



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Economía y Negocios
Escuela de Economía y Administración

Estudio Exploratorio de la Historia del Instituto Nacional de Geriatría Eduardo Frei Montalva

Seminario de Título
Ingeniero Comercial mención Administración

Profesor Guía

Eduardo Acuña Aguirre

Autoras

Janet González Armijo
Natalia Rojas Riquelme

Santiago, Diciembre de 2009

DEDICATORIA

Dedicamos este Seminario de Título al Instituto Nacional de Geriátría, Eduardo Frei Montalva, que nos abrió sus puertas para realizar este seminario, y a sus trabajadores, quienes han contribuido a la existencia del instituto y a su historia.

Las autoras

AGRADECIMIENTOS

“Quiero agradecer a mi familia por el apoyo que me ha brindado durante este tiempo y también a los profesores de la Facultad que han ayudado a mi formación profesional, especialmente al Profesor Eduardo Acuña que nos guió en la realización de esta tesis. También quiero destacar el trabajo de todos los funcionarios que en forma anónima contribuyen con sus diversas tareas”.

Janet González Armijo

“Si bien este seminario de tesis ha requerido el esfuerzo y dedicación por parte nuestra y de nuestro profesor guía, no hubiese sido posible su realización sin el apoyo desinteresado de cada una de las siguientes personas a quienes citare:

Agradecer a mi familia quienes siempre han estado apoyándome en mis proyectos personales y a quienes quiero y admiro mucho. A mis padres, Máximo e Irma, a mis hermanos Marisol, Alex y Máximo Andrés, y a mis abuelos, tíos y primos del alma.

A mi pareja y amor, quien me ha apoyado en el transcurso de mi carrera, y me ha acompañado en los momentos más complejos y también en los más felices. Alfredo ha iluminado mi vida”.

Natalia Rojas Riquelme

1 TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO 01: INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	12
1 CULTURA.....	13
1.1 DEFINICIÓN.....	13
1.2 ORÍGENES E HISTORIA DEL CONCEPTO:.....	14
1.3 ELEMENTOS DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL.....	16
1.3.1 ARTEFACTOS CULTURALES.....	16
1.4 ENFOQUES DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL.....	18
1.4.1 CULTURA COMO UNA VARIABLE.....	18
1.5 DINÁMICA CULTURAL.....	22
1.5.1 DINÁMICA CULTURAL: PRESERVACIÓN A TRAVÉS DE LA SOCIALIZACIÓN.....	22
1.5.2 DINÁMICA CULTURAL: EVOLUCIÓN NATURAL.....	22
1.5.3 DINÁMICA CULTURAL: EVOLUCIÓN GUIADA Y ADMINISTRACIÓN DEL CAMBIO.....	23
1.6 HISTORIA COMO LEGADO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.....	23
1.6.1 LA HISTORIA COMO NARRATIVAS.....	23
1.6.2 HISTORIAS Y CULTURA ORGANIZACIONAL.....	24
2 ORGANIZACIONES TOTALES.....	26
2.1 DEFINICIÓN E HISTORIA DEL CONCEPTO:.....	26
2.2 CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES:.....	26
2.3 CLASIFICACIÓN DE LAS INSTITUCIONES TOTALES.....	27
2.4 CARACTERÍSTICAS CULTURALES.....	28
2.4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA LLEGADA AL MUNDO INTERNO.....	28
2.4.2 EL MUNDO DEL PERSONAL.....	31
2.4.3 LAS CEREMONIAS INSTITUCIONALES.....	32

3	APLICACIONES EN INSTITUCIONES DE SALUD	33
3.1	ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL INTERNACIONAL	33
3.1.1	DEPENDENCIA, INDEPENDENCIA Y CONTRA-DEPENDENCIA EN INSTITUCIONES RESIDENCIALES PARA INCURABLES DE ERIC MILLER (1973).....	33
3.1.2	DEFENSA CONTRA LA ANSIEDAD DE ISABEL MENZIES.....	35
3.1.3	HOSPITALES GERIÁTRICOS COMO SISTEMAS ABIERTOS DE ERIC MILLER (1993).....	37
4	ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL NACIONAL.....	39
4.1	ORGANIZACIONES DEDICADAS A LA SALUD	39
4.1.1	GERIATRÍA, GERONTOLOGÍA Y HOSPITALES GERIÁTRICOS.....	40
4.1.2	HOSPITALES GERIÁTRICOS E INSTITUTO NACIONAL GERIÁTRICO.....	41
4.2	DE LA CASA DE ORATES A INSTITUTO PSIQUIÁTRICO.....	43
CAPITULO 2: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....		44
1	INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA	45
1.1	DEFINICIÓN	45
1.2	FASES QUE COMPRENDE:	45
1.3	ENFOQUES.....	46
1.3.1	ENFOQUE CUANTITATIVO:	46
1.3.2	ENFOQUE CUALITATIVO	46
1.3.3	ENFOQUE MIXTO.....	48
1.4	DISEÑOS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....	49
1.4.1	TEORÍA FUNDAMENTADA.....	49
1.4.2	ETNOGRÁFICOS	50
1.4.3	NARRATIVOS.....	50
1.4.4	INVESTIGACIÓN ACCIÓN	51
1.4.5	FENOMENOLÓGICOS	52
2	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION EN EL PRESENTE ESTUDIO.	53
2.1	CONTEXTO DEL ESTUDIO	53
2.2	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	54

2.2.1	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	54
2.2.2	PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	54
2.3	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:.....	55
2.4	UNIVERSO Y DISEÑO MUESTRAL.....	55
2.5	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	56
2.6	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:.....	59
2.7	CRITERIOS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.....	60
2.8	CONSIDERACIONES ÉTICAS:.....	61
CAPITULO 4: PRESENTACIÓN DE LOS DATOS.....		62
1	FOTOGRAFÍAS Y OBSERVACIONES DEL LAS INSTALACIONES FÍSICAS DEL INGER:	63
1.1	ESTRUCTURA FÍSICA DEL INGER	64
1.1.1	FOTOGRAFÍA 1:.....	64
1.1.2	FOTOGRAFÍA 2:.....	65
1.1.3	FOTOGRAFÍA 3:.....	66
1.1.4	FOTOGRAFÍA 4:.....	66
1.1.5	FOTOGRAFÍA 5:.....	67
1.1.6	FOTOGRAFÍA 6:.....	67
1.1.7	FOTOGRAFÍA 7:.....	68
1.1.8	FOTOGRAFÍA 8:.....	68
1.2	IGLESIA DENTRO DEL INGER.....	69
1.2.1	FOTOGRAFÍA 9:.....	69
1.2.2	FOTOGRAFÍA 10:	70
1.3	HERENCIA DEL EX HOSPICIO DE SANTIAGO	71
1.3.1	FOTOGRAFÍA 11:	71
1.4	VESTIGIOS DEL EX HOSPITAL SAN LUIS.....	71
1.4.1	FOTOGRAFÍAS 12 Y 13:.....	72
1.4.2	FOTOGRAFÍA 14.....	73
1.5	CONCLUSIONES DE LAS FOTOGRAFÍAS	73

2	ENTREVISTAS:	75
2.1	ENTREVISTAS A AUTORIDADES.....	75
2.1.1	ENTREVISTA A1 PRIMERA PARTE.....	75
2.1.2	ENTREVISTA A1 SEGUNDA PARTE.....	81
2.1.3	ENTREVISTA A2.....	100
2.1.4	ENTREVISTA A3.....	105
2.1.5	ENTREVISTA A4.....	110
2.2	ENTREVISTAS A PROFESIONALES.....	115
2.2.1	ENTREVISTA P1.....	115
2.3	ENTREVISTAS A FUNCIONARIOS	127
2.3.1	ENTREVISTA F1.....	127
2.3.2	ENTREVISTA F2.....	137
2.3.3	ENTREVISTA F3.....	153
2.3.4	ENTREVISTA F4.....	169
2.3.5	ENTREVISTA F5.....	175
2.3.6	ENTREVISTA F6.....	177
2.4	ENTREVISTAS A RELIGIOSOS(AS).....	194
2.4.1	ENTREVISTA R1.....	194
3	DOCUMENTOS RELEVANTES:.....	197
3.1	FUNDACIÓN DEL HOSPICIO DE SANTIAGO (LAVAL, ENRIQUE, 1938).....	197
3.2	MEMORIAS HOSPICIO DE SANTIAGO, NÚMERO 2, (MONTAUBAN, ANTONIO, 1887)	201
3.3	MEMORIAS HOSPICIO DE SANTIAGO, NÚMERO 3, (MONTAUBAN, ANTONIO, 1887)	206
3.4	SEMINARIO DE TÍTULO: DIAGNOSTICO ORGANIZACIONAL INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA, EDUARDO FREI MONTALVA. ESPINOZA, IGNACIO; ORELLANA, MAXIMILIANO, (2009) 208	
	CAPITULO 5: EXPLORACIÓN Y ANÁLISIS DE LA HISTORIA.....	213
1	CRONOLOGÍA DE LOS PRINCIPALES HITOS.....	214
1.1	HOSPICIO DE SANTIAGO:	214
1.2	HOSPICIO EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL SAN LUIS.....	215

1.3	CENTRO GERIATRICO	215
1.4	INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA.....	215
1.5	INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA, EDUARDO FREI MONTALVA.....	215
2	DIRECTORES DE ESTA INSTITUCIÓN	216
3	UNA APROXIMACIÓN AL CONOCIMIENTO DE CADA ETAPA	217
3.1	HOSPICIO DE SANTIAGO.....	217
3.2	HOSPICIO EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL SAN LUIS.....	219
3.3	CENTRO GERIÁTRICO	220
3.4	INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA Y SU POSTERIOR NOMBRAMIENTO COMO INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA, EDUARDO FREI MONTALVA.....	222
4	CAMBIOS PERCIBIDOS EN EL TRANCURSO DE LA HISTORIA DE ESTA INSTITUCIÓN.....	223
4.1	PRINCIPALES CAMBIOS QUE DETECTAN LAS AUTORIDADES.....	223
4.2	PRINCIPALES CAMBIOS QUE DETECTA EL PROFESIONAL	225
4.3	PRINCIPALES CAMBIOS QUE DETECTAN LOS FUNCIONARIOS	227
4.4	PRINCIPALES CAMBIOS QUE DETECTA LA RELIGIOSA	229
	CAPITULO 6: CONCLUSIONES.....	230
	ANEXO.....	234
	BIBLIOGRAFÍA.....	236

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

La historia de una organización, es relevante para la cultura organizacional puesto que permite a los miembros de una organización comprender como se han gestado las características actuales que posee una institución en particular. Al igual que esto, la historia permite también cohesionar a los funcionarios en torno a un pasado común que los hace compartir creencias y valores. Y además la historia genera estabilidad organizacional, puesto que permite predecir lo que sucederá en el futuro, con lo que se elimina en cierto grado la incertidumbre respecto al destino de una organización.

Por este motivo, el objetivo de este estudio es explorar la historia del Instituto Nacional de Geriátrica, Eduardo Frei Montalva, conocer sus principales hitos y etapas, quienes han sido sus directores, así como también una aproximación de cómo es la institución en cada una de sus etapas y los cambios percibidos por los distintos actores que integran esta institución. Explorar la historia puede ayudar a entender la cultura y gestión organizacional actual. Para lograr el objetivo señalado se realizó una investigación cualitativa, de alcance exploratorio. Se realizaron 14 entrevistas abiertas a integrantes pertenecientes a la institución, de los cuales 6 son funcionarios, 1 profesional, 4 son autoridades y 1 religiosa.

Esta investigación se presenta de la siguiente manera:

En el capítulo 2, marco teórico, el lector podrá encontrar una reseña de publicaciones anteriores que han sido utilizadas como fuentes y como referencia en el desarrollo de este Seminario. Estas publicaciones citadas comprenden el ámbito de la cultura organizacional, en la que se abordará su definición en forma integral, los orígenes e historia del concepto, los elementos que la componen, los enfoques de la cultura organizacional y la dinámica cultural. Dentro de este capítulo también se presentará la historia como legado en la cultura organizacional, en este segmento se abordará el tema de las historias como narrativas y el conocimiento que estas nos proporcionan respecto de la historia de una organización y también como estas historias se relacionan con la cultura organizacional.

Además de esto se presenta el concepto de organización total, respecto a este tema se abordarán sus características principales, su clasificación, sus características culturales y el mundo del personal.

Finalmente dentro de este capítulo se presentarán diversas investigaciones tanto a nivel nacional como internacional respecto a distintas intervenciones y estudios que se han realizado en establecimientos de salud.

En el capítulo 3, metodología de la investigación, se presenta en primer lugar una visión teórica de la investigación científica, donde se describen principales enfoques y conceptos. Posteriormente se presenta la metodología utilizada en la realización de este estudio, el contexto donde se llevó a cabo la investigación, los objetivos, el universo y diseño muestral, las técnicas de recolección de datos, además de la descripción de cómo fue analizada la información.

En el capítulo 4, presentación de datos, se exponen los datos recolectados durante la investigación. Este capítulo se divide en tres ítems, asociados al tipo de técnica de recolección de datos: fotografías y observaciones, entrevistas y documentos considerados relevantes. Cada fotografía es presentada y analizadas a través de dos aspectos, la denotación de la fotografía y su connotación, al final del capítulo se realiza una conclusión final de las fotografías. En lo referente a las entrevistas transcritas, estas son agrupadas según la jerarquía o tipo de cargo que ocupa el entrevistado. Finalmente se presenta una reseña de los documentos relevantes utilizados en esta investigación.

A partir del análisis de las entrevistas, la revisión de documentos y fotografías, se construye el capítulo 5, Exploración y análisis de la historia, donde se identifican las principales etapas e hitos de esta institución. También se rescataron los nombres de algunos de los directores que presidieron el instituto y se logró cierta aproximación respecto a las características de cada una de las etapas que ha vivido la organización y los cambios percibidos a través de la historia.

Finalmente, en el capítulo 6, Conclusiones, se revisan los principales aprendizajes de esta investigación, el cumplimiento de cada uno de los objetivos propuestos, algunos comentarios y consideraciones finales.

CAPITULO 2: MARCO TEORICO

Esta investigación se realizó en el Instituto Nacional de Geriátrica “Presidente Eduardo Frei Montalva”, lo que determina un contexto específico con una configuración de la cultura organizacional de una manera particular que se ha forjado a lo largo de los años. Es por este motivo que se hace necesario estudiar la historia de este instituto y con este precedente determinar cuáles son los vestigios que aún persisten y que cambios se han producido a lo largo del tiempo que han afectado tanto al personal que trabaja dentro de esta organización como también al funcionamiento del instituto en su totalidad.

En este capítulo se presenta primero el concepto de cultura, dónde se revisará su definición, los orígenes e historia del concepto, los elementos que la componen, los enfoques de la cultura organizacional y la dinámica cultural.

Posteriormente presentaremos la historia como legado en la cultura organizacional, donde se abordará el tema de las historias como narrativas y su relación con la cultura organizacional. Después se abordará el concepto de las instituciones totales, donde se describirán sus características, su clasificación y los elementos culturales que la definen.

Finalmente se presentarán diversas aplicaciones organizacionales en instituciones médicas tanto a nivel nacional como internacional.

1 CULTURA

La cultura organizacional es un área relevante dentro de los estudios de la administración y de la organización tanto en la teoría como en la práctica, puesto que una de las tareas de los administradores es tratar de manejar y entender las ideas de sus colaboradores, al igual que lidiar con los aspectos técnicos, lo que genera en la gente un significado positivo y similar del trabajo que realizan. Es decir, toda la administración tiene lugar dentro de la cultura, esto no sólo incluye la cultura organizacional, sino que también un nivel social, industrial y una cultura a nivel de sub-organización. La expansión del interés en la cultura durante los años 80 refleja un creciente interés en la vida organizacional y la acción directiva y sus respuestas también al desarrollo de nuevas formas de organización.

1.1 DEFINICIÓN

Edgard Schein (1990) definió cultura como patrón de suposiciones básicas - inventadas, descubiertas y desarrolladas por un grupo en la medida que aprende a

enfrentar los problemas de adaptación externa e integración interna – que ha funcionado lo suficientemente bien para ser considerado válido y, por lo tanto, ser enseñado a nuevos miembros como la forma correcta de percibir, pensar y sentir frente a aquellos problemas.

Al perseguir nuestros objetivos y tareas de cada día, es muy fácil olvidar lo menos racional e instrumental, el rol social más expresivo alrededor de nosotros que da significado a esas tareas. Para que la gente funcione en cualquier escenario dado, deben tener un sentido continuo sobre esa realidad para actuar de acuerdo a eso. La cultura es un sistema aceptado pública y colectivamente de significados para un grupo dado en un momento dado. Este sistema de términos, formas, categorías e imágenes da sentido a la situación de las propias personas para ellos mismos.

