicos, entonces uno los termina conociendo. Entonces uno sabe, ah este está de turno, ah entonces a este no lo voy a llamar porque no me va hacer nada, en realidad uno termina llamándolos porque ahí está, y hay que llamarlo. Entonces, nosotros en realidad no los tenemos ahí como los chiquillos, pero los tenemos que estarlos llamando. Doctor mire tenemos este paciente acá porque no lo viene a ver. A veces van a veces no van, se cumple. Los incorpora en el trabajo de equipo pero pasan a ser como más extras, no sé. No es como precisamente del piso, aparte que el de nosotros va para arriba para abajo. [01:00:10]

227. P4: No y mas encima que en medicina hay medico para toda cría, porque son internos, becados está lleno. [01:00:14]

228. P7: Pero yo creo que, para los médicos, o para el que gestione así. Es que lo que a nosotros nos paso una vez es bien puntual. Nosotros tuvimos a un paciente que, demasiado atrevido, nos tiraba las cosas, nos trataba a garabatos, y los médicos al frente. Pero ninguno de los médicos se paro y dijo, chiquillos que pasa, eh, en que las puedo ayudar, que está pasando, porque este paciente esta agresivo. Tuvimos que decirle al enfermero, ellos tuvieron que, ya, pucha gestionemos el alta de este paciente porque está demasiado agresivo, quiere irse. No sé si se acuerdan, del Carlos. Entonces yo sentí que estábamos como desprotegidas en ese sentido, en lo que era tema de medico. Porque ellos estaban afuera, afuera del box, porque la sala de estar de los médicos está afuera de todos los box. Y él estaba justo en el primero, porque de hecho, lo trajeron del servicio leve, porque el tipo se arrancaba, para que no se arrancara, y porque en UTI hay mucho mas ojo, lo dejaron aquí en un box. Pero el tipo, y a mí me paso en lo personalmente, que yo tuve que ir hablar con el jefe de servicio. Yo seguí con el conducto regular, yo le avise a mi jefa, después yo fui hablar con el médico, y ahí el cómo, si es que en realidad, pero como que ellos no, el tema del paciente de cómo a nosotros nos trata como técnicos, o como auxiliares o como enfermeras, yo creo que ahí a ellos los tienen bien limitados. Porque ahh si, es que en realidad, como que tienen poco menos que el tipo pegar para que ellos tomen así como la realidad de que, pucha chiquillos la verdad es que este paciente hay que tratarlo medicamente, así como con sus medicamentos siquiátricos. Hay que mandarlo para allá, hay que gestionarlos más rápido, yo creo que esa gestión a veces como que es muy lenta. Pero es que ellos de verdad, nosotros tenemos médicos que lamentablemente se fue, el doctor Cesar, que de verdad era como, pucha doctor cesar. Porque la verdad que a mí una vez me paso, que un paciente así me dio un agarrón, y yo como así, quede muy, muy para adentro porque yo que hago, ¿le pego? Delante de todos los pacientes, ¿qué hago?, ¿lo

garabateo?, no sabía qué hacer. Fui hablar con mi enfermera, mi enfermera fue hablar con él. Y él le fue a decir, si tu vuelves a hacer, y se los advirtió a todos, y dijo si Uds. vuelven hacer esto yo les doy el alta disciplinal. Pero siento que a veces lo médicos, como que se lavan las manos en ese sentido. Uno tiene que estar amarrando a los pacientes, después llegan, y no sabes que suéltelo, porque no puede estar con sujeción. Tu pero es que doctor, uno está ahí, es uno, si uno no sujeta a un paciente de las manos de los pies, le coloca un pulpo para que no se mueva, es porque sabemos que si en algún momento se pueden sacar el tubo, y ¿a quién le van a retar? Van a retar a los. [01:02:55]

229. P6: Más encima los médicos, como que ellos, no atienden la cosa tan médica, atienden más la patología. [01:02:58]

230. P7: Claro. [01:02:58]

231. P6: Me entiende, al infartado, al apéndice, pero no al señor que aparte de tener un apéndice, tiene depresión, o tiene un trastorno siquiátrico, o es adicto, entonces que aparte del apéndice, uno tiene que lidiar con que sea grosero, que sea inquieto, que se retire los espacios de invasión. Entonces el médico de turno, oye es que esta el paciente Juanito Pérez, que paciente, el paciente que tiene el apéndice, ah ya ese. Entonces esta ese como, ah ya. Y eso es muy medico, de que no se está pensando de que aquí hay una persona, de que tiene artos otros componentes. Y como nosotros, yo siento que pasamos más tiempo con los pacientes que se genera otro tipo de trabajo con ellos. [01:03:40]

232. E2: Y que características negativas... ¿Perdón? [01:03:43]

233. P8: No si es que quería hacer un aporte también en ese ámbito. Frente a todo lo que hablan, porque efectivamente el equipo que se habla, es el equipo de enfermeros, de técnicos, y de auxiliares. Ese si es, si nosotros entramos hablar de equipo. Ósea nosotros somos un equipo de sicólogo, ah pero el equipo que está ahí con el paciente, que tiene sus lealtades, es mucho mas demarcadas, son ellos. El médico es casi intocable muchas veces, en muchas ocasiones. Por lo mismo muchas veces, nosotros recibimos llamados, desde auxiliares, desde técnicos, y los enfermeros que están más ahí con los pacientes. Y efectivamente eso también como que ayuda, pero también imposibilita, ¿porque? Porque muchas veces nosotros también necesitamos el aporte de los médicos, y no están tan cercanos como lo son Uds. también pasa que en muchas ocasiones, que nosotros nos hacemos cargo de cosas, que decimos, pucha bueno, abra que hacerse cargo, pero es una situación en pro del equipo que esta al cuidado del paciente y en pro del paciente. Entonces efectivamente se ve, de hecho yo no me he dado cuenta pero acá, en esta instancia se ve que el equipo que se habla es más que nada ese. [01:05:04]