Los componentes de la cultura son los símbolos, el lenguaje, las creencias, los rituales y los mitos. Dentro de estos, los símbolos son la clase más inclusiva no sólo porque el lenguaje, el ritual y los mitos son formas de simbolismo sino porque el análisis simbólico es un marco de referencia, un estilo de análisis en si.

Hablar de cultura organizacional significa hablar de la importancia para las personas del simbolismo - de los mitos, rituales, historias y leyendas – y sobre la interpretación de los eventos, ideas y experiencias que son influenciados y conformados por los grupos en los que viven.

1.2 ORÍGENES E HISTORIA DEL CONCEPTO:

De acuerdo con Schein (1990) la cultura organizacional como concepto tiene un origen bastante reciente. Aunque los conceptos de “normas de grupo” y “clima organizacional” han sido utilizados por psicólogos¹ durante mucho tiempo, el concepto de “cultura” sólo ha sido utilizado en forma explícita en las últimas décadas. Katz y Kahn (1978) en su segunda edición de “The Social Psychology of the Organization” se refirieron a papeles, normas y valores, pero no presentaron el clima ni la cultura como conceptos explícitos.

El clima organizacional, en virtud de ser un fenómeno cultural prominente, ha tenido una mayor tradición de investigación. A pesar de lo cual el clima es sólo una investigación superficial de la cultura, y por lo tanto la investigación acerca de él no nos ha permitido ahondar en los aspectos causales más profundos. Necesitamos

¹ Por ejemplo Lewin, Lippitt y White (1939)

explicaciones para variaciones en el clima y las normas y es esa necesidad la que nos lleva a estudiar conceptos más profundos como la cultura.

Es por lo que se mencionaba en el párrafo anterior que a finales de la década de los cuarenta los psicólogos interesados en la investigación de acción de Lewin y en la capacitación en liderazgo utilizaron libremente el concepto de “isla cultural”. De estos estudios de capacitación en liderazgo de la década de los cuarenta sabíamos que los trabajadores que cambiaron en forma significativa durante la capacitación regresarían a sus anteriores actitudes una vez que estuvieran de regreso en el trabajo en un entorno distinto. Pero el concepto de “normas de grupo”, muy documentado en los estudios Hawthorne de la década de los veinte, parecía suficiente para explicar este fenómeno.

En la década de los cincuenta y setenta, el campo de la psicología organizacional comenzó a diferenciarse de la psicología industrial debido a que empezó a enfocarse en unidades más grandes de los individuos. En razón de la importancia creciente que se atribuyó a los grupos de trabajo y a las organizaciones completas surgió una mayor necesidad de manejar conceptos tales como sistema que se pensaría como un patrón de normas y actitudes que atraviesan una unidad social completa.

Katz y Kahn (1966) construyeron su análisis completo de las organizaciones alrededor de la teoría de sistemas y la dinámica de sistemas, con lo cual establecieron la base teórica más importante para los posteriores estudios de cultura.

El campo de la psicología organizacional se ensanchó debido al crecimiento de las escuelas de negocio y administración, mientras que al mismo tiempo los conceptos de sociología y antropología comenzaron a influir en él, a pesar de esto cabe mencionar que la psicología intercultural había existido durante mucho tiempo, pero la aplicación del concepto de cultura en las organizaciones dentro de una sociedad dada se produjo en forma más reciente conforme más investigadores interesados en los fenómenos organizacionales se encontraron en la necesidad de contar con un concepto para explicar de contar con un concepto para explicar a) las variaciones en patrones de comportamiento organizacional y b) los niveles de estabilidad de grupo y organizacional porque no habían sido resaltadas previamente.

Lo que en realidad determinó que el concepto de cultura organizacional adquiriera mayor relevancia dentro del contexto de la administración fue el tratar de explicar por qué las compañías estadounidenses no se desempeñaban tan bien como algunas de sus contrapartes en otras sociedades, especialmente en Japón. Al observar las diferencias, se ha señalado que la cultura de un país determinado no es una explicación suficiente, es por esto que se necesitan conceptos que ayuden a diferenciar organizaciones dentro de una sociedad, especialmente en relación con

distintos niveles de eficacia, propósito que ha sido satisfecho por el concepto de cultura organizacional.

1.3 ELEMENTOS DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL

1.3.1 ARTEFACTOS CULTURALES

1.3.1.1 Empresarios

El término empresario se usa para denotar a una persona que toma responsabilidad primaria en movilizar a las personas y otros recursos para iniciar, dar propósito, construir y dirigir a una nueva organización.

Los empresarios deben ser vistos no sólo como creadores de aspectos más racionales y tangibles de la organización como sus estructuras y tecnologías sino también como creadores de símbolos, lenguajes, creencias, rituales, y mitos, aspectos de los componentes más culturales y expresivos de la vida organizacional.

1.3.1.2 Simbolismo

Los símbolos son objetos, actos, relaciones y formaciones lingüísticas que son ambiguas para una multiplicidad de significados, evocan emociones y mueven al hombre a la acción. La construcción de símbolos sirve como vehículo para la concepción de grupo y organizacional. Como un grupo y organización cuando nace representa su situación a si mismo y al entorno esto enfatiza, distorsiona e ignora y de este modo atribuye nombres y valores a su estructura, actividades, propósitos e incluso a la estructura física que los rodea. Los símbolos que surgen de este proceso – el vocabulario de la organización, el diseño de los edificios institucionales y las creencias sobre el uso y distribución del poder y los privilegios, los rituales y mitos que legitiman estas distribuciones – tienen significativas consecuencias funcionales para la organización.

1.3.1.3 Lenguaje

Es el sistema de signos vocales, el cual tiene una inmensa variedad y complejidad. El lenguaje puede representar y estabilizar las experiencias e integrar estas experiencias en un todo significativo. Estos procesos de representación son características esenciales del proceso de creación de la cultura de una nueva organización.

El estudio del vocabulario organizacional es de larga data. Sus orígenes y usos y en particular su rol en la expresión de valores comunes, evocación de experiencias pasadas, proveyendo semillas fértiles para la acción humana, legitimando la actualidad y desarrollando las distribuciones de poder son áreas claves para la creación y evolución de las nuevas organizaciones.

1.3.1.4 Ideología

Es un conjunto de creencias sobre el mundo social y como este opera, incluyendo declaraciones sobre la exactitud de ciertos arreglos sociales y que acciones deben ser entendidas a la luz de estas declaraciones. Las ideologías pueden tener un rol significativo en el proceso de la creación organizacional porque tienen el potencial de vincular la actitud a la acción. La ideología moviliza la conciencia y la acción conectando las cargas sociales con los principios éticos generales. El resultado es el compromiso en la realización de las tareas dentro de un gran esquema organizacional.

Pero el potencial de las ideologías organizacionales dependerá no sólo del contexto organizacional en el que funcionan, de como son creados y por quienes, sino también de cómo son mantenidos en la vida organizacional.

1.3.1.5 Rituales y mitos

Los rituales en numerosas ocasiones son entendidos como la secuencia repetitiva de actividades desprovistas de significados para los actores en el ritual. Bocoock (1974) define ritual como "el uso simbólico de los movimientos corporales y los gestos en una situación social para expresar y articular significados, es decir, la característica crucial del ritual como medio de creación de cultura es el mensaje que este contiene. Pero como Beattie (1966) destaca, la pregunta crucial sobre su rol es no lo que hace sino lo que dice, puesto que de esta manera se muestra al mundo exterior cuales son los valores centrales o periféricos, las personas dominantes o marginales, las metas con mayores recompensas y aquellas que tienen menos, las actividades que se realizan en

una organización, lo que determina que las relaciones sociales son estabilizadas, convencionalizadas y ordenadas.

Los mitos por su parte también juegan un rol crucial en el proceso continuo de establecimiento y mantenimiento de lo que es legítimo y lo que es etiquetado como inaceptable dentro de la cultura organizacional. Cohen (1969) considera que los mitos contienen una narrativa de eventos que usualmente tienen cualidades sagradas que explora en las formas dramáticas del origen y transformación. Al hacer esto ellos anclan el presente y el pasado, dan explicaciones, y por lo tanto, legitiman las prácticas sociales y contienen niveles de significado que lidian simultáneamente con lo socialmente y psicológicamente significativo en una cultura.

1.4 ENFOQUES DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL

En todas las etapas del desarrollo de la teoría y la práctica administrativa, los teóricos organizacionales y administradores de igual modo han usado una variedad de metáforas, o imágenes para delimitar, enmarcar y diferenciar la categoría de experiencia referida a una organización. La metáfora de la máquina y la metáfora del organismo han sido usadas más frecuentemente para facilitar el entendimiento y la comunicación sobre el complejo fenómeno de la organización. En el primer caso se refiere a la organización como instrumento para lograr tareas y objetivos, mientras que en el segundo caso se relaciona con la teoría de sistemas, donde las organizaciones son concebidas como un ente que está en una lucha constante por sobrevivir en un ambiente cambiante. Aunque las metáforas del mundo físico – organismos y máquinas – son históricamente dominantes, otras metáforas que son sociales han sido utilizadas para elaborar aspectos de la organización. Por ejemplo, las organizaciones pueden ser teatros para la realización de roles, dramas y guiones y que son arenas políticas para perseguir y desplegar poder.

1.4.1 CULTURA COMO UNA VARIABLE

Los dos enfoques que se presentarán a continuación asumen que el mundo social se expresa en función de las relaciones, tanto en términos generales, es decir, aquellas situaciones que se producen en la cotidianeidad de una organización determinada, al igual que ciertos acontecimientos que son contingentes, es decir, aquellos que suceden esporádicamente y no son una constante dentro de la organización, todo esto se enmarca dentro de un medio con elementos más estables y claros, que se denominan

variables, los cuales determinan la manera como se configuran las relaciones dentro de una institución determinada y como estas van evolucionando a lo largo del tiempo. En ambas aproximaciones se comparte la concepción de las organizaciones como organismos, que existen en un ambiente que presenta imperativos para su comportamiento.

1.4.1.1 Cultura y administración comparativa: cultura como variable independiente

El campo de la administración corporativa se preocupa de la variación entre la administración y las prácticas y actitudes de los empleados en los diferentes países. La cultura es considerada como un factor de fondo, una variable explicativa o una referencia amplia influenciando el desarrollo y reafirmando las creencias.

Esto comparte una concepción de la relación entre la organización y la cultura en que esta última es tratada como una variable independiente, esta es importada a la organización por sus miembros. Su presencia se revela en los patrones de actitudes y acciones de los miembros individuales de la organización.

Este tipo de investigación busca establecer las diferencias entre las culturas, localizar grupos de similitudes y establecer implicancias para la efectividad organizacional. La utilidad práctica de esta investigación se da sobretodo en las organizaciones multinacionales.

1.4.1.2 Cultura Corporativa: cultura como una variable interna

Los investigadores de esta tendencia reconocen que las organizaciones son ellas mismas productoras del fenómeno de la cultura. Las organizaciones son vistas como instrumentos sociales que producen bienes y servicios, pero también son productoras de artefactos culturales como rituales, leyendas y ceremonias.

La investigación en esta concepción de cultura está generalmente basada en el marco de referencia de la teoría de sistemas. Variables más subjetivas como la cultura, han sido introducidas en la teoría de sistemas, con el reconocimiento de que los procesos simbólicos que están ocurriendo dentro de las organizaciones. La implicancia es que la dimensión simbólica y cultural en alguna manera contribuye al balance del sistema en su conjunto y la efectividad de una organización.

La cultura es definida como un pegamento social y normativo que mantiene a la organización junta. Esto expresa los valores o ideales sociales y las creencias que los miembros de una organización comparten.

1.4.1.3 Cultura con una raíz metafórica para la conceptualización de las organizaciones

Esta teoría deja atrás la visión de la cultura como algo que la organización tiene, en favor de una postura en que la cultura es algo que la organización es. Esta representa un cambio de la comparación con objetos físicos a compararse con otro fenómeno social. La cultura como una raíz metafórica para las organizaciones va más allá de la visión instrumental derivada de la metáfora de la máquina y de la visión adaptativa derivada de la metáfora orgánica. La cultura como una raíz metafórica promueve una visión de las organizaciones como formas expresivas, manifestaciones de la conciencia humana. Las organizaciones no son entendidas y analizadas en términos económicos y materiales sino que en términos de sus aspectos expresivos, ideológicos y simbólicos.

1.4.1.4 Perspectiva Cognitiva

La cultura es un sistema de cogniciones compartidas o un sistema de conocimientos y creencias. Desde esta perspectiva la cultura es vista como un sistema único para percibir y organizar el fenómeno material, las cosas, eventos, comportamientos y emociones. La cultura es generada por la mente humana mediante significados de un número finito de reglas o significados de una lógica inconsciente. La tarea es determinar cuales son estas reglas, averiguar como los miembros de una cultura ven y describen su mundo.

1.4.1.5 Perspectiva Simbólica

Esta perspectiva trata a las sociedades o culturas como sistemas de símbolos y significados compartidos. Para explicar la temática de los sistemas de significados subyacentes a la actividad, los antropólogos muestran la forma en que los símbolos están vinculados en una relación significativa y demuestran como ellos están relacionados a las actividades de la gente en un establecimiento.

Cuando esta perspectiva simbólica se aplica al análisis organizacional, una organización, como una cultura, es concebida como un patrón de discurso simbólico.

Para ser entendido, esto necesita ser interpretado, leído o descifrado, para interpretar una organización, un investigador se enfoca en la forma en que la experiencia se convierte en significativa para aquellos dentro de un establecimiento, para esto debe usar muchos tipos de evidencia, y de esta manera juntar todas las piezas de un multifacético y complejo cuadro de varios tipos de sistemas de símbolos y sus significados asociados. El investigador también está preocupado de articular los temas recurrentes que representan los patrones del discurso y que especifican los vínculos entre valores, creencias y acciones en una institución. Los temas, expresados en varios modos simbólicos, representan el corazón del análisis simbólico de una organización como cultura.

El foco de esta forma de análisis organizacional es como los individuos interpretan y entienden su experiencia y como estas interpretaciones y entendimientos están relacionados a la acción. El investigador busca examinar los procesos básicos por los cuales los grupos de personas comparten interpretaciones y significados para la experiencia que permiten la posibilidad de actividad organizada.

1.4.1.6 Perspectiva estructural y psicodinámica

La cultura puede también ser observada como una expresión de los procesos psicológicos inconscientes. Desde este punto de vista, las formas y prácticas organizacionales son entendidas como proyecciones de los procesos inconscientes y son analizados con referencia a la interacción dinámica entre los procesos inconscientes y su manifestación consciente.

El estructuralismo de Levi-Strauss ha tenido poco desarrollo en la teoría organizacional. Este asume que la mente humana ha construido restricciones, por las cuales estructura su contenido síquico y físico. Desde que somos inconscientes de este set de estructuras y restricciones, estas pueden ser etiquetadas como infraestructuras inconscientes. La cultura despliega los trabajos de la infraestructura inconsciente, esta revela la forma de inconsciencia. Desde esta perspectiva, los propósitos del estudio de la cultura son revelar dimensiones escondidas de la mente humana. La tarea del análisis estructural es descubrir un orden de relaciones que transforme este set de partes, las cuales tienen una limitada significancia por si solas, en un todo inteligible. Este orden puede ser denominado estructura, de acuerdo a Levi-Strauss las estructuras resuelven problemas con símbolos, ideas o categorías, problemas con la aplicación de estos símbolos, ideas o categorías en el mundo social, y problemas con las implicancias de estas aplicaciones.

Desde esta perspectiva la mayoría del análisis organizacional debería ser criticado ya que es considerado como demasiado limitado en su alcance. La investigación organizacional tiende a lidiar sólo con el nivel superficial de las partes que son, de hecho, elementos de los modelos conscientes compartidos por los participantes de la organización y los analistas.

1.5 DINÁMICA CULTURAL

1.5.1 DINÁMICA CULTURAL: PRESERVACIÓN A TRAVÉS DE LA SOCIALIZACIÓN

La cultura se perpetúa y se reproduce a través de la socialización de nuevos miembros que ingresan al grupo. Si la organización puede encontrar mientras ya socializados, es decir, que tengan el conjunto correcto de supuestos creencias y valores, necesitará gastar menos energía en un proceso de socialización formal. Sin embargo, por lo general los miembros nuevos no están familiarizados lo suficiente para ser capaces de tomar y desempeñar sus funciones organizacionales, por lo cual necesitan ser capacitados y familiarizados con la cultura.

1.5.2 DINÁMICA CULTURAL: EVOLUCIÓN NATURAL

Cada grupo y organización es un sistema abierto que existe en múltiples ambientes. Los cambios en el ambiente producirán estrés y tensiones dentro del grupo, lo que obliga a un nuevo aprendizaje y adaptación. Al mismo tiempo, los nuevos miembros que llegan al grupo traerán nuevas creencias y supuestos que influirán en los supuestos vigentes. Hasta cierto grado, entonces hay una presión constante en una cultura dada para evolucionar y crecer. Pero tal como los individuos no ceden con facilidad los elementos de su identidad o sus mecanismos de defensa, de igual forma los grupos no ceden de manera expedita parte de sus supuestos básicos subyacentes sólo porque sucesos externos o nuevos miembros los desmienten.

1.5.3 DINÁMICA CULTURAL: EVOLUCIÓN GUIADA Y ADMINISTRACIÓN DEL CAMBIO

Una de las principales funciones del campo del DO ha sido ayudar a las organizaciones a guiar la dirección de su evolución; es decir, a mejorar los elementos culturales que son considerados críticos para mantener la identidad y promover el “desaprendizaje” de los elementos culturales que son vistos cada vez más disfuncionales. Este proceso en las organizaciones es análogo al proceso de terapia en individuos, aunque las tácticas actuales son más complicadas cuando participan clientes múltiples y cuando algunos de los clientes son grupos y subsistemas.

A veces, los líderes de las organizaciones pueden superar sus propios sesgos culturales y percibir que los elementos de la cultura de una organización son disfuncionales para la supervivencia y el crecimiento de un ambiente cambiante. Pueden sentir ya sea que no tienen el tiempo de permitir que ocurra la evolución en forma natural o que ésta dirija a la organización en una dirección equivocada. En esa situación se puede observar a los líderes hacer cosas distintas, por lo general combinadas, para producir los cambios deseados.

1.6 HISTORIA COMO LEGADO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL

En esta sección se hará una descripción de cómo la historia, tanto obtenida a través de datos empíricos como también mediante transmisiones orales efectuadas por las mismas personas que han vivido estos acontecimientos constituyen una parte importante en la reconstrucción de la historia de una organización determinada, esto adquiere relevancia en el caso del Instituto Nacional de Geriátría puesto que es el primer estudio de estas características que se lleva a cabo en esta institución lo que determina que sea la fuente primaria de consulta para determinar cuales han sido los hitos más importantes en la historia de la institución lo que es trascendente en cuanto a su continuidad y construcción de una identidad cultural en la que todos se sientan parte de una organización y también de su historia.

1.6.1 LA HISTORIA COMO NARRATIVAS

La historia se transmite a través de narrativas que realizan las personas que vivieron los distintos acontecimientos como también mediante relatos que se hacen de las diversas historias que se van generando a lo largo del tiempo que transcurre dentro de una organización. Gabriel y Griffiths (2004) definen a las historias como narrativas

con argumentos y caracteres, que generan emoción en el narrador y la audiencia, a través de la elaboración poética de material simbólico. Este material puede ser resultado de la experiencia o la fantasía, incluyendo la experiencia de primeros narradores. Las tramas comprenden conflictos, trances y crisis que apelan a opciones, decisiones, acciones e interacciones. Los resultados son a menudo extraños, sorprendentes con las intenciones y propósitos de los caracteres.

Es importante señalar que no todas las narraciones se ajustan a la definición de historia. A diferencia de las definiciones, etiquetas y otros textos, las historias involucran cadenas temporales de cosas relacionadas con eventos o acciones, emprendidas por los personajes. No son meras imágenes de fotografías instantáneas, sino que requieren la secuenciación y parcelación. Narraciones pueden diferir de los hechos reales, debido a que el gran valor no reside en la veracidad y exactitud de los hechos sino en la capacidad de transmitir significados, es por ello que a menudo la precisión es sacrificada en aras del efecto, en lo que se conoce como "licencia poética". Las buenas narrativas y, en particular, las historias de calidad son memorables, concisas y llenas de significado, las cuales estimulan la emoción, la fantasía y el conocimiento.

1.6.2 HISTORIAS Y CULTURA ORGANIZACIONAL

La teoría organizacional ha abordado sólo recientemente el tema de las historias que la gente cuenta sobre ellos mismos y su desarrollo dentro de la organización, dentro de las principales funciones que estas realizan son actuar como cohesionador del grupo y también para aliviar la tensión y el tedio que se produce por las actividades cotidianas dentro de la organización. En este sentido, hay un reconocimiento de que las organizaciones no son espacios burocráticos libres de historias, es decir, la transmisión de las historias es un fenómeno propiamente tal que merece la atención de cada uno de los integrantes que conforman una organización ya que de esta manera se construye la cultura organizacional actual tanto por las historias que las mismas personas van transmitiendo a los otros miembros como también por aquellos acontecimientos que van sucediendo y que se van convirtiendo en nuevas historias que serán transmitidas tanto a los actuales integrantes como también a aquellos que se integran a la institución de forma de transmitirles la cultura que inherentemente esta inmersa en aquellas historias.

Las historias permiten entender un poco más la vida emocional y simbólica de las organizaciones, puesto que cuando las personas cuentan una historia se logra el acceso a una realidad que muchas veces estaba oculta, pero las narraciones conceden a las personas la libertad de expresar sus sentimientos y emociones sin las

restricciones que impone el trabajo habitual en una institución, de esta manera los diversos integrantes van agregando elementos tanto de sus vivencias como de la percepción que tienen de la organización y a través de estas narraciones se va construyendo una identidad e historia común. De estas, una gran cantidad de historias se viven en y alrededor de las organizaciones (Boje, 1995), haciendo sentido a las relaciones humanas entre actores internos y externos (Boje, 1991), esto determina su importancia para la difusión de conocimientos y el aprendizaje dentro de una organización, llegando incluso a la generación de cambios sociales y organizacionales, ya sea esto para bien o para mal.

Una parte del conocimiento en las organizaciones tiene carácter narrativo, compuesta por historias, cuentos y experiencias (Orr, 1996). Este conocimiento informal complementa la información de carácter formal, es así como dentro de una misma organización pueden coexistir distintos discursos y significados. Boje (2002) señala que la existencia de un espacio narrativo fecundo y la voluntad de las personas a tomar una apuesta de lo que dicen, en forma individual o en grupos, estará marcado en historias significativas. Por esta razón, Boje insiste en que la mayoría de las historias de organización son co-creada por muchos de los participantes, por lo cual puede tener muchos significados diferentes (1995).

2 ORGANIZACIONES TOTALES

En esta sección se describirán diversas características de las instituciones totales, este tema es de gran relevancia para nuestra tesis ya que gran parte de la historia del Instituto Nacional de Geriátría se desarrollo como una organización total, ya que en sus orígenes que se remontan al año 1968, parte de los residentes del Hospicio de Santiago son trasladados a lo que actualmente son las dependencias del establecimiento constituyéndose así en el continuador del ex hospicio hasta 1976, año en que pasa a denominarse Centro Geriátrico. Durante todo este periodo el instituto fue principalmente una organización total puesto que toda la vida en su totalidad se realiza dentro de la institución en particular en la que se encuentra la persona, esto se explica con mayor detalle a continuación.

2.1 DEFINICIÓN E HISTORIA DEL CONCEPTO:

Concepto ideado por Erving Goffman (1961), quien define a una institución total en los términos siguientes:

“Lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman,1961: 13).

2.2 CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES:

La característica central de una institución total según Goffman (1961: 19), es la ruptura del ordenamiento social básico moderno, donde el individuo tiende a dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, en los que por lo general se interactúa con distintos co-participantes, bajo autoridades diversas y sin respetar un plan administrativo muy estricto.

En las instituciones totales es posible encontrar “obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y el éxodo de los miembros, y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, alambre de púa, acantilados, ríos, bosques o pantanos” (Goffman, 1961:18).

En relación al funcionamiento dentro de estas instituciones, se presentan las siguientes características (Goffman, 1961:19-20):

- *Todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única.*
- *Cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, de quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas.*
- *Todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas, y un cuerpo de funcionarios.*
- *Finalmente, las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución.*

“El hecho clave de las instituciones totales consiste en el manejo de muchas necesidades humanas mediante la organización burocrática de conglomerados humanos, indivisibles-sea o no un medio necesario efectivo de organización social, en las circunstancias dadas” (Goffman, 1961: 20).

2.3 CLASIFICACIÓN DE LAS INSTITUCIONES TOTALES

Goffman (1961) en su ensayo “Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales”, clasifico a las instituciones totales en cinco grupos, los cuales son presentados a continuación:

- Instituciones erigidas para cuidar personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas, tales como hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes.
- Instituciones encargadas de cuidar de aquellas personas incapaces de cuidarse por si mismas, además constituyen una amenaza involuntaria para la sociedad; entre los que se encuentran hospitales de enfermos infecciosos, hospitales psiquiátricos y los leprosarios.
- Instituciones organizadas para proteger la comunidad contra quienes constituyen intencionalmente un peligro para ella, en estas no se propone como finalidad inmediata el bienestar de los reclusos, pertenecen a este tipo las cárceles, los presidios, los campos de trabajo y concentración.

- Instituciones deliberadamente destinadas al mejor cumplimiento de un carácter laboral, y que solo se justifican por estos fundamentos instrumentales: los cuarteles, los barcos, las escuelas de internos, los campos de trabajo, diversos tipos de colonias, y las mansiones señoriales desde el punto de vista de los que viven en las dependencias de servicios.
- Establecimientos concebidos como refugios del mundo, aunque con frecuencia sirven también para la formación de religiosos: entre ellos la abadía, monasterios, conventos y otros claustros.

2.4 CARACTERÍSTICAS CULTURALES

2.4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA LLEGADA AL MUNDO INTERNO

Es característico que los internos lleguen al establecimiento con una cultura de presentación derivada de un mundo cotidiano. Sin embargo, las instituciones totales no reemplazan la peculiar cultura propia del que ingresa, pero si la estadía del interno es larga, puede ocurrir lo que se ha denominado la “desculturación”, es decir, un desentrenamiento que lo incapacita para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior, si es que vuelve a él y en el momento en que lo haga. En este sentido las instituciones totales no persiguen una victoria cultural, sino que crean y sostienen un tipo particular de tensión entre el mundo habitual y el institucional.

El futuro interno llega al establecimiento con una concepción de sí mismo que ciertas disposiciones sociales estables de su medio habitual hicieron posible, es decir, tiene una imagen de su yo que se formó en el exterior, en este sentido al ingresar a una institución total comienzan a ocurrir una serie de degradaciones, humillaciones y profanaciones de esta percepción que la misma persona crea de su propio individuo, tanto por su personalidad como por aquellas cosas que le van sucediendo, que se denomina su yo . La mortificación del yo es sistemática aunque a menudo no intencionada, es decir, ocurren cambios progresivos en las creencias que tienen sobre sí mismo y sobre los otros significativos. En este aspecto, la barrera que las instituciones totales levantan entre el interno y el exterior marca la primera mutilación del yo.

En la vida civil, la programación sucesiva de los roles del individuo tanto en el ciclo vital como en la repetida rutina diaria, asegura que ningún rol que realice bloqueará su desempeño y se ligará con otro. En las instituciones totales por el contrario, el ingreso ya rompe automáticamente con la programación del rol, puesto que la

separación entre el interno y el mundo dura todo el día y puede continuar durante años. Por lo tanto se verifica el despojo del rol. En muchas instituciones totales se prohíbe al principio el privilegio de recibir visitas o de hacerlas fuera del establecimiento, asegurándose así un profundo corte que aísla los roles del pasado, y una apreciación del despojo del rol.

2.4.1.1 Incorporación al mundo interno: degradación del yo

Los procedimientos de admisión podrían llamarse mejor de preparación o de programación, ya que al someterse a estos manoseos el recién llegado permite que lo moldeen y o clasifiquen como un objeto que puede introducirse en la maquinaria administrativa del establecimiento. La primera ocasión en que los miembros del personal instruyen al interno sobre sus obligaciones de respeto puede estar estructurada de tal modo que lo incite a la rebeldía o a la aceptación permanente.

El procedimiento de admisión puede caracterizarse como una despedida y un comienzo, con el punto medio señalado por la desnudez física. La despedida implica el desposeimiento de toda propiedad, importante porque las personas extienden su sentimiento del yo a las cosas que les pertenecen: Quizá la más significativa de estas pertenencias, el propio nombre, no es del todo física. Como quiera que uno fuese llamado en adelante, la pérdida del propio nombre puede representar una gran mutilación del yo.

Una vez que se despoja el interno de sus posesiones, el establecimiento debe hacer, por lo menos, algunos reemplazos, pero éstos revisten la forma de entregas comunes, de carácter impersonal, distribuidas uniformemente. Estas pertenencias sucedáneas llevan marcas ostensibles, indicadoras de que pertenecen en realidad a la institución, y en algunos casos se retiran a intervalos regulares para ser, como quién dice, desinfectada de identificaciones. Puede exigirse del interno que devuelva los restos de los objetos que pueden gastarse antes de obtener el nuevo pedido. La falta de gavetas individuales, así como los registros y las confiscaciones periódicas de objetos personales acumulados, refuerzan el sentimiento de desposeimiento.

Al deterioro personal consiguiente al retiro del equipo de identificación puede sumarse unas desfiguraciones más graves por mutilaciones del cuerpo directas y permanentes, tales como marcas infamantes o pérdida de miembros.

De acuerdo con la modalidad expresiva de una determinada sociedad civil, ciertos movimientos, posturas y actitudes transmiten imágenes deplorables del individuo y deben evitarse como degradantes. Todo reglamento, orden o tarea que obliguen al

individuo a adoptar movimientos o actitudes pueden mortificar su yo. En las instituciones totales abundan tales indignidades físicas, las palabras y los actos indignos requeridos del interno corren parejas con el ultrajante trato que reciben.

Sea cual fuere el origen o la forma de tales escarnios, el individuo tiene que participar en una actividad de la que le derivan consecuencias simbólicas incompatibles con su concepción del yo. El individuo puede mantener ciertos objetos ligados a la conciencia de su yo, por ejemplo su cuerpo, sus actos inmediatos, sus pensamientos y algunas de sus pertenencias, a salvo del contacto con cosas extrañas y contaminadoras. En las instituciones totales se violan estos límites personales: se traspaesa el linde que el que el individuo ha trazado entre su ser y el medio ambiente, y se profanan las encarnaciones del yo.

Mas adelante, puede haber confesiones en grupo o individuales, los nuevos públicos no sólo se enteran así de hechos, ordinariamente ocultos, que desacreditan el yo, sino que pueden percibir directamente alguno de ellos. Sin embargo, el tipo más notorio de exhibición contaminadora sea el de carácter físico, que mancha o salpica el cuerpo u otros objetos íntimamente identificados con el yo. Una forma de contaminación física muy común se refleja en las protestas frecuentes por la comida en mal estado, los alojamientos en desorden, las toallas manchadas, los zapatos y la ropa impregnados con el sudor de los anteriores usuarios.

El modelo de contaminación interpersonal en nuestra sociedad, es la violación. El interno mismo puede ser palpado y registrado hasta el extremo. En todos estos casos no solo el que inspecciona, sino la inspección en sí, invaden la intimidad del individuo y violan el campo del yo. Además, la costumbre de mezclar los grupos de edades, pueblos y razas diferentes en las prisiones y en los hospitales psiquiátricos puede hacer que un interno se sienta contaminado por el contacto de compañeros indeseables. Evidentemente la vida de grupo necesitará contacto mutuo y exhibición entre los internos. Un ejemplo normal de este contacto contaminador es el sistema de apodos. El personal y los compañeros de internado asumen automáticamente el derecho de dirigirse a los otros por medio de sobrenombres o diminutivos.

Otro tipo de exhibición contaminadora introduce a un extraño en la relación íntima de un individuo con los otros significativos, Un interno puede tener que soportar, por ejemplo, que se lea y censure su correspondencia personal, y hasta que se haga burla de ella en su propia cara. Otro ejemplo es de carácter obligatoriamente público de las visitas.

Una forma aún más común de exhibición contaminadora ocurre, como ya se ha insinuado, en las confesiones dispuestas institucionalmente. Cuando hay que denunciar al otro significativo, y en particular cuando está físicamente presente.

2.4.2 EL MUNDO DEL PERSONAL

Muchas instituciones totales parecen funcionar la mayor parte del tiempo sin otro propósito que servir como depósitos de internos, pese a que generalmente se presentan ante el público, con el carácter de organizaciones racionales diseñadas de cabo a rabo y conciencia como máquinas efectivas, cuya meta es cumplir unos pocos fines formalmente admitidos y aprobados. Dijimos también que uno de sus objetivos formales frecuentes es la reforma de los internos, de acuerdo con un esquema ideal. Esta contradicción entre lo que la institución hace realmente, y lo que sus funcionarios deben decir que hace, constituye el contexto básico donde se desarrolla la actividad diaria del personal.

Así enfocado, quizá lo primero que importe decir del personal es que su trabajo, y por consiguiente su mundo, se refiere única y exclusivamente a seres humanos. A lo largo de la carrera del interno, desde que pasa por las oficinas de admisión, hasta que llega a la parcela del cementerio, muchas clases de personal irán añadiendo notas oficiales a su historia clínica.