234. E2: Y que, en ese sentido en lo que Uds., como nombran como equipo, ¿qué características negativas dificultan? quizás, y yo estoy pensando en el ejercicio del liderazgo, en cualquiera de sus, de las diversas manifestaciones que Uds. han hablado del ejercicio del liderazgo dificultan que el trabajo en equipo se desarrolle. ¿Qué elementos, en las personas o en los grupos dificultan el trabajo que Uds. realizan? Ustedes hablaban antes positivamente como la comunicación. ¿Qué elementos que están presentes en las personas, y en los grupos sientes Uds. que entorpecen? [01:05:44]
235. P8: Ósea si nosotros hablamos del equipo, como el equipo que ya definimos, como el equipo de enfermería, en la cabeza del equipo, es el enfermero. Muchas veces, en este equipo, no solamente en la cabeza, hay personalidades que a veces son un poquito más fuertes y que quieren ejercer este liderazgo. [01:06:10]
236. P7: Autoridad. [01:06:10]
237. P8: Claro, pero no es una autoridad que es bien. [01:06:17]
238. P7: Pasivista. [01:06:17]
239. P8: Claro. ósea ahí pasa un poquito que puede ser negativo. Eso. [01:06:21]
240. P6: Ósea está claro, que la gente, sobre todo la que tiene mayor experiencia, no va a ser liderado por cualquiera. Ellos, yo siento que los paramédicos son súper así, o te quieren o te odian, es bien como así o todo a nada. Sobre todo cuando uno está recién, que te están probando todo el tiempo, te están mirando lo que uno hace, lo que no hace. Tiene que pasar mucho tiempo, para que uno se vaya ganando la confianza, demostrando a lo mejor cierto manejo en ciertas situaciones, como para que ellos digan, chiquillos vamos hacer esto, y ellos digan ya vamos. Porque osino no nomas. Y es así. [01:06:59]
241. P3: También tiene que ver de cómo lleguen. Porque hay algunos muy autoritarios, ósea, lo saben todo, no se les puede nada uno, hay unos, por supuesto, a ley del hielo nomas. Ósea. [01:07:11]
242. Unánime: risas. [01:07:11]
243. E2: Y ¿quién sale perdiendo ahí? [01:07:30]
244. P7: Ahí, resulta que después de que lleva un año, o un par de meses, ya, ya. [01:07:39]
245. P6: La confianza, la confianza del año. [01:07:40]
246. P7: Ya no es la persona simpática, cariñosa o receptiva que uno tenía al lado. Es ya empujemos, entonces en algún momento tú te encuentras con ellos, y ah ya sabes que, técnico enfermera. Entonces cambia como mucho este, y nosotros somos como, todos los técnicos somos como, los paramédicos, ah no ya, y le hacen la cruz. Y la ley del hielo, y no. Porque nosotros somos, yo creo, como muy acogedores en ese sentido de que ya te vamos

- a enseñar, te vamos apoyar, ¿necesitas ayudas? Te ayudamos, estamos contigo y todo, pero una mala cara y ya perdiste. Yo creo que somos demasiado herméticas en ese sentido. Yo creo que nos gusta más la gratitud, siempre y cuando, siempre respetando los espacios, la jerarquía, y todo, pero nos gusta más la gratitud eso de que, sigan como siempre, siga así como cuando llego. Porque la gente llega es como muy amorosa, jajaja, pero resulta que después, la persona ya no es la amorosa, es un ogro, pesa, y entonces a ya chao, y viene la ley del hielo. Creo que somos todas así. [01:08:46]
247. P3: También uno se siente desprotegida también por sus jefes. Yo no con todos, pero hay enfermeros que nosotros somos bien protectores si se quiere, pero siempre están ahí, si hay algo, si hay alguna situación ahí están. La señora Alejandra, don Jorge, no es porque este aquí, pero con otro no. Hay uno que es más nuevo, todavía no puedo decir nada de él. [01:09:10]
248. P4: Y la señorita Judy. [01:09:11]
249. P3: No la señorita Judy es un caso aparte. [01:09:11]
250. Unánime: Risas. [01:09:11]
251. P3: Usted sabe yo siempre se lo he dicho a ella, es un caso aparte. Porque ella vive en su mundo, su mundo ella vive, y todos lo sabemos, las que la conocemos. Don Alex, eh todavía es muy nuevo, pero los otros, la señora Alejandra, y don Jorge, siempre están ahí al lado de uno. Siempre. [01:09:34]
252. P6: Si se ve que es muy importante, que uno tenga el apoyo. [01:09:37]
253. P3: Siempre uno apoya a alguien, si es muy importante. [01:09:37]
254. P6: Porque cuando hay enfermeros que no están bien preparados, de los enfermeros, yo creo que por ser jerarquía de nosotros, y por tener por ejemplo, claro a veces ellos tiene una confianza con nosotros, señorita sabe que vamos hacer no se qué cosa, ah me parece. Entonces siempre con autorización de ellos. Pero si nosotros no tenemos una buena comunicación, con ellos, yo creo que todos andaríamos así como medio chacreado, medio como mala onda. Yo creo que a veces, claro, se siente como mas protegida, porque uno no busca todo, para contar un problema por ejemplo, uno se dirigi así, como al que se debe sentir más protegida. Está bien en el fondo la jerarquía de nosotros, de los enfermeros, así como sentirse apoyada y que en el fondo cuando los necesitemos, cuando necesitemos que nos defiendan, que se pongan la chaqueta por nosotros. Entonces como así nosotros también somos el brazo derecho de ellos. Pero no con todos los enfermeros, lamentablemente, pasa. Muchas veces hay enfermeros que no tienen eso, y uno tiene que andar así como, pucha sabe. Poco menos uno tiene que andar acusándolos, sabes que puso mal la anestesia, sabe

- que esta mala esto, entonces eso también es incomodo, a uno la incómoda un poco. Pero yo siento que la comunicación entre técnicos y, bueno los auxiliares también, tener esa confianza con los enfermeros, es como súper primordial, más que con el médico. [01:11:03]
255. P7: Claro, yo creo que es un tema de confianza. Lo que pasa mucho, cuando viene llegando alguien nuevo, nosotros no podemos confiar en él, porque esa persona, nosotros no sabemos cómo trabaja, entonces claro, al final ¿quien se ve con toda esta carga?, es el que lleva más tiempo. ¿Por qué no lo va a ver? ¿Por qué no va a ver a la paciente porque sabes que, me tinca? Ya voy a ir a ver. Y al final te haces cargo como, bueno a mí me paso, que se me fueron los dos colegas que tenía como de apoyo, y quede con las viejas. Entonces, claro, porque no, para acá, para allá, entonces la confianza, hasta que no se ganen la confianza. [01:11:40]
256. P8: Es como una apuesta amiga. [01:11:40]
257. P7: Claro y a veces, hay personas que no quieren ganarse la confianza, no quieren ganar la confianza, ósea no quieren acceder a la confianza de otra persona porque también las personalidad un poquito chocan. Entonces, claro la confianza es la palabra ahí. [01:11:53]
258. P8: Y hay una cosa ahí, uno se da cuenta también, que, y que también es muy probable que vaya basado en la comunicación, a nivel de los equipos es muy rica la comunicación, pero también hay otro punto, que yo creo que es el otro polar, hay también artos focos al nivel del pelambre que se da, que se da mucho. Se da a nivel de los rumores, probablemente también nos paso mucho que, con el cambio, que, a nivel de dirección, que había muchos rumores. Y que también eso a nosotros nos generaba mucha ansiedad, entonces es ese como el efecto que genera. Ósea esto de tirar una palabra, y después se produce el efecto teléfono, de todas esas cosas, que si genera un desgaste a nivel del equipo. Yo creo que los grandes equipos que se mantienen, como tu decías, son los que se confrontan, ahí mismo, cuando te dicen, haber espérate, sabes que me llego esto, obviamente no es que yo ande preguntando, pero te llega, y es una cosa increíble y lo confrontas con la persona. Y él dice, ¿es así o no? [01:12:58]
259. P6: Piensa que igual yo por ejemplo, a nosotros, en la universidad y en nuestra formación están ramos así como de liderazgo, de trabajo en equipo, y es porque es vital, ósea a nadie le enseñan a, ósea uno llega recién egresada de la universidad, sabiendo prácticamente nada, y eres la jefa de 12, 15, 20 personas, y sin tener, de repente, claro, algunas herramientas teóricas y todo que pueden, yo siento que también por eso las enseñan y nos forman en esa área. En ver los temas, y tratar de hacer reuniones. Si yo veo un conflicto, reúno al tiro, pasa esto, esto, y esto, digo, ¡ya! ¿soluciones?, que dices tú, que dices tú. Y tratando porque

osino, al menos en nuestro turnos hemos tratado de hacer eso, y yo siento que nos ha dado resultados, el tratar de a medida que surja un problema, porque en el fondo problemas hay todos los días, y miles, pero problemas que a nosotros, a nuestro criterio, consideremos que son relevantes y que pueden limitar nuestro trabajo, se llama al tiro a reunión en el minuto. Ósea en el minuto, reunión, y paso esto, y que, ya solución, ¿qué hacemos?, y así ha dado resultados. Ahora al menos nosotros hemos tenido buenos resultados con eso. El resto del equipo se queda conforme, siempre van a ver algunas rencillas, alguien que no queda bien de acuerdo, pero, el total del equipo, es el que importa, y gran porcentaje queda conforme con eso. [01:14:23]

260. E2: Bueno les queremos dar las gracias, en realidad ha sido de mucha utilidad todo lo que nos han contado del trabajo que realizan, así es que bueno, en síntesis es eso. Les agradezco. Les agradecemos mucho, todo lo que nos han informado, estaremos en contacto probablemente, en el futuro ah. [01:14:44]

## **Códigos y Familias de las Transcripciones de Audios de Entrevistas Grupales**

### **Entrevista Grupal #1**

#### **Códigos Entrevista #1**

1. Abuso de liderazgo frente a dificultades para realizar trabajo.
2. Alta tasa de ausentismo fomenta injusticias y provoca sobrecarga laboral.
3. Amabilidad y buenos tratos fomentan la colaboración entre miembros de equipo médico.
4. Ante situaciones de urgencia, trabajo se realiza de manera sincronizada y efectiva.
5. Buen trabajo en equipo se ven opacados por falta de personal.
6. Calidad de trabajo en equipo depende de años de trabajo conjunto.
7. Calidad del trabajo en equipo se da de manera desigual en los distintos servicios del Hospital.
8. Colaboración presente solo en momentos críticos.
9. Colaboración y trabajo en equipo deberían estar presentes a lo largo de toda la vida profesional del personal.
10. Comprensión de jefaturas por falta de personal.
11. Con pacientes críticos trabajo en equipo funciona porque cada persona cumple su rol.
12. Concepto de trabajo en equipo como el reemplazo de personal en ciertas tareas.
13. Conflictos por no atender pacientes por falta de condiciones mínimas.
14. Crecimiento de Hospital conlleva a aumento en carga laboral generando presión a los equipos médicos.
15. Cuestiona definición de trabajo en equipo como suplir fallas de otro.
16. Cuestiona valor de tesis de sobrecarga por atención a consultantes de otras áreas.
17. Desprenderse de la responsabilidad personal en falla del sistema.
18. Dificultades por exceso de trabajo.
19. El liderazgo implica el saber escuchar a los demás.
20. Empatía con paciente y familiares.
21. En ciertas instancias se requiere intervención de superiores de área.
22. En ciertos turnos existe buena comunicación entre colegas, pero en instancias informales y esporádicas.
23. Espacios para el diálogo surgen como resultado de fuerte presión del personal.
24. Especificidad del trabajo clínico con respecto al resto del Hospital facilita tarea.



25. Estrés institucional por falta de capacidad por fallas del sistema.
26. Estrés por exceso de trabajo x2.
27. Exceso de trabajo dificulta que fluya comunicación entre miembros de equipo.
28. Existe falta de empatía entre colegas y diferentes integrantes del equipo médico.
29. Existe mayor colaboración ante percepción de que se valora experiencia.
30. Existe menos capacidad de pensar colaborativamente.
31. Existe una brecha entre lo que se hace y lo que se cree que se hace.
32. Existencia de equipo médico limitado requiere mayor colaboración.
33. Experiencia de superiores es influyente en la solución de conflictos.
34. Existe buena recepción de servicios hacia profesionales de apoyo.
35. Fallas en superiores son absorbidas por paramédicos.
36. Falta de capacidad hospitalaria es vista como realidad nacional.
37. Falta de colaboración provoca roces.
38. Falta de colaboración y apoyo entre los distintos profesionales.
39. Falta de colaboración y flexibilidad en los roles.
40. Falta de experiencia de nuevos médicos estresa a integrantes del equipo.
41. Falta de liderazgo para generar instancias de análisis del trabajo.
42. Falta de paramédicos y enfermeras hace colapsar el sistema.
43. Falta de personal paramédico y enfermería sobrecarga el sistema.
44. Falta de personal y ausentismo dificulta la tarea del equipo.
45. Falta de profesionales de apoyo.
46. Falta de reciprocidad entre jefes y subalternos.
47. Falta de reconocimiento por parte de médicos reduce colaboración.
48. Falta de retroalimentación posterior a procedimientos realizados por equipo de profesionales.
49. Falta de solidaridad entre distintos profesionales.
50. Falta de valoración hacia la experiencia anula la colaboración entre diferentes profesionales.
51. Falta de voluntad para crear instancias de diálogo.
52. Igual exigencia aunque haya falta de personal.
53. Importancia del conocimiento del propio rol.
54. Incertidumbre y ansiedad por ampliación de número de cama sin aumento del personal.
55. Ineficiencia se justifica por falta de capacidad de Hospital para atender a consultantes de otras áreas.
56. La realidad es sinónimo de lo indeseado.