La observancia de lo que llamamos “normas de humanidad” llega así a definirse como parte intrínseca de la responsabilidad que incumbe a la institución, y como una de las garantías que ésta ofrece implícitamente a los internos, a cambio de su libertad.

La segunda contingencia típica de este mundo laboral se origina en los status y relaciones de los internos en el mundo exterior, y en la necesidad de tenerlos en cuenta. Hasta un paciente recluido como insano, y privado de sus derechos civiles, significa una cantidad considerable de trabajo administrativo. Claro está que los derechos negados a un enfermo mental suelen transferirse a un pariente, a una junta o bien al director mismo del hospital, que en ese caso queda constituido en representante legal, cuya autorización debe solicitarse para los numerosos asuntos del paciente que puedan surgir fuera de la institución: beneficios del seguro social, pago de pólizas, pensiones, etc. De todos estos problemas tendrá que ocuparse la institución.

En este sentido, cuando los parientes actúan en calidad de críticos plantean un problema especial puesto que a diferencia de los enfermos a quienes se puede educar convenientemente, haciéndoles ver que los pedidos de ventajas personales por lo general salen caros los parientes no tienen tan buena escuela y se avergonzarían de reclamar para sí.

Puesto que una institución total funciona hasta cierto punto como un estado, su personal sufre, también hasta cierto punto, las tribulaciones propias de un estadista.

En el caso de un solo interno en particular, es posible que el mantenimiento de ciertas normas tendientes a su beneficio, haga necesario sacrificar otras.

Las normas del trato que un interno tiene derecho a esperar pueden, sin duda, ser incompatibles con las normas que otro legítimamente desean, surgiendo así otro conjunto de problemas de tipo gubernativo.

La obligación del personal de mantener ciertas normas de humanidad en el trato con los internos plantea problemas en sí misma; pero en conjunto adicional de problemas característicos se encuentra en el conflicto permanente entre las normas humanitarias, por un lado, y la eficiencia institucional por otro. Los efectos personales del individuo son parte importante de un individuo son parte importante del material con que se construye el y; pero es probable, que el personal pueda manejar más fácilmente al interno como tal cuanto mayor sea el grado de despojo a que éste haya sido sometido.

2.4.3 LAS CEREMONIAS INSTITUCIONALES

Es una serie de prácticas institucionalizadas en las que el personal e internos se acercan lo suficiente para que cada grupo obtenga una imagen algo favorable del otro.

Una de las formas más comunes de ceremonia institucional es la redacción, impresión y distribución de un boletín semanal o revista mensual. Hay dos clases de materiales publicados en tales boletines internos que merecen especial mención. En primer término, las noticias locales, que incluyen información sobre ceremonias recientes, así como referencias a acontecimientos de orden particular, entre ellos cumpleaños, ascensos, viajes y defunciones de los miembros de la institución.

En segundo término, hay un material que puede reflejar un enfoque editorial, e incluye: noticias del mundo exterior, relativas al status social y jurídico de los internos y ex internos. Expresa el enfoque oficial de las funciones de la institución.

Un tipo de ceremonia institucional algo diferente es la fiesta anual, ya que personal e internos se mezclan, participando en formas de sociabilidad tan convencionales como una comida, un baile o una tertulia. La fiesta anual suele asociarse en las instituciones totales a la celebración de la navidad, donde habrá reparto de regalos e indulgencias, e incluso en algunos casos esta libertad podrá llegar a la inversión ritual de roles.

Otra ceremonia institucional interesante, conectada con la fiesta anual y con la conmemoración de la navidad es la función teatral. En el caso típico los actores son

internos, y los directores de producción miembros del personal, pero a veces hay elencos mixtos.

3 APLICACIONES EN INSTITUCIONES DE SALUD

3.1 ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL INTERNACIONAL

3.1.1 DEPENDENCIA, INDEPENDENCIA Y CONTRA-DEPENDENCIA EN INSTITUCIONES RESIDENCIALES PARA INCURABLES DE ERIC MILLER (1973)

Eric Miller ha realizado numerosas investigaciones sobre la cultura de la dependencia, dentro de los que se encuentra este artículo que sintetiza las investigaciones que se llevaron a cabo entre 1966 y 1969 a cinco instituciones residenciales para pacientes con discapacidades físicas y enfermedades crónicas, los que se encontraban en la etapa del paciente pre-geriátrico. El origen de estas exploraciones radica en la copia de un artículo enviada en 1962 al Instituto Tavistock, la cual pedía asesoría para la capacitación de las asistentes sociales en las necesidades de los discapacitados, lo curioso de esto es que justamente estos últimos habían mandado este documento en virtud de las carencias a las que se enfrentaban en su vida diaria en estas instituciones.

Los principales objetivos de la investigación eran estudiar las características de los sistemas de la organización que tienden a estimular o mitigar los problemas de la institucionalización, junto con esto se buscaba también utilizar la metodología de la investigación-acción para descubrir si es que era posible crear un ambiente psicosocial más benigno para la organización y cuál era la forma de realizar este cambio.

Las primeros indicios que se percibieron fueron que los pacientes creían que potencialmente una institución podía proveerles a los discapacitados severos una calidad de vida mejor que la que tendrían viviendo en hospitales o incluso, para la mayoría de ellos, mejor que la que tendrían si estuvieran viviendo en sus propios hogares. Ellos encontraban que la vida institucional de muchas maneras reforzaba su dependencia y ellos debían luchar por sus derechos, tomados por otros adultos, para tomar decisiones organización, para casi todas las decisiones triviales, tales como levantarse o ir a la cama. Ellos estaban alterados por la posibilidad de un inminente

cambio de staff que pudiera romper con los patrones de su vida diaria y que se generarán diferentes valores que pudiesen mermar los elementos de auto-determinación tan difícilmente ganados a los cuales se aferraban. Los investigadores durante esta etapa se sentían muy identificados con los residentes, en cuanto a que los pacientes sentían como eran prácticamente dependientes en la totalidad de sus acciones a la voluntad de los miembros del staff que estaban tomando lo último que quedaba de su libertad, aquellas pequeñas cosas que habían conseguido con mucho esfuerzo a lo largo del tiempo.

La relación entre los trabajadores y los pacientes enfrentaba siempre muchas tensiones con ciertos momentos de mayor armonía, pero en general era bastante hostil el trato por parte de los miembros del personal, quienes tenían un gran autoritarismo sobre los pacientes. Estos maltratos se enmarcan dentro de un proceso llamado Contra-Dependencia, que es un estado regresivo que impide enfrentar los problemas de forma asertiva.

De esta manera el estudio se desarrolló en una situación de ambivalencia puesto que los investigadores por un lado, tenían simpatía y compasión por los residentes debido a que el contexto dónde se encontraba no era favorable para ellos en cuanto a su condición de discapacidad y el hecho de enfrentar el autoritarismo por parte del personal que los atendía. Por otra parte también hubo una identificación con los trabajadores puesto que ellos tenían sentimientos de egoísmo y debían enfrentar la insistencia, muchas veces excesiva, en las demandas efectuadas por los pacientes.

Los enfoques identificados en las instituciones de cuidado de pacientes son de dos tipos, el “Enfoque de Almacén” y el “Enfoque de Horticultura”. El primero busca prolongar la vida física del discapacitado, traspasando los métodos y supuestos del hospital a la residencia, en este caso los residentes tienen muy restringidas la movilidad y las conversaciones, pueden tener pocas pertenencias, salidas y visitas restringidas y poco frecuentes. Esta visión provee una dependencia regresiva de los pacientes ya que limita sus capacidades al obligarlos a ser atendidos como si se tratara de bebés indefensos. Por otra parte, el enfoque de horticultura, pone énfasis en el desarrollo de las capacidades de los minusválidos, estimula a los internos a que ganen independencia. Sin embargo, algunos miembros del plantel, especialmente las enfermeras, presentan dificultades para aceptar su rol, secundario y disminuido al igual que esto también se puede perder contacto con la realidad de la existencia de las discapacidades y se puede arriesgar a los pacientes que se encuentran en un estado muy delicado.

Con respecto a los sentimientos de los residentes discapacitados podemos mencionar que enfrentan el rechazo, a nivel familiar y social, en ocasiones los pacientes llegan a

las casas de reposo tras el abandono del cónyuge o porque ningún familiar se puede ocupar de su cuidado. De esta manera, la persona se percibe a sí misma como un muerto social, como un estorbo para la sociedad donde se desenvuelve, es entonces cuando se dirige a la institución para vivir el proceso de convertirse en un muerto físico.

La propuesta que presenta el profesor Miller considera una institución con tres subsistemas independientes, al que el residente ingresa según sus necesidades:

- Subsistema de Dependencia: se persigue satisfacer las necesidades de los residentes en las cuales requiere de ayuda, tales como levantarse o ir al baño.
- Subsistema de Independencia: debe dar cuenta de las necesidades de los internos de desarrollarse y hacer uso de las capacidades que aún mantienen.
- Subsistema de Apoyo Interpersonal, donde personal especializado ayude a los internos a afrontar la realidad de ser discapacitados.

3.1.2 DEFENSA CONTRA LA ANSIEDAD DE ISABEL MENZIES

Este estudio se realizó en un hospital general de 500 camas, 3 pequeños hospitales especializados, y un hogar de convalecientes en Londres en el que se realizan tanto procedimientos médicos por parte del personal correspondiente y también se efectúa la enseñanza. El cuerpo de enfermeras del hospital se eleva a 700 personas, de las cuales 150 son enfermeras bien entrenadas y el grupo restante está formado por alumnas. El cuerpo de enfermeras entrenadas se distribuye totalmente en funciones administrativas, docentes y de supervisión mientras que las alumnas del curso forman el elenco del hospital en el nivel operacional con los pacientes, lo que hace que dedique poco tiempo a la instrucción formal ya que por política del hospital la alumna se debe desempeñar por tres meses en cada uno de los diferentes tipos de servicio que existen en el hospital. El problema fue que las enfermeras veteranas comprobaron que era cada vez más difícil conciliar de manera eficaz las necesidades de personal y las de entrenamiento. En efecto, se abandonó la política de cursos de entrenamiento de tres meses y muchos cursos eran muy breves, lo que provocaba una aguda inquietud ya que las enfermeras sentían que no tenían la experiencia necesaria y otras exhibían un desequilibrio a causa del exceso de ciertos tipos de prácticas. Ante esta situación el elenco directivo comenzó a sentir que se corría el peligro de una desorganización completa, por lo que el equipo diagnóstico se concluyó que el alivio de la ansiedad constituía una importante tarea terapéutica. Es por esto que se hizo relevante determinar cuales eran las fuentes que provocaban estos sentimientos de ansiedad en el personal de enfermería, dentro de las observaciones que se generaron se pudo constatar el hecho que las enfermeras están constantemente en contacto con

personas físicamente enfermas, a menudo de gravedad. La atención de los pacientes con diferentes enfermedades es una de las tareas más agobiantes de la enfermera, ellas afrontan la amenaza de la muerte y la realidad del sufrimiento en una manera que no es igualada por otras profesiones, su labor también implica efectuar tareas que muchas veces son asqueantes y generan temor en las personas. Esto va creando una ansiedad que se va acumulando en el trabajo cotidiano de la enfermera, la que muchas veces se mantiene a nivel inconsciente y si no es manejada mediante procedimientos psicológicos que permitan contrarrestar estas ansiedades las profesionales que son víctimas de estos sentimientos pueden terminar generando diversos problemas que afectaran a la persona tanto a nivel psicológico como también en su trabajo. Es en este momento dónde surgen los mecanismos de defensa sociales para manejar el sentimiento de ansiedad, dentro de estos los más relevantes que se encontraron en el trabajo de la enfermera fueron la disociación de la relación enfermera-paciente, despersonalización categorización y negación del significado del individuo, distancia y negación de sentimientos, intento de eliminar las decisiones mediante la ejecución ritual de las tareas, reducir el peso de la responsabilidad en la adopción de las decisiones mediante varios niveles de controles, distribución social colusiva de la responsabilidad y la irresponsabilidad, oscuridad intencional en la distribución formal de la responsabilidad, reducción del influjo de la responsabilidad por delegación en los superiores, idealización y subestimación de las posibilidades de desarrollo personal, actitud negativa frente al cambio.

Como conclusión podemos decir que se logra reducir la ansiedad mediante la eliminación de situaciones, hechos, tareas o actividades, de esta manera se realizan pocos esfuerzos para ayudar a la persona a afrontar las situaciones de ansiedad y de esta manera poder tolerar y resolver de forma más eficaz el problema. En esencia, se estima que los sentimientos de ansiedad de la situación de la enfermera son excesivamente profundos y peligrosos para admitir una confrontación integral y que se corre el riesgo de desorganización personal y el caos social. Es decir, el sistema social ha desarrollado formas de evasión en las que se priva a las enfermeras de satisfacciones y del reconforte necesario.

3.1.3 HOSPITALES GERIÁTRICOS COMO SISTEMAS ABIERTOS DE ERIC MILLER (1993)

Esta investigación se efectuó debido a los problemas de reclutamiento y continuidad de las enfermeras en un hospital geriátrico, a esto también se suma que existían altos niveles de estrés dentro del personal de esta institución. La organización recientemente había enfrentado acusaciones de maltratos hacia los pacientes, sin embargo cabe mencionar que el hospital fue encontrado como no culpable respecto a estas incriminaciones. Por lo que la solicitud al equipo de investigación se hizo con la finalidad de superar estas dificultades que estaba enfrentando la organización. Durante el estudio los investigadores se dieron cuenta de que no bastaba solamente con estudiar al servicio de enfermería, sino que era necesario analizar el hospital completo si es que se querían lograr soluciones integrales para los problemas que afectaban a la institución. A la par de esto se incorporó en el análisis también las relaciones que establecían los pacientes con el entorno desde donde provenían, con lo que se dio una perspectiva al estudio de indagación del hospital como un sistema abierto.

Un hospital geriátrico es una organización que procesa personas, es decir, los ancianos que están enfermos entran al sistema donde serán procesados, en este caso, el proceso consiste en los diversos procedimientos médicos que se realizan con el fin de que el paciente se recupere parcial o totalmente de la afección que le aqueja. En este sentido, cabe mencionar que el resultado del sistema también puede ser que los procedimientos que se le realicen al paciente no tenga resultados satisfactorios, por lo que este fallezca durante su estadía en la organización. Si el hospital continúa cumpliendo el rol que le exige su entorno, entonces continúa renovando los pacientes y los recursos que se recibe.

Para estudiar a un hospital desde la perspectiva de los sistemas abiertos, se deben especificar y examinar las características de los pacientes, ante lo cual Miller establece:

- Características de los Pacientes que ingresan al sistema:
 - De dónde vienen
 - Cómo están definidos
 - Cómo ingresan al sistema

- Experiencia de los Pacientes en el Sistema:
 - Procesos que experimentan mientras se encuentran en el sistema
 - Duración de la estadía
 - Paso a través de los distintos subsistemas

- Salida de los pacientes del sistema:
 - De qué manera dejan el sistema
 - Qué destino tienen luego de dejar el sistema

De la misma forma, se deben analizar las vivencias de los trabajadores, para entender su punto de vista respecto al intercambio y si ocurren divergencias entre lo que el personal cree que debería suceder comparado con lo que está ocurriendo.

Los investigadores recopilaron la información que necesitaban de las siguientes formas:

- Estadísticas que manejaba el hospital con respecto a los pacientes
- Entrevistas individuales y grupales al personal
- Entrevistas con familiares de los pacientes
- Seguimiento en detalle de 20 admisiones consecutivas

Las necesidades de asistencia médica inmediata y la falta de capacidad de valerse por sus propios medios que presentan los pacientes, lo que aunado con el cambio de lugar de atención conlleva a una excesiva dependencia de índole infantil materno, en que se reactivan características de la infancia, por lo que los pacientes viven este proceso como si fuera una separación con su madre. Esto se presenta sobretodo en la fase de admisión puesto que existe el temor de no poder volver a su hogar, lo que sumado a elementos fantasiosos relacionados con la muerte, dificultan la atención del paciente y el proceso de superación de la enfermedad.

El personal, por su parte, vive el dilema de tener la esperanza de participar en la mejoría del paciente y por otro lado, también sufre el desánimo relacionado con el hecho de que sus esfuerzos no surtan efecto y el paciente no se pueda recuperar de su enfermedad.

Las enfermeras en la medida en que el paciente presenta mejorías deben darle mayores holguras para que estos se recuperen, pero la enfermera ante este hecho siente un conflicto puesto que su labor es preocuparse de los pacientes. En este sentido, la organización debe ayudarla a contrarrestar esta respuesta natural, ya que si no se efectúa esta asistencia la enfermera padecerá estrés.

El hospital y sus funcionarios se ven obligados, tanto por el entorno micro que está constituido por la familia de los pacientes, como también por el entorno macro que está formado por la sociedad en general, a hacerse cargo de los enfermos hasta su muerte. En este sentido, muchas veces tanto los pacientes como sus familiares consideran que el alta médica es dada de una manera apresurada, lo que perjudica a los enfermos que quieren entrar a atenderse al hospital. Con respecto a esto la sociedad tampoco ofrece un lugar para que los adultos mayores se integren por lo que de alguna manera el hospital es la institución de exclusión de estos, con lo que aumenta la presión para que permanezcan ahí.

Se encontraron divergencias entre las fichas médicas y la realidad de atención hospitalaria, en la medida que lo constatado en la ficha de admisión difiere de los procedimientos médicos posteriormente efectuados. En numerosas ocasiones necesidades de carácter social son tratadas como un aspecto relacionado con la morbilidad, con lo que se observa que se enfatiza en satisfacer las necesidades de los funcionarios institucionales, más que de las personas.

Se observan también discrepancias entre la visión de las enfermeras y los médicos, en cuanto a que las primeras por su cercanía al paciente son de opinión de no exceder los tratamientos que puedan ser muy invasivos en pacientes que están por fallecer.

En síntesis los hospitales geriátricos intentan efectuar su labor médica relacionada con lo que es posible hacer y con lo que se debe hacer. Con todo a pesar de las buenas intenciones se percibe al paciente como un elemento que debe o es posible de ser traspasado de un sistema a otro.

4 ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL NACIONAL

4.1 ORGANIZACIONES DEDICADAS A LA SALUD

Una organización es una asociación deliberada de personas que se unen para cumplir una determinada finalidad, es decir, es una unidad coordinada que consta por lo menos con dos miembros quienes trabajan hacia una meta o metas en común. Las organizaciones se pueden encontrar en una amplia gama de entidades dentro de las que podemos mencionar gobiernos, sindicatos, centros culturales, fundaciones, regimientos, corporaciones, empresas, sociedades, entre otras. Esto determina una diversidad de rasgos distintos que podemos encontrar entre las instituciones y de

acuerdo a esto se puede analizar como cada una de estas diferentes organizaciones van realizando aportes, de acuerdo a las personas que las constituyen y los fines que las mueven, lo que va generando una sociedad que tiene un sentido común.

En síntesis, el término organización se refiere a una entidad que tiene una finalidad definida, personas o integrantes y alguna estructura deliberada. En particular para el caso de esta tesis es relevante el término organizaciones de salud se refiere a un servicio con un conjunto organizado de recursos materiales y humanos destinado a prestar atención especializada a pacientes en consulta ambulatoria, en hospitalización y en atención de emergencia, mediante la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos correspondientes a su área específica. En este caso en particular por las características de investigación que estamos realizando nos interesa la geriatría, que se describirá en la próxima sección con el objetivo de situar la labor que se realiza dentro del Instituto Nacional de Geriatría.

4.1.1 GERIATRÍA, GERONTOLOGÍA Y HOSPITALES GERIÁTRICOS

4.1.1.1 Gerontología

La palabra Gerontología etimológicamente proviene de los términos griegos geron que significa hombre anciano y logos que significa estudio o tratado. Es a comienzos del siglo XX, cuando el sociólogo y biólogo ruso, Elie Metchnikoff (1901), introduce el término “gerontología”, para designar la ciencia que estudia la biológica, la clínica y la sociología del envejecimiento de los seres vivos.

Metchnikoff (citado por Garza, 1996) define la gerontología como:

“Se considera la ciencia de la vejez. Así mismo es una rama de la medicina que estudia los cambios inherentes al envejecimiento fisiológico, sustenta a la geriatría y analiza la influencia que tienen sobre el envejecimiento los factores de índice sociológico, económico, sanitario, medio ambientales, psicológicos o de salud mental, entre otros este estudio tiene de forma común un carácter interdisciplinario”.

4.1.1.2 Geriatría

Etimológicamente proviene de los términos griegos “geron” que significa hombre anciano y iatrikos que significa tratamiento médico. Es en Rusia donde Botkin, introduce el término “Geriatría”, sin embargo este término no se incorpora a la terminología médica hasta 1909, cuando Ignoz Nascher publica un artículo en el “New

York Medical Journal”, titulado “geriatrics: the diseases of the old age and their treatments”, donde describe la necesidad de médicos especializados en pacientes ancianos.

Geriatría es la rama de la Gerontología que se preocupa de los fenómenos patológicos de la vejez y su tratamiento. De modo que la senilidad o vejez patológica cae dentro de sus finalidades y propósitos.

La Geriatría se sustenta en tres principios fundamentales:

- La “ancianidad es una entidad fisiológica como la infancia; y no es un estado patológico de la madurez.
- La enfermedad en el anciano es un estado patológico en un órgano o tejido que esta degenerado, y no una enfermedad complicada con degeneraciones.
- El objetivo del tratamiento en la ancianidad debe ser el de restablecer el órgano o el tejido enfermo al estado normal en la ancianidad, y no al estado normal en la madurez.

4.1.2 HOSPITALES GERIÁTRICOS E INSTITUTO NACIONAL GERIÁTRICO

Un geriátrico es un centro hospitalario dedicado a la atención especializada de los adultos mayores, que cuenta con la infraestructura como con el personal para atender a las personas mayores de acuerdo a su edad y estructura fisiológica. En específico las atenciones que presta el Instituto Nacional Geriátrico por ley y misión están orientadas al grupo etario mayor de 60 años con síndromes Geriátricos.

4.1.2.1 Misión institucional del INGER

“Desarrollar, promover el Modelo de Atención Geriátrica Integral (MAGI) en la red Pública del SNS e implementarlo con calidad, oportunidad y respeto a la dignidad del Adulto Mayor al interior del INGER y en la red SSMO y Metropolitana”

4.1.2.2 Visión institucional INGER

“Ser la organización que modela y lidera, en Chile, el estudio de los procesos de envejecimiento, las características, condiciones y circunstancias de las personas mayores que impactan en el estado de salud funcional, causando alteraciones en la

condición de fragilidad; definiendo procesos de atención integrales e integrados, coordinando, en un contexto de redes asistenciales, acciones y cuidados que permitan la más adecuada prevención, recuperación y resolución de los problemas de estas personas, contribuyendo a su autonomía y auto-valencia”.

4.1.2.3 Servicios que presta el Instituto Nacional de Geriátría

4.1.2.3.1 Camas indiferenciadas Geriátría

El Centro de Responsabilidad de Camas Indiferenciadas está destinado a la atención cerrada de adultos mayores de 60 años, que requieran de estudios, tratamientos, y resolución de cuadros médicos agudos o crónicos reagudizados intercurrentes que afecten la funcionalidad del adulto mayor.

4.1.2.3.2 Consultorio adosado de especialidades

El Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), está destinado a la atención de pacientes adultos mayores de 60 años ambulatorios, con pérdida de funcionalidad o en riesgo de perderla, de forma que la atención oportuna permita recuperar las capacidades perdidas en un corto período de tiempo.

La evaluación geriátrica integral, constituye el pilar básico de la atención médico social del adulto mayor, utilizando instrumentos adecuados y personal altamente especializado en este procedimiento, permitiendo elevar la calidad de atención al adulto mayor.

4.1.2.3.3 Hospital de Día

Está Orientado a la atención ambulatoria de pacientes adultos mayores, derivados por un médico del ING, cuyos propósitos son la rehabilitación funcional en pacientes con patologías que limiten su funcionalidad, actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, o que presenten trastorno de la marcha o caídas frecuentes. También reciben a aquellos pacientes con riesgo de complicación de síndromes geriátricos en pacientes con accidente vascular antiguo o reciente, también se preocupan de la mantención de las capacidades remanentes en aquellos pacientes con síndromes neurológicos, ACV secueledos o patología osteoarticular secueleda.

4.1.2.3.4 Docencia e Investigación

El ING es un campo clínico para la realización de pasantías e investigación en las distintas áreas de la geriatría o temas relacionados con ella. Los objetivos de esta

unidad son desarrollar y apoyar a profesionales del Instituto en la elaboración de proyectos de Investigación a presentar a Instituciones patrocinantes y también realizar docencia externa a otros profesionales de salud de las Instituciones o Servicios a través de convenios específicos.

4.2 DE LA CASA DE ORATES A INSTITUTO PSIQUIÁTRICO

La Casa de Orates de Nuestra Señora de Los Ángeles fue el primer establecimiento psiquiátrico estatal fundado en 1852, a lo largo de los años es transformado en el Manicomio Nacional entre los años 1926 y 1929, en el Hospital Psiquiátrico de Santiago entre 1953 y 1956 y en el actual Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”. Este ensayo histórico muestra diferentes detalles de esta trayectoria, en particular los casi 60 años de vaivenes ocurridos para reemplazar las vetustas instalaciones de las dos primeras instituciones, lapso iniciado a fines del siglo XIX y concluido con la construcción de nuevo Hospital Psiquiátrico a mediados del siglo XX.

En relación con la actual Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, ubicada nada más que a una cuadra al norte del Establecimiento anterior, este artículo detalla su inicio como otra sección de la Casa de Orates en 1931, la construcción de sus nuevos pabellones en 1950-53, el traslado de la docencia universitaria allí por 1955-56 y su final transferencia al Hospital “Dr. José Joaquín Aguirre” en 1959. La secuencia expuesta permite confirmar que desde 1927-28 hasta este último año la Clínica Universitaria de Psiquiatría dependió de la Beneficencia y luego del Servicio Nacional de Salud, lapso durante el cual la Universidad de Chile aportó sólo los recursos que demandaba la docencia allí realizada.

Con la perspectiva expuesta finalmente se comentan tres sesgos todavía comunes entre los profesionales, uno respecto al origen de los recursos que financiaron la nueva Clínica Psiquiátrica, como resume el párrafo anterior; otro sobre el Dr. Ignacio Matte Blanco, entonces Profesor Titular de Psiquiatría, a quién no le correspondió decidir directamente la construcción de las nuevas dependencias y, finalmente, acerca de la nula responsabilidad de los médicos y demás estamentos técnicos del Manicomio Nacional en su reemplazo por el Hospital Psiquiátrico a sólo una cuadra al sur de la anterior.

CAPITULO 3: METODOLOGÍA

En este capítulo se presenta la metodología empleada para el desarrollo de esta investigación. Primero se presenta una vista teórica de la investigación científica, sus principales enfoques y conceptos. Seguidamente se realiza un análisis de la metodología de investigación utilizada en esta investigación.

1 INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

1.1 DEFINICIÓN

**“ Investigar significa pagar la entrada por adelantado
y entrar sin saber lo que se va a ver”
(Oppenheimer)**

La investigación científica se concibe como un conjunto de procesos sistemáticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno, es dinámica, cambiante y evolutiva (Hernández, Fernández, Baptista, 2006).

La investigación científica puede cumplir dos propósitos fundamentales:

- producir conocimientos y teoría
- resolver problemas prácticos

1.2 FASES QUE COMPRENDE:

En general es posible observar 5 fases las cuales están interrelacionadas entre si, estas son:

- **Fase 1:** observación y evaluación de fenómenos
- **Fase 2:** establecimiento de suposiciones e ideas resultantes de la fase anterior
- **Fase 3:** demostración del grado en que las ideas y suposiciones tienen fundamentos
- **Fase 4:** revisión de ideas y suposiciones sobre base de pruebas y análisis
- **Fase 5:** proposición de nuevas observaciones y evaluaciones, que tienen como objetivo esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas, así como la generación de otras.

1.3 ENFOQUES

A continuación presentamos 3 enfoques de investigación, vistos como procesos: El cuantitativo, el cualitativo y el mixto. Los enfoques presentados presentan ciertas similitudes, propias de la investigación científica, un proceso cuidadoso, sistemático y empírico.

1.3.1 ENFOQUE CUANTITATIVO:

El enfoque cuantitativo tiene como objetivo probar teorías así como también el establecimiento de patrones de comportamiento, esto a través de la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico.

El proceso cuantitativo es de carácter secuencial y probatorio, donde el orden es riguroso, en otras palabras cada etapa precede al siguiente, lo cual no quita la posibilidad de redefinir alguna fase.

1.3.2 ENFOQUE CUALITATIVO

El enfoque cualitativo tiene como objetivo descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación, a través de la recolección de datos no estandarizados, en relación a esto es importante destacar que no se efectúa medición numérica, por lo cual el análisis no es estadístico.

Las investigaciones cualitativas se fundamentan principalmente en un proceso inductivo, donde se explora, escribe, para luego generar perspectivas teóricas. Estas van de lo particular a lo general.

También se caracteriza por tener una perspectiva holística, es decir las personas, grupos o escenarios no son reducidos a variables sino vistos como un todo. (Taylor y Bodgan, 1984:20)

El proceso de indagación cualitativa es flexible, moviéndose entre los eventos y las interpretaciones, entre las respuestas y el desarrollo de teorías. La investigación cualitativa tiene como objetivo reconstruir la realidad tal como la observan los actores de un sistema social definido previamente.

Es importante destacar que todas las perspectivas son valiosas, por lo cual se busca una comprensión detallada de estas, así como también de los escenarios y personas,

quienes son dignos de estudios por sus similitudes y particularidades. (Taylor y Bodgan, 1984)

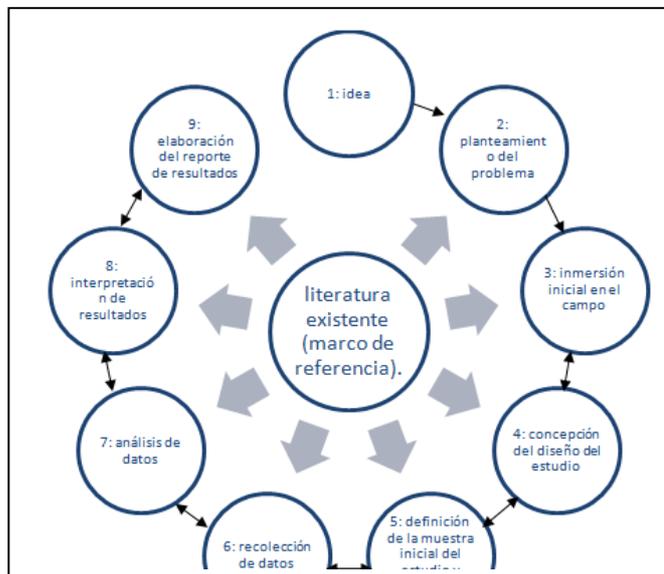
El investigador suspende sus propias predisposiciones y creencias, como si fuese la primera vez que ocurren. Además los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de estudio, intentando reducir y controlar estos efectos, o por lo menos intentar entenderlos a la hora de interpretar los datos. (Taylor y Bodgan, 1984)

“El enfoque cualitativo, a veces referido como investigación naturalista, fenomenológica, interpretativa o etnográfica, es una especie de paraguas en el cual se incluye una variedad de concepciones, visiones, técnicas y estudios no cuantitativos” (Grinnell, 1977, citado por Hernández, Fernández, Baptista, 2006: 8).

Finalmente cabe señalar que la investigación cualitativa es un arte, donde el investigador es alentado a crear su propio método, en otras palabras es artífice de este. (Taylor y Bodgan, 1984)

Es importante concebir a la investigación científica como un proceso, compuesto por diversas etapas o fases. En el caso de la investigación cualitativa ese proceso está compuesto por las fases que se presentan en la figura:

Figura 1: El proceso cualitativo



A diferencia del proceso cuantitativo (que es de carácter lineal, secuencial y probatorio), el proceso cualitativo con frecuencia sigue un proceso circular o en espiral, siendo necesario en algunas oportunidades regresar a etapas previas. Es por ello que como se muestra en la figura 1 las flechas van en doble sentido desde la fase de inmersión inicial en el campo hasta la elaboración de reportes de resultados.

Un concepto que es común denominador en este enfoque es el de patrón cultural, donde se parte de la premisa de que toda cultura o sistema social tiene un modo único de entender situaciones o eventos. Los modelos culturales son entidades flexibles y maleables que constituyen el marco de referencia para el actor social, y están contruidos por el inconsciente, lo transmitido por otros y por la experiencia personal. (Hernández, Fernández, Baptista, 2006: 9)

1.3.3 ENFOQUE MIXTO

“El enfoque mixto es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema”. (Hernández, Fernández, Baptista, 2006: 755)

Es importante destacar que la combinación de los enfoques cualitativo y cuantitativo se puede dar en distintos niveles. En los últimos años se han considerado diferentes diseños que combinan ambos enfoques, sin embargo no existe una tipología sobre los diseños mixtos, debido a que el enfoque mixto es relativamente nuevo.

Hernández, Fernández, Baptista, (2006), presentan 4 diseños mixtos, los cuales son mencionados brevemente a continuación.

- Diseños de dos etapas
- Diseños de enfoque dominante o principal
- Diseños en paralelo
- Diseños mixtos o complejos

El enfoque mixto permite obtener mayor amplitud, profundidad, diversidad, sentido de entendimiento y riqueza interpretativa.