57. Licencias médicas y ausentismo aumenta sobrecarga laboral.
58. Los médicos se perciben más trasversales hoy y no tan jerárquicos como antes.
59. Más reclamos implican mayor presión para personal.
60. Mayor dotación de médico mejora apoyo y colaboración.
61. Mayor número de personal mejora trabajo en equipo.
62. Mayor reconocimiento mejoraría las relaciones al interior del equipo.
63. Mejor comunicación conlleva a solución de problemas de manera más rápida.
64. Mejor comunicación entre profesionales de la salud, mejoraría trabajo en equipo.
65. Mentalidad poco colaborativa de nuevos profesionales.
66. Múltiples roles de personal de enfermería les genera presión.
67. Necesidad de acudir a instancias superiores para resolver problemas.
68. No atención de pacientes afecta imperativos de atención.
69. No existe una instancia formal para discusión de problemas.
70. No existen instancias formales para comunicar y retroalimentar sobre los resultados obtenidos por los equipo.
71. No se percibe fallas en trabajo de equipo.
72. Nuevas generaciones se perciben con mejor trato interpersonal.
73. Nuevos profesionales menos generosos.
74. Pacientes críticos demandan trabajo en equipo.
75. Paramédicos sienten falta de apoyo de jefatura de enfermería.
76. Percepción de injusticias de jefaturas.
77. Personal es agredido por familiares impacientes por falta de atención.
78. Poca evaluación de pacientes por carga de trabajo.
79. Poca reconocimiento a la experiencia de personal paramédico.
80. Problemas y falta de colaboración son constantes.
81. Profesionales de apoyo distribuyen su trabajo en los distintos servicios.
82. Reafirma percepción de poco trabajo en equipo en la Posta.
83. Respeto y reconocimiento del aporte de cada uno al trabajo facilita entendimiento en el equipo.
84. Retroalimentación de resultados debe ser planificada de manera institucional.
85. Rol de enfermera es coordinar al equipo con otros profesionales.
86. Rol de enfermeras como cabeza y nexo de servicios médicos.
87. Roles definidos por cargo.
88. Roles definidos por la institución.

89. Rotación de personal dificulta comunicación y trabajo en equipo.
90. Se cuestiona la inexistencia de espacios para el diálogo.
91. Se cuestiona que falta de comunicación sea un problema propio de este sistema, ya que es un problema social.
92. Se culpa a nuevos profesionales por falta de sintonía con realidad de salud pública.
93. Se han solicitado espacios para dialogar, pero no hay respuesta de autoridades.
94. Se promueve cultura del reclamo.
95. Se reafirma el poder de la jerarquía por sobre la experiencia.
96. Se requiere de flexibilidad en momentos de estrés.
97. Se requiere delimitar tipo de problemas a resolver según jefatura.
98. Se valoran y respetan conocimientos obtenidos desde la propia experiencia con pacientes.
99. Servicio pequeño y con dotación suficiente soportan menos niveles de estrés y tienen mejor disposición hacia el trabajo.
100. Servicios más pequeños dan soporte a servicios críticos.
101. Sobrecarga de trabajo dificulta contacto entre personal y superiores.
102. Sobrecarga de trabajo justifica problemas de atención.
103. Trabajo de roles se realiza con casi nulo contacto entre miembros del equipo.
104. Trabajo en equipo asociado a interacciones vinculadas a la tarea.
105. Trabajo en equipo es inherente al trabajo con pacientes.
106. Trabajo en equipo implica sincronización y cumplimiento de roles.
107. Trabajo en equipo no es hacer trabajo otro.
108. Trabajo ideal: involucramiento y colaboración.
109. Trabajo médico no funciona sin trabajo en equipo.
110. Una mejor comunicación mejoraría estrés y la relación entre el personal.
111. Valoración del equipo, mezcla de juventud y experiencia.
112. Vivencia de diferenciación con el resto del Hospital.

A continuación se presentaran las familias, y cuáles son los códigos asociados a ellas.

### **Familias Entrevista #1**

#### **Trabajo en Equipo:**

4- 5- 6- 7- 9- 11- 12- 15- 61- 64- 71- 74- 82- 83- 86- 89- 100- 103- 104- 105- 106- 107- 108- 109.

**Liderazgo:**

1- 19- 21- 41- 86.

**Sobrecarga Laboral:**

2- 14- 16- 18- 26- 27- 36- 52- 54- 55- 57- 78- 81- 101- 102.

**Colaboración:**

3- 8- 9- 29- 30- 32- 34- 37- 38- 39- 46- 47- 49- 50- 60- 65- 73- 75- 80- 101- 103- 107- 108.

**Comunicación:**

19- 22- 23- 27- 41- 46- 51- 63- 64- 70- 89- 90- 91- 93- 101- 110.

**Rol:**

11- 15- 17- 31- 39- 53- 58- 66- 72- 73- 85- 86- 87- 88- 92- 95- 96- 97- 103- 106.

**Falta de Personal:**

2- 5- 10- 12- 32- 36- 42- 43- 44- 45- 52- 54- 57- 60- 61- 81- 100.

**Condiciones de Trabajo:**

3- 23- 25- 26- 28- 33- 35- 40- 54- 59- 62- 66- 76- 77- 96- 99- 110.

**Sistema en su Totalidad:**

7- 13- 14- 16- 17- 21- 22- 24- 25- 35- 36- 42- 43- 55- 56- 59- 67- 68- 69- 70- 75- 77- 78-  
84- 88- 90- 91- 93- 94- 95- 97- 99- 100- 102- 105- 112.

**Retroalimentación:**

48- 62- 70- 84.

**Experiencia Laboral:**

6- 34- 40- 47- 50- 79- 83- 92- 95- 98- 111.