A continuación se presenta una tabla resumen con las principales características, procesos y bondades de los enfoques cuantitativo y cualitativo (Hernández, Fernández, Baptista, 2006).

Tabla 1: principales características de los enfoques:

Enfoque de la investigación	Características	Proceso	Bondades
Cuantitativo	-Mide fenómenos -Utiliza estadísticas -Emplea experimentación -Análisis causa-efecto	-Secuencial -Deductivo -Probatorio -Analiza la realidad objetiva	-Generalización de resultados -Control sobre fenómenos -Precisión -Replica -Predicción
Cualitativo	-No busca la replica -Se conduce básicamente en ambientes naturales -Los significados son extraídos de los datos -No se fundamenta en la estadística	-Inductivo -Recurrente -Analiza la realidad subjetiva -No tiene secuencia circular	-Profundidad de ideas -Amplitud -Riqueza interpretativa -Contextualiza el fenómeno
Mixto	Surge de la combinación del enfoque cuantitativo y cualitativo		

Fuente: Elaboración propia, basado en Hernández, Fernández, Baptista, 2006

1.4 DISEÑOS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

1.4.1 TEORÍA FUNDAMENTADA

El diseño de la teoría fundamentada utiliza un proceso sistemático para la generación de teoría, con el objetivo de explicar a nivel conceptual una acción, una interacción o un área específica.

Las proposiciones surgen de los datos obtenidos en la investigación, además de estudios previos.

Se han concebido dos diseños básicos de la teoría fundamentada:

- El diseño sistemático: emplea ciertos pasos en el análisis de datos, partiendo de la recolección de datos, seguido de la codificación abierta, codificación axial y la codificación selectiva, para llegar finalmente a la visualización de la teoría. Este

proceso aunque es presentado de forma secuencial, no es lineal, por lo cual es posible regresar a fases anteriores.

- El diseño emergente: se utiliza la codificación abierta y de esta emergen categorías, conectadas entre si con el objetivo de construir teoría.

1.4.2 ETNOGRÁFICOS

Los diseños etnográficos tienen como propósito describir y analizar ideas, creencias, significados, conocimientos, practicas de grupos, culturas y comunidades. El investigador juega un rol de observador participante.

Existen varias clasificaciones de los diseños etnográficos, Joyceen Boyle (en Hernández, Fernández, Baptista, 2006:699) proporciona una clasificación basada en el tipo de unidad social estudiada, clasificándolas en: etnografías procesales, etnografía holística, etnografía particularista, etnografía de corte transversal, etnografía etnohistórica.

La etnografía etnohistórica, tiene como objetivo realizar el recuento de la realidad cultural actual como producto de sucesos históricos del pasado.

1.4.3 NARRATIVOS

En el diseño narrativo se recolectan datos sobre las historias de vida y experiencias de personas o grupos con el objetivo de describirlas y analizarlas.

El diseño narrativo puede ser visto como un esquema de investigación o también como una forma de intervención, ya que a través de las historias es posible comprender cuestiones que no estaban claras o conscientes.

Los datos pueden ser obtenidos a través de biografías, entrevistas, documentos, autobiografías, artefactos, materiales personales y testimonios. En otras palabras los datos narrativos están constituidos por experiencias personales, grupales y sociales de los participantes.

Los diseños narrativos pueden referirse a toda la historia de vida de un individuo o grupo, como también a un pasaje o época de dicha historia, o a varios episodios de

esta. Es importante incluir una cronología de experiencias y hechos (pasados, presentes o proyecciones futuras)

No existe un proceso predeterminado para implementar un estudio narrativo. Sin embargo existen algunas actividades que deben ser efectuadas sin lugar a duda como parte del proceso.

1.4.4 INVESTIGACIÓN ACCIÓN

French (1996) define la investigación acción como una “investigación en acción, con las metas de hacer que esta sea más efectiva, al mismo tiempo que crea simultáneamente un conjunto de conocimientos científicos. La acción se refiere a los programas y las intervenciones diseñados para resolver los problemas y mejorar las condiciones”

La investigación-acción puede ser vista como un proceso o como un enfoque a la realización de problemas (French, 1996).

Investigación acción vista como proceso

“La investigación-acción es el proceso de recopilar en forma sistemática datos de la investigación acerca de un sistema actual en relación con algún objetivo, meta o necesidad de ese sistema, de alimentar de nuevo esos datos al sistema, de emprender acciones por medio de variables alternativas seleccionadas dentro del sistema, basándose tanto en los datos como en las hipótesis, y de evaluar los resultados de las acciones, recopilando datos adicionales”. (French, 1996:141)

Investigación acción vista como enfoque para la resolución de problemas:

“La investigación-acción es la aplicación del método científico de indagación de los hechos y experimentación, a los problemas prácticos que requieren soluciones de acción y que implican la colaboración y la cooperación de científicos, practicantes y legos. Los resultados deseados del enfoque de la investigación-acción son soluciones a los problemas inmediatos y una contribución al conocimiento y la teoría científicos”. (French, 1996:143)

Los principales propósitos de la investigación acción son contribuir a:

- La solución de problemas y al desarrollo del sistema social
- La comprensión científica de cómo funciona el sistema social, las condiciones para la introducción de cambios.

- Contribución científica respecto a teorías y métodos

La investigación acción hace hincapié en la participación activa tanto del investigador e investigado en el proceso de generación de conocimientos, a través de intervenciones activas.

Otras características de la Investigación-acción

- Utilización del método científico
- Pensamiento inductivo
- Trabajo de campo

La investigación acción se distingue de otras metodologías, debido a que se enfoca en conocer tanto el estado actual de las organización, como también su dinámica, consciente e inconsciente.

Un enfoque psicoanalítico de la investigación-acción tiene como foco principal la experiencia de las personas dentro del sistema social. Está interesada en los efectos de la subjetividad. (Long, Susan).

1.4.5 FENOMENOLÓGICOS

El diseño fenomenológico tiene como objetivo reconocer las percepciones de las personas y el significado de un fenómeno o experiencia. Es por ello que estas últimas son el centro de indagación.

Se pretende que la descripción y comprensión del fenómeno surja del punto de vista de cada participante y desde esa perspectiva construir colectivamente.

Finalmente es importante señalar que no existen fronteras reales entre los diseños cualitativos antes presentados, la utilización de un diseño en particular no excluye la posibilidad de utilizar elementos de otros diseños en el estudio.

2 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION EN EL PRESENTE ESTUDIO.

En esta sección se presenta la metodología empleada para el desarrollo de esta investigación, dando cuenta el modo a partir del cual se abordó el estudio en términos del diseño de la investigación, universo y diseño muestral, técnicas de recolección de datos, análisis de datos y los criterios de validez y credibilidad.

2.1 CONTEXTO DEL ESTUDIO

De la realización del proyecto FONIS en el Instituto Nacional de Geriátrica, Eduardo Frei Montalva, en el periodo Enero-Julio del 2009, surge el interés de uno de los investigadores responsables de conocer la historia del Instituto Nacional de Geriátrica y las implicancias de esta en la cultura actual del instituto.

Este interés por la indagación histórica- cultural lleva a presentar este proyecto a las autoridades del Instituto Nacional de Geriátrica, para conseguir el respaldo y colaboración necesarios para llegar a cabo de forma exitosa esta investigación.

El investigador responsable de este proyecto, Profesor Eduardo Acuña, a través de un llamado público a los Alumnos de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, nos invita a participar de este proyecto, haciendo de este nuestro seminario de titulación.

Finalmente, el lugar donde se enmarca esta investigación es el Instituto Nacional de Geriátrica, Eduardo Frei Montalva (INGER) y el tiempo considerado para llevar a cabo el estudio comprende Agosto-Diciembre.

2.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.2.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

2.2.1.1 Objetivo General

Explorar la Historia del Instituto Nacional de Geriátría, Eduardo Frei Montalva.

2.2.1.2 Objetivos Específicos

- Conocer cuáles son los principales hitos en la historia de esta institución.
- Conocer cuáles son las principales etapas de la historia del INGER.
- Conocer quiénes han sido los directores de esta institución.
- Obtener una aproximación de cómo era cada etapa, principales características, en la voz de distintos actores de la institución.
- Conocer que cambios perciben los distintos actores en el transcurso de la historia de esta institución.
- Entregar una contribución que ayude a entender la cultura y gestión organizacional actual.

2.2.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son los principales hitos en la historia organizacional del ING?
- ¿Cuales son las etapas de la historia de la institución?
- ¿Quiénes han sido directores de esta institución?
- ¿Cómo es la institución en cada etapa?
- ¿Qué cambios perciben los distintos actores en cada etapa de la institución?

2.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

La investigación realizada es de carácter cualitativa; el alcance de la investigación tiene un carácter exploratorio y el diseño es etnográfico etnohistórico. El carácter exploratorio se debe a que el estado de conocimiento sobre el tema es prácticamente nulo. “Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes” (Hernández, Fernández, Baptista, 2006:100).

A continuación se presentan las etapas desarrolladas durante esta investigación, así como también los meses en los cuales se desarrollo cada una de ellas.

Tabla 2: Etapas de la Investigación

fases de la investigación\mes	2009					
	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
elección tema de investigación	■					
planteamiento del problema	■	■				
construcción marco teórico		■	■	■		
elección metodología y diseño de la investigación			■	■		
elección de los participantes de la investigación			■	■	■	
recolección de datos secundarios		■	■	■		
recolección de datos primarios			■	■	■	
análisis de la información					■	■
presentación de los resultados						■

Fuente: elaboración propia

2.4 UNIVERSO Y DISEÑO MUESTRAL

Los participantes de esta investigación son principalmente hombres y mujeres que trabajan en el Instituto Nacional de Geriátría, ya sean autoridades o trabajadores, idealmente con varios años de servicios en esta institución.

La muestra estuvo conformada por 14 trabajadores pertenecientes a la institución, de los cuales 6 son funcionarios, 1 profesional, 4 son autoridades del hospital, 1 religiosa y 2 son hospicianos, los cuales fueron seleccionados según los siguientes criterios:

1. Pertenencia al Instituto Nacional de Geriátría, ya sea a través de una relación laboral en la actualidad o pasada, o a través de una relación de larga estadía como paciente en la institución (hospicianos).

2. Funcionarios, profesionales y autoridades: buscando las distintas perspectivas a través del rol y experiencia en la institución, sin discriminar según rango o jerarquía institucional.
3. Con varios años de servicio, o conocimiento de la institución.

Una síntesis de las principales características de la muestra se presenta a continuación:

Tabla 3: Resumen de la conformación de la muestra, cargo y años de servicios de cada trabajador.

	Cargo o rol en la institución	Años en la institución ²
1	Directora	26
2	Subdirector Medico	3
3	Subdirector administrativo	17
4	Secretaria	20
5	Funcionario S.S.G.G	45
6	Hospiciano	41
7	Hospiciana	41
8	Jefe de Recursos Humanos	16
9	Paramédica	38
10	Técnico Paramédico	43
11	Secretaria	28
12	Técnico social	20
13	Kinesiólogo	32
14	Religiosa	1

Fuente: elaboración propia

2.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Las técnicas utilizadas para la recolección de datos fueron:

- Documentos
- Material visual: fotografías
- Entrevistas abiertas
- Observación del ambiente, a través de una visita guiada y visitas durante el proceso de recolección de datos (entrevistas)

² Fuente: Documento organizacional, que incluye fecha de ingreso de trabajadores de la institución.

1. Documentos

Documentos organizacionales:

- Documento con fechas de ingreso de los trabajadores de esta institución, autoridades, profesionales y funcionarios.
- Ficha de ingreso de hospiciario

Documentos:

- Fundación Hospicio de Santiago, Enrique Laval (1938)
- Memorias Hospicio de Santiago, número 2, (1887)
- Memorias Hospicio de Santiago, numero 3, (1887)
- Seminario de título: Diagnostico Organizacional Instituto Nacional de Geriatria, Eduardo Frei Montalva. Ignacio Espinoza, Maximiliano (2009)

Material visual:

- Fotografías tomadas a la institución
- pagina web de la institución³.

Es importante señalar que “Una fotografía admite distintas lecturas e interpretaciones en función del marco en el que se contemple o de la persona que realice esa interpretación”, por lo tanto el análisis de las fotografías es de carácter subjetivo. (Del Valle, Félix).

El análisis de las fotografías puede ser articulado en dos niveles diferentes, el morfológico (aspectos técnicos y de composición de la imagen) y el de contenido (Del Valle, Félix). En la presente investigación nos basaremos en el análisis de contenido de las fotografías.

El análisis de contenido de cada fotografía será presentado a través de dos aspectos: la denotación (lo que aparece en la fotografía) y connotación (lo que esta sugiere y los datos que pueden ser aportados para enriquecerla).

2. Entrevistas Abiertas: entrevistas individuales efectuadas a autoridades, profesionales y funcionarios del INGER.

Las entrevistas se construyeron en base a una dinámica interpersonal entre investigadores/entrevistado, donde se genero un proceso comunicativo con los individuos, respetando sus opiniones, posibles contradicciones y ambigüedades.

³ Pagina web: www.ingerchile.cl

Para la realización de las entrevistas, la sicóloga de la institución realizó un nexo con los posibles entrevistados, los cuales surgieron a través de recomendaciones por parte de la institución y también de algunos participantes de la muestra.

Una vez realizado el nexo, se fijaron las fechas y horarios de las entrevistas según la disponibilidad del entrevistado y la institución, con el objetivo de generar una conversación en tranquilidad. Las entrevistas se realizaron dentro de las instalaciones físicas de la institución, sin la presencia de terceros. También es importante señalar el uso de bitácoras y grabadora de voz, esta última previa autorización del entrevistado.

Duración promedio entrevista: 45 minutos aprox.

Tabla 4: Entrevistas efectuadas durante el desarrollo de la investigación

Entrevistado	Fecha
Directora	14 de septiembre
Subdirector Médico	14 de septiembre
Subdirector administrativo	7 de octubre
Secretaria	14 de octubre
Funcionario S.S.G.G	15 de octubre
Jefe de Recursos Humanos	16 de octubre
Paramédica	21 de octubre
Técnico Paramédico	23 de octubre
Secretaria	27 de octubre
Técnico social	11 de noviembre
Kinesiólogo	13 de noviembre
Directora	23 de noviembre
Religiosa	25 de noviembre

Fuente: Elaboración propia

3. Observación del ambiente: a continuación se presenta una tabla resumen con el registro de las observaciones efectuadas durante la investigación. El detalle de las observaciones se presenta en los capítulos siguientes.

Tabla 5: observaciones efectuadas durante la investigación

Tipo de observación	Objetivo	Fecha
Visita guiada	Conocer las instalaciones físicas del INGER, la distribución del espacio físico, artefactos.	15 de octubre
Visitas a la institución: Observaciones realizadas durante las visitas para la realización de entrevistas.	Observar las instalaciones físicas del INGER	-Septiembre: 14 -Octubre: 7, 14, 15, 16, 21, 23 y 27 -Noviembre: 11,13,23,25 -Diciembre: 7

Fuente: Elaboración propia

2.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

Una vez terminado el proceso de recolección de datos, se procedió a la transcripción y clasificación de las grabaciones realizadas durante el proceso de recolección de datos, así como también la digitalización y organización de los apuntes de bitácora.

Organización de los datos y la información: Los datos en primera instancia han sido organizados por el tipo de técnica de recolección de datos: entrevistas, observación, material visual y documentos relevantes. El Material visual y las observaciones serán agrupados en uno solo ítem.

Por lo cual se presentaran los datos de la siguiente manera:

-Material visual (fotografías) y observaciones de las instalaciones físicas del INGER:

Las fotografías han sido agrupadas en 4 categorías: Estructura Física del INGER, Iglesia, Herencia del ex Hospicio de Santiago, Vestigios del Hospital San Luis.

-Entrevistas (transcritas):

En relación a las entrevistas, estas han sido agrupadas en 4 grandes categorías: autoridades, funcionarios, profesionales y religiosos(as). Además, en cada entrevista se incluyen datos como el año del servicio y el cargo que ocupa dentro de la institución.

La idea de presentar las entrevistas sin análisis e interpretaciones del equipo de investigación, es que la historia, sus principales hitos y percepción sobre los cambios que ocurren a lo largo de la historia sean descritos por las voces de los entrevistados, y así el lector pueda sacar sus propias conclusiones.

-Documentos Relevantes

Los documentos considerados como relevantes son agrupados en dos grandes categorías:

Hospicio de Santiago: Hace referencia a los documentos asociados al Ex Hospicio de Santiago.

INGER: Diagnostico Organizacional de la institución realizado a comienzos del 2009.

2.7 CRITERIOS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Con el objetivo de obtener y presentar información de calidad, se adoptaron ciertas estrategias, ya sea por parte de los investigadores y de los entrevistados, sobre todo en el proceso de recolección de datos.

La estrategia utilizada fue:

- utilización de distintas bitácoras o diarios de campos para registrar de forma separada lo visto y comentado por los entrevistados o informantes, de los aspectos subjetivos referidos a impresiones, observaciones y pensamientos de los investigadores.
- utilización de grabadora de voz durante las entrevistas, y recursos fotográficos para recordar algunos escenarios físicos y personas insertas en el lugar o escenario donde se realiza la investigación.
- aplicación de diferentes métodos de recolección de datos como lo son la revisión de documentación referida al estudio, fotografías, entrevistas y la técnica de observación del ambiente.
- Después de cada entrevista, el equipo de investigadores converso e intercambio sus impresiones y los puntos importantes rescatados de cada entrevista.

Cabe señalar que en el presente estudio, el investigador responsable, Eduardo Acuña y Claudia Silva su ayudante, estuvieron presente durante toda la investigación, participando de forma activa, tanto en el proceso de recolección de datos como también en las interpretaciones, ofreciendo nuevas miradas y enriqueciendo esta investigación.

2.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

- Todos los participantes de la investigación fueron informados previamente de los objetivos y propósitos del estudio, además de su derecho de renunciar en cualquier instante.
- Todas las actividades realizadas fueron de carácter voluntarias.
- Las opiniones emitidas en las entrevistas fueron resguardadas bajo completa confidencialidad, por lo cual no se dan a conocer los nombres ni otros datos u opiniones que puedan comprometer al entrevistado. Además, de ser de uso exclusivo de esta investigación.
- La grabadora de voz fue utilizada en las entrevistas, previa consulta y autorización de cada entrevistado.
- Las fotografías fueron tomadas previa autorización por parte de las autoridades y de las personas fotografiadas.

CAPITULO 4:
PRESENTACIÓN DE
LOS DATOS

En este capítulo se exhiben los datos recolectados en esta investigación, los cuales son presentados en tres grandes ítems, según el tipo de técnica de recolección de datos utilizada.

Revisaremos en primer lugar el material visual recolectado, específicamente fotografías de las instalaciones físicas del INGER, algunos artefactos y vestigios del pasado.

En segundo lugar, se presentan las entrevistas transcritas, realizadas a autoridades, funcionarios, profesionales y a la religiosa que trabaja en esta institución.

Finalmente se presentan documentos considerados como relevantes para la investigación, específicamente 4 son los documentos, de los cuales 3 hacen referencia al hospicio de Santiago, y el otro documento es un diagnóstico organizacional reciente del INGER.

1 FOTOGRAFÍAS Y OBSERVACIONES DE LAS INSTALACIONES FÍSICAS DEL INGER:

Cuando observamos una foto, es posible encontrar una serie de elementos tales como lugares, personas, artefactos y estructuras, a los cuales reconocemos consciente o inconscientemente. Es a través de ellos, que surgen significados y asociaciones que transforman a la fotografía en una fuente de datos interesante de ser analizada.

Durante el transcurso de la investigación se tomaron varias fotografías, de las cuales finalmente utilizamos para nuestros análisis 14 fotografías, las cuales han sido agrupadas en 4 categorías: Estructura Física del INGER, Iglesia, Herencia del ex Hospicio de Santiago y Vestigios del Hospital San Luis.

El análisis de cada fotografía es dividido en dos aspectos, el denotativo y el connotativo. El primero está relacionado con lo que se ve de la foto, y cumple una función descriptiva y más objetiva. En el aspecto connotativo, el individuo que realiza el análisis aporta datos y percepciones, es en este momento donde la foto adquiere una significación real, cuenta una historia, y provoca emociones.

Las observaciones realizadas durante las visitas a la institución y algunos datos recolectados durante el proceso de investigación, están insertos en el aspecto connotativo de cada fotografía.

Finalmente se presentan las conclusiones de las fotografías presentadas.

1.1 ESTRUCTURA FÍSICA DEL INGER

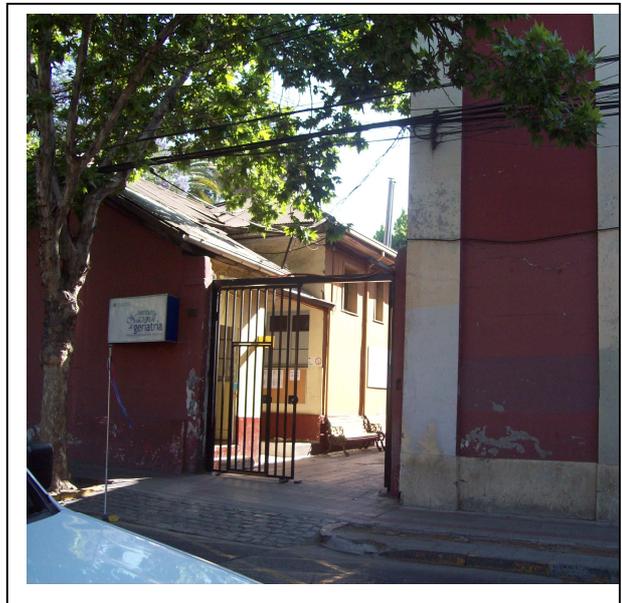
1.1.1 FOTOGRAFÍA 1:

Denotación: Entrada al Instituto Nacional de Geriatría, al costado izquierdo la portería, y al costado derecho la Iglesia.

Connotación: El acceso principal del INGER, es un vestigio del pasado, por el tipo de arquitectura que presenta, y el tipo de material con el cual fue erigido.

La iglesia también refuerza lo anterior, a través de su fachada: sus pilares, murallas y puertas de gran dimensión.

Además la iglesia nos da luces de la época en la cual fue erigida, el siglo XIX, donde la presencia de la iglesia católica en Chile jugaba un rol e influencia importante en las organizaciones y en la sociedad en general.



1.1.2 FOTOGRAFÍA 2:

Denotación: Edificio de dos pisos con ventanas de madera, al costado izquierdo; edificación de un piso al costado derecho con pasillo techado.

Connotación: El edificio de dos pisos corresponde al sector de Geriatría, también denominado sector A. Es en este sector donde varios de los entrevistados señalan como las instalaciones del ex Hospital San Luis que fueron ocupadas por los pacientes y funcionarios provenientes del Ex Hospicio de Santiago.



La fachada del edificio muestra el paso del tiempo, también la arquitectura y materiales (ladrillos, marcos de madera) de esta edificación nos evoca otra época pasada.

Cabe señalar sin embargo, que el exterior del edificio contrasta con el interior, dado que este último contiene artefactos propios del presente, máquinas, señálicas, propias del siglo XXI.

La edificación de un piso al costado derecho, contiene oficinas y salas, ocupadas por ropería, kinesiología, entre otras unidades. Sus largos pasillos hacen nexo con el sector A de geriatría, además del casino el cual está al fondo del pasillo.

También esta edificación es un vestigio de épocas pasadas, los pilares, puertas y techo hablan de una edificación que no es reciente. Sin embargo al igual que el sector geriatría, al interior de sus salas es posible encontrar objetos, maquinarias y tecnología propia del siglo XXI, tales como computadores.

Por lo tanto aunque las fachadas de estas edificaciones son muestras del pasado, el presente también es parte de estas instalaciones.

1.1.3 FOTOGRAFÍA 3:

Denotación: Edificio de dos pisos al costado derecho de la fotografía.

Connotación: Este edificio corresponde al sector C, donde está instalado el Policlínico y la Sala Mortuoria.

La fachada externa muestra el desgaste de los años, propios de una edificación antigua que data según algunos entrevistados del siglo XIX.

Se destaca el gran parecido externo de este edificio con los otros dos edificios de dos pisos con los que cuenta esta institución.



1.1.4 FOTOGRAFÍA 4:

Denotación: Pasillo con salas en ambos costados; señalética en el exterior de cada sala.

Connotación: La fotografía muestra el interior del sector C de esta institución.

El interior muestra como se fusiona el pasado con el presente, el pasado es evocado en las paredes altas, las ventanas de madera y el tipo de material ocupado en la estructura física general (ladrillo y madera). El presente se observa a través de la ornamentación, por ejemplo la señalética de cada sala, además de las máquinas de ejercicios, y los elementos hospitalarios propios del siglo XXI.



1.1.5 FOTOGRAFÍA 5:

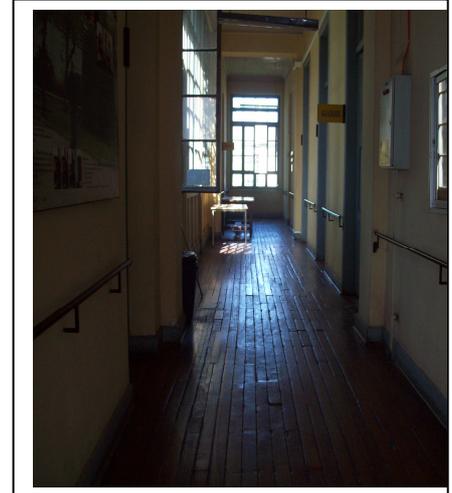
Denotación: Pasillo de madera con salas u oficinas en el costado derecho de la fotografía, las paredes contienen barandas.

Connotación: Esta fotografía muestra el segundo piso del pabellón B, sus pisos de madera lo distinguen del resto de la estructura física de la institución.

El segundo piso de cada pabellón (A, B y C) en la actualidad es utilizado para labores de carácter administrativo o docente, albergando a la dirección y subdirecciones, así como también a recursos humanos y la biblioteca.

Hasta hace poco tiempo estas instalaciones eran utilizadas con otra finalidad, la de albergar pacientes, principalmente postrados. Las barandas en los muros son un vestigio de aquella época.

Cabe señalar que el segundo piso es mencionado por varios de los entrevistados cuando se refirieron al tema del sobre-esfuerzo.

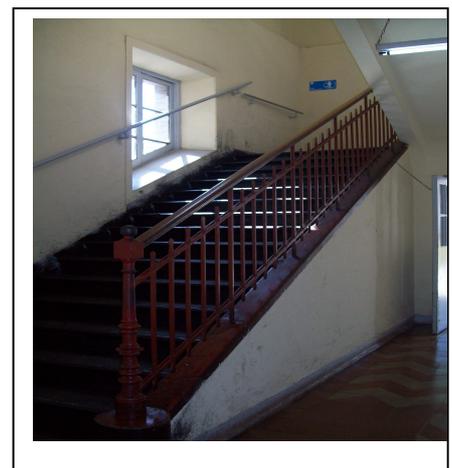


1.1.6 FOTOGRAFÍA 6:

Denotación: Escalera con barandas metálicas y piso cubierto con goma.

Connotación: La fotografía muestra la escalera del pabellón C. Según algunos de los entrevistados, a través de estas escaleras se trasladaron por mucho tiempo pacientes provenientes del segundo piso, así como también el agua y otros insumos para atender a los pacientes.

El acceso al segundo piso solo puede realizarse a través de la escalera de cada pabellón.



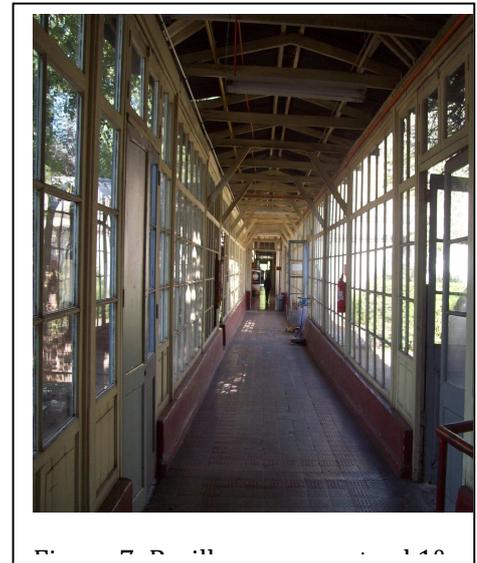
En algunas entrevistas aparece mencionada la escalera cuando se habla del sobre-esfuerzo

1.1.7 FOTOGRAFÍA 7:

Denotación: pasillo techado con ventanales de madera en sus costados.

Connotación: Se observa en la fotografía un pasillo techado que conecta el 1° piso del pabellón C con el B. En los costados del pasillo se encuentran otras instalaciones tales como la casa u oficina de las Damas de Celeste.

Los materiales y arquitectura del pasillo, así como también de las construcciones aledañas, son vestigios del pasado de esta institución.



1.1.8 FOTOGRAFÍA 8:

Denotación: Exterior Sala Mortuoria

Connotación: La fotografía muestra la sala Mortuoria, la cual está ubicada en la entrada al pabellón C.

Esta sala es ampliamente visible para toda la institución y sus visitantes, tanto para los que circulan por la zona del policlínico (pabellón C), la zona de fisioterapia (Pabellón B) y el S.O.M.E⁴.



⁴ S.O.M.E.: La Unidad de Gestión del Usuario, encargada de la admisión de pacientes y de la generación de las estadísticas de producción del INGER

1.2 IGLESIA DENTRO DEL INGER

1.2.1 FOTOGRAFÍA 9:

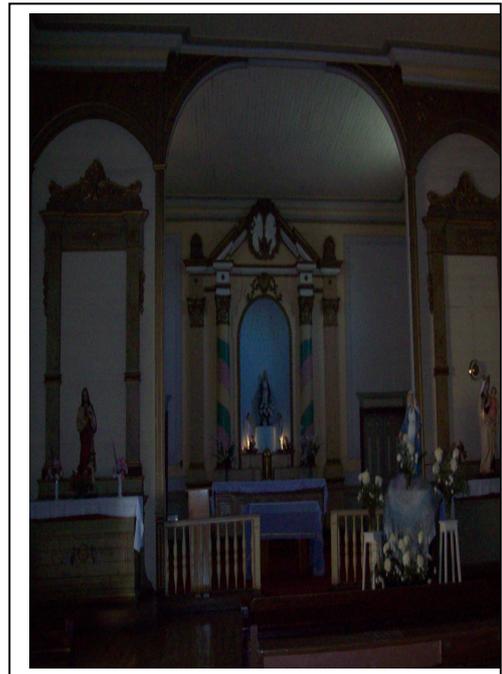
Denotación: Altar y Figuras religiosas

Connotación: Esta fotografía muestra el interior de la Iglesia presente en las instalaciones del Instituto Nacional de Geriátría, Eduardo Frei Montalva.

Según los relatos de varios entrevistados, esta iglesia al igual que la mayoría de las instalaciones del INGER, tiene sus orígenes en XIX, cuando según señalan fue erigida por la congregación de los Jesuitas.

Esta iglesia es una muestra la presencia de la iglesia Católica a lo largo de la vida de esta institución, siendo un apoyo para el cuidado o mantención de los pacientes, además de un apoyo espiritual para estos.

En la actualidad, la iglesia está a cargo de una religiosa perteneciente a la congregación San Vicente de Paul, antes estuvo a cargo por una religiosa de la congregación Hermanas de la Caridad.



1.2.2 FOTOGRAFÍA 10:

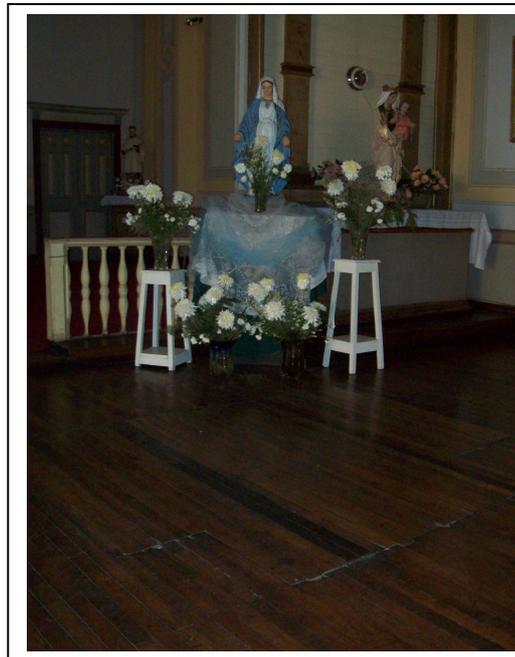
Denotación: Figura Religiosa con adornos en su alrededor; Piso de madera.

Connotación: Esta fotografía perteneces al interior de la iglesia.

Los adornos florales que acompañan la figura religiosa de la Virgen María, podrían ser un indicador de vigencia y cuidado de la iglesia dentro de la institución.

El pasado se refleja en la arquitectura y la ornamentación. Llama la atención una especie de compuerta inserta en el piso de madera de la iglesia, cerca de la Figura de la Virgen María.

Algunos entrevistados señalan que debajo de la iglesia había un túnel que cruzaba gran parte del las instalaciones del INGER y se conectaba con el Hospital Salvador, esta compuerta podría ser una de las entradas al túnel. Otro testimonio contrasta esa hipótesis o creencia, señalando que aquel espacio era utilizado para guardar el confesionario de la Iglesia.