## Entrevista Grupal #2

### Códigos Entrevista #2

1. Abusos de poder y autoritarismo desvirtúan liderazgo.
2. Actualmente, falta de confianza limita instancias de aprendizaje.
3. Afiatamiento del grupo permite trabajo en equipo.
4. Alta rotación de personal afecta afiatamiento del equipo.
5. Ambiente hostil, sobrecarga laboral y desorden del sistema, dificulta el trabajo en equipo.
6. Anteriormente, equipos desarrollaban instancias de aprendizaje.
7. Aparición de nuevas profesiones en la Posta que confunden al personal de la Posta.
8. Asumir jefatura con respeto por los demás ayuda en la capacidad de liderar.
9. Autocrítica como elemento clave para el aprendizaje.
10. Autoridades imponen poder sin considerar a subalternos.
11. Calidad del ambiente laboral depende de características de los individuos.
12. Calidad en la comunicación y relaciones interpersonales del grupo determina clima de trabajo.
13. Cambios en forma de liderar en la Posta, desde un líder empático hacia la indiferencia.
14. Catarsis grupal como instancia de encuentro.
15. Clasismo y falta de respeto en nuevas generaciones de médicos se debe a la formación universitaria.
16. Comités formales existentes no son efectivos para resolver conflictos laborales.
17. Comunicación como ayuda para solucionar problemas de sobrecarga de trabajo.
18. Comunicación verbal se prefiere como vía de contacto.
19. Confirmación de poder en médicos y enfermeras.
20. Conversación y respeto por el trabajo de cada uno mejora trabajo en equipo.
21. Criterios divergentes para hospitalización recargan sistema de atención.
22. Criterios médicos predominan en decisión de hospitalización.
23. Crítica a nuevas generaciones que no discriminan necesidades del otro.
24. Crítica negativa a Servicio de urgencia por retardo excesivo en atención de pacientes.
25. Crítica negativa por mal trato de nuevas generaciones de profesionales a subalternos.
26. Cuidado adecuado del paciente choca con excesiva demanda de atención del sistema.
27. Cuidado del paciente como objetivo común posibilita trabajo en equipo.
28. Deshumanización del servicio.

29. Diferencia de percepción de poseedores de poder.
30. Dificultad para trabajar con profesionales distintos por individualismo.
31. Dinámicas laborales son distintas en cada servicio.
32. Efectividad de equipo de trabajo se define en base a conocimiento y estabilidad de sus miembros.
33. El buen trato, de la persona que posee el poder, es percibido como positivo.
34. El liderazgo nace de la persona más que de la estructura del sistema.
35. El líder debe ser capaz de enfrentar a los pacientes en situación de espera.
36. Equipo tiene que lidiar con egoísmo de pacientes.
37. Espacios informales para compartir conocimientos (médico y enfermera).
38. Estilo democrático en toma de decisiones y buenas relaciones interpersonales favorecen al trabajo en equipo.
39. Existe división entre distintos profesionales.
40. Existencia de equipos que trabajan mejor que otros.
41. Existencia de instancias correctivas frente a déficits técnicos del personal.
42. Existencia de reuniones interdisciplinarias pero con motivos técnicos/administrativos que no incluyen ámbito interpersonal.
43. Factor crítico liderazgo: características personales y estructurales.
44. Factor crítico liderazgo: presión del trabajo, sobrecarga de trabajo.
45. Factor crítico liderazgo: deshumanización del sistema de atención.
46. Falta de espacios de conversación generan frustración.
47. Falta de habilidades personales entorpecen liderazgo de equipos.
48. Falta de intercambio de conocimiento entre profesionales deteriora funcionamiento del sistema.
49. Falta de liderazgos positivos deterioran cuidado del paciente.
50. Flexibilidad y colaboración ayuda a evitar roces entre personal.
51. Frustración del equipo por larga espera en la atención del paciente.
52. Gran separación y falta de contacto entre distintos profesionales.
53. Individualismo para marcar diferencias con otros profesionales.
54. Individuos específicos deterioran clima de trabajo.
55. Indolencia del personal.
56. Indolencia se acentúa por colapso del sistema de atención.
57. La estructura institucional genera roces en el área médica.
58. Larga jornada laboral demanda buenas relaciones laborales.

59. Lucha por el poder entre médicos y enfermeras.
60. Mayor socialización mejora clima laboral.
61. Médicos tienen que asumir mayores niveles de poder y responsabilidad.
62. Muestras de respeto y participar en la vida de los demás como base de confianza.
63. Niveles de estrés y presión del servicio de Urgencia superiores a cualquier otro trabajo.
64. No existe trabajo en equipo en el Hospital.
65. No existencia de trabajo en equipo a nivel organizacional pero sí a nivel de unidades de servicio.
66. Nuevas generaciones de médicos son más autoritarios.
67. Percepción de autocrítica, empatía y democracia como habilidades necesarias para liderar.
68. Percepción de dificultad de lograr trabajo en equipo.
69. Percepción sobre trabajo en equipo distinta de cada profesional/técnico.
70. Personal con trastornos de salud mental.
71. Personal hospitalario resistente al maltrato institucional.
72. Personalidad amistosa y segura facilita relaciones con otros profesionales.
73. Pese a sobrecarga de trabajo, logro de acuerdos favorece trabajo colaborativo.
74. Poco trabajo en equipo entre médicos y enfermeros/as.
75. Poder en manos de médicos y enfermeras.
76. Prepotencia y autoritarismo de médicos con resto del equipo.
77. Profesionales que gustan de trabajar con personas son considerados buenos líderes.
78. Realidad laboral de Urgencia expulsa profesionales.
79. Respeto por uno mismo y por el resto para liderar.
80. Reuniones administrativas mensuales para mejorar procedimientos.
81. Saludo como muestra de reconocimiento del grupo de pertenencia.
82. Se respetan las jerarquías institucionales, independiente de su naturaleza (puesta o impuesta).
83. Sensación de vulnerabilidad y desprotección frente a violencia de pacientes y familiares.
84. Sentimiento de escapar en medicina, de irse.
85. Trabajo en equipo se da entre profesionales del mismo tipo.
86. Trabajo en equipo se da sólo con grupos afiatados.
87. Trabajo en equipo se produce en situaciones extremas.
88. Uso de comunicación escrita como mecanismo para evitar contacto con personas non-gratas.
89. Uso de comunicación verbal para lidiar con aquéllos que no se adaptan al sistema.



- 90. Visión de falta de criterio de hospitalización de parte de enfermeras/paramédicos.
- 91. Visión de generaciones con distinta formación profesional/técnica.
- 92. Vivencia de abuso de poder de parte del superior jerárquico.

A continuación se presentaran las familias, y cuáles son los códigos asociados a ellas.

**Familias Entrevista #2**

**Trabajo en Equipo:**

3- 4- 5- 20- 27- 30- 32- 38- 40- 47- 57- 58- 62- 64- 65- 68- 69- 74- 81- 85- 86- 87.

**Liderazgo:**

1- 8- 13- 19- 29- 33- 34- 35- 38- 43- 44- 45- 47- 49- 59- 61- 67- 76- 77- 79.

**Sobrecarga Laboral:**

5- 17- 21- 26- 44- 73.

**Colaboración:**

48- 50- 73- 80.

**Comunicación:**

2- 12- 14- 17- 18- 20- 37- 41- 42- 46- 48- 60- 62- 80- 88- 89.

**Rol:**

1- 8- 9- 10- 15- 20- 23- 30- 43- 53- 54- 61- 66- 67- 75- 79- 81- 91- 92.

**Condiciones de Trabajo:**

5- 12- 44- 46- 51- 58- 63- 70- 72- 76- 83- 84- 88- 89.

**Sistema en su Totalidad:**

5- 6- 7- 11- 15- 16- 21- 22- 24- 25- 26- 28- 31- 34- 35- 36- 39- 40- 41- 42- 45- 48- 52- 54-  
55- 56- 57- 58- 63- 65- 71- 75- 78- 82- 83- 90- 91.

**Experiencia Laboral:**

10- 23- 32- 78- 91.

## Entrevista Grupal #3

### Códigos Entrevista #3

1. A pesar de la rotación de los médicos se generan vínculos.
2. A pesar de la rotación, se logra buena comunicación con el equipo.
3. Actualmente mayor presión e inseguridad por agresividad de familiares.
4. Ambas unidades tienen la misma tarea primaria (recuperar al paciente).
5. Ansiedad de no poder hacer eficiente la atención de pacientes.
6. Apoyo de enfermeros a paramédicos en urgencia.
7. Aumento de exigencia por parte de pacientes.
8. Burocracia del sistema público.
9. Buscar soluciones y dejar registro ayuda a contener la culpa.
10. Cada turno tiene una dinámica distinta de trabajo, respecto al tiempo de espera de los pacientes.
11. Cada unidad y establecimiento tiene un costo asociado.
12. Cercanía o lejanía con personas en el equipo depende de su actitud.
13. Con el tiempo se conocen las verdaderas personas.
14. Condiciones laborales poco claras.
15. Condiciones laborales poco claras que desmotivan.
16. Conducta de familiares acompañantes en urgencia entorpecen la tarea de auxiliares.
17. Cuando eres nuevo te prueban.
18. Cuando los equipos están bien conformados la comunicación fluye.
19. Cuando no es emergencia predomina la autoridad legal.
20. Cuando se habla de equipo no incluye los médicos.
21. Cuando se trabaja de forma coordinada, se logra eficiente el procedimiento de los pacientes.
22. Debido a la rotación, los médicos no son percibidos dentro del equipo.
23. Delimitar el rol protege contra la ansiedad.
24. Desorden en sistema de pago de remuneraciones.
25. Desprotección frente a los médicos por agresión de pacientes.
26. Dificultad de armar equipos de trabajo con personas comprometidas.
27. Dificultad de desempeñar el rol con pacientes graves.
28. Dificultad de escalar problemáticas para facilitar traslado de pacientes.
29. Dificultad de mover a pacientes genera dificultades para trabajar en equipo.

30. Dificultad de poner límites a los familiares producto de las largas esperas.
31. Dificultad de ver a pacientes de forma integral por parte de los médicos.
32. Dificultad para generar redes de apoyo y contener la alta demanda.
33. El contrato percibido como estabilidad.
34. El desahogo es una forma de lidiar con la frustración de la falta de colaboración.
35. El equipo queda conforme con las reuniones.
36. El flujo del sistema se ve facilitado con la colaboración del equipo.
37. El involucramiento de los paramédicos es total a la hora de tratar a un paciente.
38. El líder natural toma decisiones en situaciones de riesgo.
39. El liderazgo es comunicar correctamente que se necesita y requiere para que funcione el equipo.
40. El liderazgo natural predomina en situaciones de riesgo.
41. El médico está presente y el equipo lo integra a su dinámica.
42. El médico no se percibe como presente en la conformación de equipo.
43. El pelambre afecta las relaciones.
44. El personal lidia con toda la persona y sus dificultades y no sólo su síntoma como el médico.
45. El rol de la jefatura coordina la equidad del trabajo.
46. El rol del médico se define como quien da instrucciones.
47. El sistema administrativo no entrega claridad.
48. El sistema de contratación del servicio público genera inseguridad.
49. El sistema de desempeño era por antigüedad y ahora por desempeño.
50. El sistema de desempeño es utilizado para premiar independiente de la calidad del trabajo.
51. El sistema de desempeño está directamente ligado a incentivo económico.
52. El sistema de desempeño no contribuye a la colaboración, sólo desmotiva.
53. El sistema de incentivos económicos es perverso.
54. El sistema genera instancias de protección frente a las notas de desempeño.
55. El sistema gremial ejerce presión para perpetuar este modelo de evaluación.
56. El sistema público entrega seguridad dado que no despiden.
57. El sistema público es percibido como una desprotección laboral.
58. El sistema público no despiden cuando hay mal desempeño en los funcionarios.
59. El tipo de contrato impacta en la percepción de estabilidad.
60. El trabajo en equipo no se da coordinado, se pierden esfuerzos.
61. El trabajo en equipo se acota a la realidad particular de cada turno.

62. El trabajo en equipo se da de mejor manera con quienes permanece cercano a los pacientes.
63. En el sistema privado se percibe mayor claridad.
64. En la evaluación no se discrimina la capacidad de trabajo del conocimiento.
65. En la relación médico enfermera, la confianza es un pilar muy relevante.
66. En la Unidad de Quemados el proceso de funcionamiento es distinto al resto de Urgencia.
67. En los servicios públicos existe mucha injusticia y desmotivación.
68. En Recursos Humanos se deposita el mal funcionamiento del sistema.
69. En situaciones de mayor tensión el equipo tiene los roles bien definidos.
70. Equipo de trabajo entendido por enfermeros, técnicos y auxiliares.
71. Equipo de psicólogos encuentra apoyo en equipo de trabajo, no en los médicos.
72. Es difícil pensar en el rol del médico.
73. Es importante sentir el apoyo de jefatura.
74. Es necesario tener los temas de remuneraciones aclarados para poder enfocarse en la tarea.
75. Es primordial la confianza entre técnicos, auxiliares y enfermeros, no así con médicos.
76. Evaluaciones transparentes y objetivas permitirían mejorar el conocimiento.
77. Existe colaboración y proactividad frente a las tareas del equipo.
78. Falta de condiciones higiénicas del trabajo desmotiva.
79. Falta de claridad en resolución médica aumenta estrés.
80. Falta de colaboración genera roces entre colegas.
81. Falta de colaboración dificulta el trabajo.
82. Falta de coordinación de nuevos médicos estresa a integrantes equipo.
83. Falta de coordinación impide dar un mejor servicio a pacientes.
84. Falta de experiencia de médicos nuevos limita la gestión.
85. Falta de infraestructura y control en sala de espera.
86. Falta de personal más involucrado e interesado en su desempeño.
87. Falta de resolución causa dificultad y genera mucho estrés en el equipo.
88. Falta de resolución genera condiciones indignas y frustración.
89. Falta de resolución impide mejorar el flujo de atención.
90. Falta de voluntad del médico en la resolución de pacientes.
91. Falta en el involucramiento de los médicos en el tratamiento de los pacientes.
92. Falta supervisión sobre la gestión de cada área.
93. Frontera de roles impide colaboración.
94. Frustración por no poder otorgar un mejor servicio.
95. Hacer el trabajo bien o mal recibe la misma calificación y eso desmotiva.

96. Hay enfermeros que no entregan protección.
97. Hay grupos más acogedores que otros.
98. Hay otros jefes que están al lado de los equipos.
99. Hay poca coordinación entre los médicos que cambian de turno.
100. Hay unos jefes que son protectores.
101. Identificación de liderazgo natural y formal.
102. Ineficiencia del sistema hace que pacientes se vean perjudicados.
103. Ingreso de pacientes por temor a medidas judiciales.
104. Internos se muestran desinteresados frente al aprendizaje.
105. La actitud autoritaria de los nuevos influye en su aceptación o rechazo como autoridad.
106. La alta exigencia por trabajar con la muerte produce estrés en el personal.
107. La asignación de turnos permite estabilidad.
108. La burocracia del sistema entorpece el desempeño del rol.
109. La calificación de desempeño tiende a perpetuarse.
110. La calificación no permite diferenciar el desempeño.
111. La comunicación ayuda a sentirse protegido.
112. La comunicación ayuda en las relaciones.
113. La comunicación ayuda en las relaciones con los jefes.
114. La comunicación es clave para que los equipos funcionen.
115. La comunicación es un recurso valorado en los equipos.
116. La comunicación permite canalizar las diferencias en el equipo.
117. La confianza afecta el trabajo de equipo.
118. La confianza es la clave para que funcionen los equipos.
119. La coordinación de los turnos son decididos por los jefes.
120. La coordinación se ve entorpecida por miedo a tomar decisiones.
121. La desmotivación de algunos funcionarios no genera aporte.
122. La dinámica de trabajo depende del turno y quienes lo lideran.
123. La elección del área donde trabajar puede estar influenciada por la renta que pueden recibir.
124. La falta de claridad contractual obstaculiza la tarea.
125. La falta de colaboración es percibida como dolorosa.
126. La falta de coordinación y resolución a tiempo dificulta el trabajo en equipo.
127. La falta de involucramiento de profesionales es parte del sistema.
128. La falta de liderazgo hace que se pierda el foco principal.
129. La falta de resolución de los pacientes genera roces en el equipo.

130. La forma de canalizar las frustraciones depende de cada persona.
131. La forma de trabajo de cada turno es distinta.
132. La incertidumbre sobre la renovación de contratos genera ansiedad.
133. La inseguridad del sistema, genera ansiedad.
134. La Jerarquización permite definir los roles.
135. La larga espera de pacientes es dramática.
136. La mala gestión ahuyenta a los profesionales nuevos.
137. La motivación se percibe desde el inicio con los internos, no hay sentido de esfuerzo por aprender.
138. La muerte como parte del trabajo en el Hospital.
139. La nota de evaluación de participación no es congruente con la realidad.
140. La protección personal atenta con el trabajo en equipo.
141. La realidad del Hospital puede asustar a los paramédicos nuevos.
142. La realidad del servicio supera capacidades de profesionales jóvenes.
143. La relación con médicos ha ido formando en algunos casos por áreas de especialidad.
144. La retroalimentación ayuda a que los equipos trabajen mejor.
145. La rotación dificulta la evaluación del desempeño.
146. La vocación es fundamental para mantener el trabajo en equipo.
147. Las actividades extras ayudan a la comunicación y al trabajo en equipo.
148. Las condiciones de trabajo no son transparentadas.
149. Las condiciones mínimas no se cumplen, desilusión del sistema.
150. Las deficiencias se esconden detrás de una buena calificación de servicio.
151. Las dificultades se escalan a las autoridades sin mucho resultado.
152. Las evaluaciones permiten tener registro.
153. Las lealtades influyen en como atienden al paciente.
154. Las notas no son referentes del desempeño de los funcionarios.
155. Las personalidades fuertes en ocasiones pueden ser negativas y afectar el trabajo en equipo.
156. Las reuniones de quipo ayudan a solucionar conflictos.
157. Las tareas administrativas obstaculizan la tarea primaria.
158. Lealtad en el trabajo debe ser primero con el paciente, no con los compañeros.
159. Limite difuso de enfermeras frente a decisiones.
160. Los años de experiencia ayudan a liderar y tomar responsabilidades.
161. Los conflictos se resuelven sin dialogar.
162. Los costos de no entregar los box son pagados por los pacientes.

163. Los espacios de distensión contribuye al trabajo en equipo.
164. Los grandes equipos son los que se confrontan.
165. Los límites poco claros del rol permiten mejorar el cuidado del paciente.
166. Los límites son difusos cuando se trata de responsabilidad legal.
167. Los médicos no están disponibles como el equipo de apoyo
168. Los médicos no se involucran con temas de maltrato de los pacientes hacia el equipo.
169. Los pacientes se revelan frente al sistema de atención.
170. Los paramédicos o odian o quieren.
171. Los Paramédicos tienen mayor cercanía con los pacientes y sugieren tratamientos.
172. Los procedimientos de los médicos no se pueden cuestionar.
173. Los sistemas se perpetúan aún cuando hay cambios generacionales.
174. Los sistemas utilizados no facilitan ni garantizan el trabajo administrativo de calidad.
175. Mayor carga porque no confían en los nuevos.
176. Menor presión del sistema en el pasado.
177. Médico identificado como autoridad legal.
178. Médicos no se involucran con problemáticas de enfermeras.
179. Miedo a ser demandado por no hospitalizar.
180. No se aprovecha la instancia de aprendizaje.
181. No se cumple con la dotación necesaria.
182. No se informa de cómo funciona el sistema.
183. No se observa continuidad en las intervenciones de los médicos.
184. No se puede confiar en los nuevos sino hasta que se le conoce su trabajo.
185. Pacientes que agreden y que es difícil de poner límites.
186. Para casos de pacientes graves, la presencia médica es constante.
187. Para evitar agresiones de pacientes, se tienen que tomar medidas drásticas con ellos.
188. Para trabajar en equipo se requiere de retroalimentación de los paramédicos.
189. Percepción de abuso del sistema.
190. Percepción de la inestabilidad del sistema.
191. Percepción de médicos como personas ajenas.
192. Percepción de un grupo amplio de médicos internos y becados.
193. Presencia de los mismos médicos facilita la generación de lazos con otros profesionales.
194. Problemas con el pago de sueldo interfiere en el desempeño.
195. Rivalidad entre equipos.
196. Rol de médico es percibido como lo justo y necesario.



197. Rol enfermera se ve difuso frente a la decisión pasiva de un médico.
198. Roles informales que permiten liderar equipos.
199. Rotación de médicos dificulta el trabajo en equipo.
200. Se debe luchar y catetear para ser efectivo.
201. Se debe tener conocimiento en las universidades de liderazgo y trabajo en equipo.
202. Se evalúa con la misma nota a quien lo hace bien y a quien lo hace mal. Genera desmotivación.
203. Se genera una brecha entre la evaluación de los nuevos versus los antiguos funcionarios.
204. Se generan vínculos personales entre los funcionarios que atentan la delimitación del rol.
205. Se hace necesario incorporar a los médicos en los procedimientos.
206. Se identifican las problemáticas, sin embargo son reactivas frente a la protección del equipo.
207. Se llega sin experiencia a trabajar con equipos.
208. Se necesita vocación de servicio para trabajar en el área de salud.
209. Se permiten malas prácticas que obstaculizan el trabajo en equipo.
210. Se perpetúa el sistema de desempeño y no ayuda a destacar a quienes trabajan bien.
211. Se privilegia el interés personal por sobre el trabajo en equipo.
212. Se prometen condiciones que no se cumplen.
213. Se reconoce la colaboración entre enfermeras y paramédicos.
214. Se requiere rapidez en el diagnóstico para una buena gestión.
215. Se requiere transparentar el sistema, para que haya mayor claridad y motivación.
216. Se valora a los compañeros como parte de una familia que deben lealtad.
217. Se valora capacidad de buscar y establecer límites en ambiente organizacional difuso.
218. Se valora el intento por encontrar soluciones.
219. Se valora la experiencia de otros en temas administrativos y sueldos.
220. Se valora la institución como agente motivador.
221. Se valora la presencia médica como apoyo al desempeño del rol.
222. Se valoran los espacios de comunicación para resolver conflictos.
223. Sentido de responsabilidad con pacientes aumenta preocupación ante fallas del sistema.
224. Sentimiento de frustración frente a la solicitud de soluciones.
225. Sentimientos de frustración por falta de colaboración en los equipos.
226. Trabajo en equipo es eficiencia.
227. Trabajo en equipo es entre enfermeros y paramédicos.
228. Trabajo en equipo es la coordinación de los miembros hacia una misma dirección.

- 229. Trabajo en equipo implica sincronización y colaboración.
- 230. Trabajo ideal: funcionamiento como un gran equipo, sin parcelas.
- 231. Valoración de la capacidad solicitar sugerencias por parte de los médicos.
- 232. Valoración del trabajo en equipo para el éxito del objetivo.
- 233. Vulnerabilidad del sistema de atención frente a la agresión de familiares.

A continuación se presentaran las familias, y cuáles son los códigos asociados a ellas.

### **Familias Entrevista #3**

#### **Trabajo en Equipo:**

12- 18- 20- 21- 26- 29- 39- 41- 42- 60- 61- 62- 65- 69- 70- 71- 74- 75- 80- 81- 82- 83- 97-  
98- 99- 107- 112- 113- 114-115- 116- 117- 118- 119- 120- 121- 122- 126- 131- 140- 144- 146- 147-  
155- 156- 163- 164- 167- 188- 193- 194- 195- 199- 201- 205- 207- 209- 211- 213- 214- 226- 227-  
228- 229- 230- 232.

#### **Liderazgo:**

38- 39- 40- 65- 71- 73- 79- 98- 100- 101- 105- 113- 119- 122- 126- 128- 151-160- 197-  
198- 201.

#### **Sobrecarga Laboral:**

7- 32- 175- 176.

#### **Colaboración:**

6- 34- 36- 52- 77- 80- 81- 93- 125- 153- 158- 171- 172- 174-193- 213- 216- 225- 228- 229.

#### **Comunicación:**

2- 18- 34- 35- 87- 88- 89- 90- 104- 111- 112- 113- 114- 115- 116- 117- 137- 147- 156- 161-  
163- 164- 178- 180- 184- 218- 222- 224.

**Rol:**

6- 12- 20- 22- 23- 27- 31- 37- 42- 44- 45- 46- 62- 69- 72- 79- 90- 91- 93- 108- 120- 127-  
134- 137- 155- 158- 159- 160- 165- 166- 167- 168- 170- 171- 172- 177- 178- 179- 183- 186- 191-  
196- 197- 198- 204- 208- 217- 221- 231.

**Falta de Personal:**

22- 145- 181- 199.

**Condiciones de Trabajo:**

1-2- 3- 5- 7- 14- 15- 16- 23- 30- 32- 43- 44- 48- 50- 57- 66- 67- 69- 78- 79- 87- 88- 94- 95-  
96- 106-107- 111- 121- 123- 130- 132- 133- 148- 149- 187- 195- 200- 202- 206- 209- 210- 212-  
218- 223- 224- 225.

**Sistema en su Totalidad:**

3- 4- 7- 8- 9- 10- 11- 16- 19- 24- 25- 28- 29- 30- 31- 32- 33- 36- 47- 48- 53- 54- 55- 56- 57-  
58-59- 61- 63- 65- 66- 67- 68- 74- 78- 85- 86- 87- 89- 102- 103- 108- 124- 127- 129- 132- 133-  
135- 136- 138- 141- 142- 143- 149- 150- 151- 152- 153- 157- 162- 168- 169- 170- 173- 179- 182-  
183- 185- 186- 187- 189- 190- 192- 204- 208- 209- 210- 215- 217- 220- 223- 231- 233.

**Retroalimentación:**

49- 50-51- 52- 53- 54- 55- 64- 76- 92- 95- 109- 110- 139- 144- 145- 150- 154- 172- 180-  
188- 202- 203- 210.

**Experiencia Laboral:**

13- 17- 49- 64- 82- 84- 137- 160- 173- 175- 184- 203- 207- 219.