1.3 HERENCIA DEL EX HOSPICIO DE SANTIAGO

1.3.1 FOTOGRAFÍA 11:

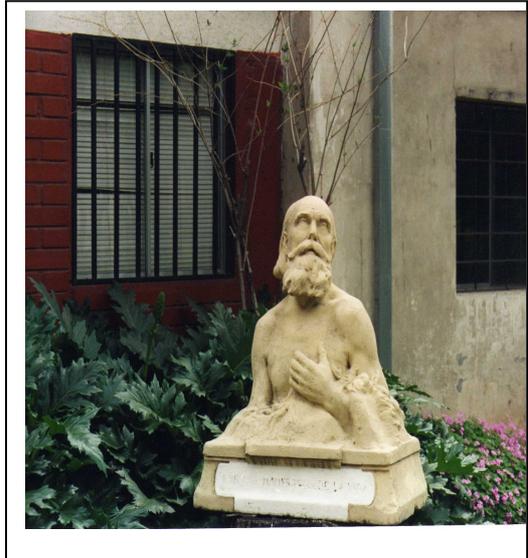
Denotación: Estatua “Los Náufragos de la vida”

Connotación: Esta estatua es herencia del ex Hospicio de Santiago. Fue parte de los artefactos físicos traídos desde el hospicio de Santiago, cuando parte de los hospicianos y funcionarios fueron trasladados a la institución.

En la actualidad su ubicación se encuentra en los jardines de la institución, cerca del sector de Geriatria (pabellón A).

Uno de los funcionarios entrevistados comenta que un tercero le dijo que la procedencia de esta estatua era francesa.

Al reflexionar sobre el nombre de la estatua (Los Náufragos de la vida) dentro del contexto y función del INGER, cobra un significado especial e inmediatamente asociamos el nombre “Los Náufragos de la vida” a la tercera edad y a los hospicianos de la institución.



1.4 VESTIGIOS DEL EX HOSPITAL SAN LUIS

1.4.1 FOTOGRAFÍAS 12 Y 13:

Denotación fotografía 12: Vista frontal Busto del médico Roberto Jaramillo.

Denotación fotografía 13: Vista posterior del busto, detrás hay una reja.

Connotación de ambas fotografías: Busto erigido en 1951, en honor al médico Roberto Jaramillo B, es herencia del ex Hospital San Luis.

Este busto está ubicado cerca de las dependencias del S.O.M.E. y de la entrada al pabellón C.

La parte frontal mira hacia los estacionamientos, la explicación de su orientación es aportada por varios de los entrevistados, quienes señalan ese espacio físico como la ubicación del desaparecido Policlínico del ex Hospital San Luis.

Esta estatua es una fuente histórica de una institución que estuvo relacionada con la historia del INGER. Nos recuerda que en ese lugar estuvo el desaparecido Hospital San Luis.

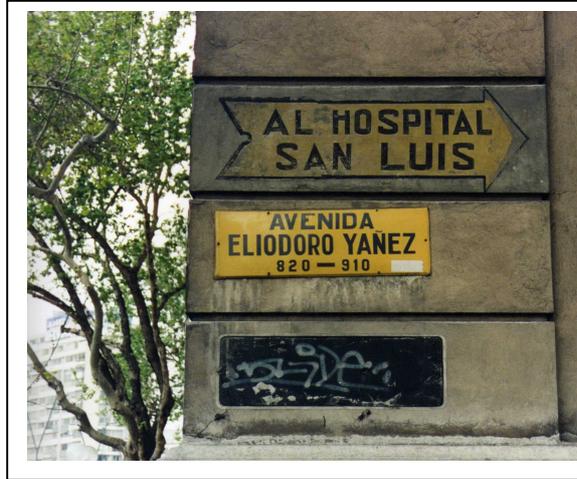


1.4.2 FOTOGRAFÍA 14

Denotación: Señaléticas del Hospital San Luis y de la Avenida Eliodoro Yáñez

Connotación: La fotografía muestra otro vestigio del Ex Hospital San Luis, una señalética ubicada en la intersección entre Providencia y Av. Eliodoro Yáñez.

Esta señalética que sigue presente una de las avenidas de la ciudad, referencia al pasado de las instalaciones del INGER. Nuevamente el pasado se fusiona con el presente.



Av.

en
hace

1.5 CONCLUSIONES DE LAS FOTOGRAFÍAS

Las fotografías presentadas ayudan a explorar la historia de la institución, a través de los diversos elementos fotografiados. Es importante recordar la separación realizada en el análisis de cada fotografía, con el objeto de separar lo descriptivo de lo que la fotografía sugiere y es percibido por quien analice la foto.

Las fotografías tomadas a la estructura física de la institución muestran como el pasado se fusiona con el presente a través de la arquitectura, diseño y ornamentación de las principales instalaciones del INGER.

Las fotografías de la Iglesia, muestran la presencia de la iglesia católica en el transcurso de la historia de la institución, además de su vigencia en la actualidad deducida de la presencia de una religiosa que trabaja de forma activa y también del cuidado de la iglesia a través de adornos florales resientes. También se mencionan algunas creencias aportadas por algunos entrevistados sobre la presencia de una especie de compuerta inserta en el piso, algunos hablan de túneles, otro habla de un lugar para guardar el confesionario.

Las fotografía de la estatua, herencia del Ex Hospicio de Santiago, muestra un vestigio de una de las instituciones que influye en la historia del INGER. En la actualidad esta

estatua esta ubicada en los jardines de la institución, recordando sus orígenes y como su nombre lo señala a *“Los Náufragos de la vida”*.

Las fotografías agrupadas en *“Vestigios del ex Hospital San Luis”*, hacen referencia a un busto en honor al doctor Roberto Jaramillo, y una señalética en una de las avenidas cercanas a la institución. Estas fotografías recuerdan la existencia del desaparecido Hospital San Luis que ocupó las instalaciones que en la actualidad pertenecen al INGER.

2 ENTREVISTAS:

A continuación se presentarán las entrevistas que se realizaron para esta tesis. Éstas se efectuaron con el objetivo de indagar sobre ciertos aspectos de la historia a través de sus propios protagonistas o por los relatos orales que ellos mismos hayan conocido a través de otros miembros de la organización. Con el fin de ordenar las entrevistas para su respectivo análisis se dividieron de acuerdo a la jerarquía organizacional que ocupa el entrevistado dentro del hospital, es decir, se establecieron cuatro categorías, entre las cuales se encuentran las autoridades, los profesionales, los funcionarios y los religiosos(as). Para caracterizar a cada uno de estos se pondrá el cargo correspondiente que ocupan en el organigrama y también el año en que ingresaron a la organización.

2.1 ENTREVISTAS A AUTORIDADES

2.1.1 ENTREVISTA A1 PRIMERA PARTE

La entrevista que se presenta a continuación fue realizada a la Directora del hospital, quién posee la especialidad de geriatría e ingresó a la institución en el año 1983. Con el fin de clarificar al lector el desarrollo de la entrevista se etiquetará con la letra E al entrevistador y con el código A1 a la directora.

A1: Entendí y como se produce este tránsito, o sea yo buena o malamente, voy a tener que la historia llevarla desde mi mirada, y personalmente tenía tomada la decisión de especializarme en geriatría, en mi carrera, y ya en quinto año de mi carrera de medicina empecé a averiguar, dónde, quién, eran los especialistas en geriatría o qué había en Chile y ahí llego al Doctor Froimovich, fíjense ustedes que fue un médico que, fue el instauró el nombre de la especialidad de geriatría en Chile, con elementos a favor y elementos en contra, que no es momento de discutirlo, pero fundamentalmente una situación de total desencuentro con la sociedad de geriatría de hoy en día, o sea, es para solamente colocar ese elemento como... pero era la persona, era el geriatra conocido en Chile, entonces yo termine mi carrera, me recibí y desde concepción busqué- porque yo egrese en la Universidad de Concepción, aunque mi título es de la Universidad de Chile, porque todavía en ese año la Universidad de

Chile certificaba a la Universidad de Concepción-. Y desde allá hice todos los intentos por obtener una entrevista con el Doctor Froimovich, aquí en Santiago, él tenía su consulta en la calle Bulnes, y a través de distintas personas... hasta que logré tener esta entrevista con él y me vine a Santiago con esa única y estricta finalidad, hablar con él y decir mire... como se aprende geriatría en el fondo aquí en Chile, y él me recibe en su consulta, que está en la calle Bulnes ,y el tuvo una actitud-yo le diría-, bastante amplia y destaco esto porque después se van produciendo temas que a él lo muestran como una persona muy limitada en su quehacer, pero él conmigo, en ese momento tuvo una actitud muy amplia, me mostró cuál era su forma de hacer geriatría, como él había hecho investigación, porque hay temas bien cuestionables en la forma en como él investigó geriatría, o sea por ahí se dice, que el por ejemplo, en el Hospicio de Santiago, le tomo biopsias de testículo a pacientes, un tema que estaba muy reñido con la ética, pero él fue abierto, el me mostró lo que había hecho, como estaba haciéndolo, tenía una biblioteca llena de libros, él se postuló para el premio Nobel, el atendió...atendía presidentes, pero era una mirada de la geriatría muy distinta de la mirada de la geriatría, que hoy día o igual en su momento existía, entones él en ese instante me dice: “mira esta es la geriatría que yo hago, tú tienes que ir y conocer la geriatría desde otras perspectivas y si después de que tú conoces la geriatría desde otras perspectivas te gusta la que yo hago, mis puertas están abiertas, y de inmediato te comento que en Chile, el lugar que tiene el nombre de geriatría o que de alguna manera esta vinculado, es el Hospital, -se llamaba en ese momento- Geriátrico y esta en José Miguel Infante # 370 y su director es el Doctor Luis Ljubetic y el teléfono de ese lugar es tal.. . Y ahí...

E: ¿De qué año estamos hablando?

A1: Estamos hablando... yo egrese el 79, y todo esto ocurrió entre diciembre del 79 o el 78 porque después yo me fui, 78 y enero del 79 más o menos, porque yo me recibí y a los poquitos días yo me vine, de inmediato.

E: ¿O sea en ese tiempo ya existía el hospital geriátrico?

A1: Claro, Hospital Geriátrico se llamaba, y yo ahí solicito la entrevista con el director de este hospital, pero si el Doctor Froimovich no me hubiera dado estos datos, yo nunca hubiera llegado acá o hubiera llegado muchos años después, porque la institución si hoy día es poco conocida, en ese momento era absolutamente nada conocida, y el doctor me recibe, el doctor Luis Ljubetic, el que era director en ese instante y él en realidad se muestra muy abierto a que yo pueda incorporarme, me

cuenta de que se trata la institución y en ése momento la institución tenía aproximadamente 240 camas, y las 240 camas estaban... su objetivo era recibir, primero era seguir teniendo hospital, aquí dentro de la institución hospitalizados, a los que eran los remanentes del Hospicio de Santiago, o sea, la gente... porque ahí existía un hospicio, que estaba en la calle Portugal, y ese hospicio- esa historia yo solamente la tengo de carácter por transmisión oral porque claro, no he ido a ver el documento escrito- y es que el mecenas que dejó ese lugar para el Hospicio de Santiago, lo dejó con un objetivo que fue recibir a las personas desposeídas, con limitaciones físicas, mentales, y una autoridad local de salud en el momento, determina construir la Posta Central de Santiago y para eso se hizo un cambio de giro del hospicio.

E: ¿O sea donde está la posta central ahora, ese era el Hospicio de Santiago?

A1: Aparentemente...Entonces... ó si no es ese mismo terreno, se construye con los recursos que se obtienen producto del terreno del hospicio, porque se decide que el hospicio se separa, se reparten, se distribuyen las personas que vivían ahí, un grupo se envía acá, otro grupo se envía a Putaendo, otro grupo creo que se envía a La Paz de la Tarde, pero se distribuyeron la totalidad de esas personas en distintos sitios, porque habían niños, jóvenes, adultos, entonces, cómo se distribuyeron, más no se, pero sí sé creo que también..... psiquiátrico, en el que esta en ... uno es La Paz de la Tarde en Limache, el otro es Putaendo, el otro creo que el que fue el que esta en La Florida, El Peral, no sé si pero a “ El Peral” si fue gente entonces se distribuyen y un grupo llega acá, a esta institución.

E: ¿Cuántos eran más o menos?

A1: Lo que me plantea el Doctor Ljubetic me plantea es que inicialmente este lugar llegó a tener 400 y más personas dentro, no necesariamente todos remanentes de hospicio, porque empezó a recibir otras personas también que eran personas que no tenían techo, y de hecho, lo histórico, lo que el doctor me comentaba, era que había gente que tenían colchones no más, en el suelo, como en la iglesia, donde está la iglesia, era iglesia igual pero estaba ocupada así y que muchas dependencias que hoy día son de orden administrativo, estaban ocupadas por estas personas, en que no necesariamente estas 400, eran 400 camas, camas instauradas, si no que habían camas y en algún momento hubieron hasta colchones, en el cual estas personas estuvieron , incluso hay quienes-también les vuelvo a decir que esto es por la transmisión oral, que hablan de cifras de hasta 600 personas aquí dentro, en algún

momento, pero lo que a mi se me queda como información que el Doctor Ljubetic me entrega es que fueron hasta 400, y cuando yo llego eran alrededor de 240 las personas que estaban y esos eran los criterios. Y el doctor ahí me invita a mí a integrarme, pero en un contexto de investigación, porque no había cargo en el cual yo me pudiera contratar, el doctor no tenía cargo, y yo empiezo a venir, a visitar con los profesionales que habían y empiezo a actualizar las fichas clínicas, porque la dotación de médicos que había para esa cantidad de camas eran el director y dos cargos más, o sea habían tres cargos médicos para toda esta institución y habían cuatro cargos de enfermeras que solamente venían en horario diurno, o sea había enfermera hasta las cuatro cinco de la tarde, había dos kinesiólogos y dos terapeutas, en ese instante, una asistente social y una nutricionista, ese era todo el equipo de profesionales que existía y empecé a actualizar las fichas de estos pacientes y a conocer la institución, en realidad eran personas que venían a vivir y venían a morir, aquí dentro, o sea no era que aquí dentro los dejaran morir, si no que llegaban y la perspectiva era que se iban a quedar aquí hasta que fallecieran, cuidado con lo que la institución les podía dar, y un grupo, por ejemplo, una actividad que ya se hacía en ese momento como una tarea institucional era que Conapran, los hogares de Conapran, mandaban a que sus pacientes que iban a ingresar allá fueran evaluados aquí, aquí los evaluaban y le decían: “si tiene esto, no tiene”, y se iban a Conapran.

E: ¿Qué era Conapran?

A1: La Corporación Nacional de la Ancianidad que fue creada en el gobierno de Pinochet y estaba bajo la tuición de las fuerzas armadas, así como la de los niños es de los carabineros, esta era de la Fuerza Aérea la fuerza aérea era la que.... De hecho la señora Matthei fue la que estuvo un gran periodo a cargo de Conapran.

E: ¿Y dónde funcionaba Conapran?

A1: Bueno Conapran tiene todavía...

E: ¿Y dónde funciona?

A1: O sea lo que era la casa del presidente en Tomás Moro, ahí hay una de Conapran, pero tiene más instituciones, pero por ejemplo la gente que ingresaba a Tomás Moro era evaluada acá, y de aquí se iban los pacientes con su evaluación pero había gente que no reunía los criterios para ingresar allá y muchos se quedaban aquí al final, y

bueno ahí ocurre que yo voy postulando a mi beca para hacer mi especialidad en España y la obtengo, me voy dos años fuera, dos años y algo más, a mi beca de formación, y siempre mantuve la comunicación con el director porque mi ánimo era volver aquí, a poder hacer lo que aprendiera y me volví para acá y cuando llegue el director hizo todo lo que estuvo a su alcance y obtuvo un cargo de respaldo, un cargo adicional. Entonces en lugar de ser tres médicos fuimos cuatro.

E: ¿Y su beca era en geriatría?

A1: Yo fui a hacer mi beca en geriatría, al Hospital de la Cruz Roja española, en Madrid. Y claro cuando yo vuelvo acá, vuelvo como clínico, y comenzamos en conjunto con el doctor- quiero decirles que antes también el Doctor Ljubetic con el grupo intentaban hacer cosas que tuviesen una estructura de geriatría, pero en realidad todo lo que se hacía era actividad para institución de larga estada, o sea era generar bienestar para las personas que estaban dentro pero sabiendo que se iban a quedar siempre aquí dentro, como por ejemplo organizarles paseos, sacarlos fuera, traerles un espectáculo de baile, pero en lo que era una actividad para gente que se quedaría a vivir aquí.

E: ¿Y usted nos podría contar cuál es la diferencia en el fondo porque en el fondo usted dice: actividades de geriatría y lo distingue como de estas actividades del bienestar?...

A1: No, le dije por eso actividad de una institución de larga estadía, porque quizás hay que mirar la geriatría, el paréntesis, de que la geriatría es la especialidad médica para la atención y cuidado de los adultos mayores, en general, o de los ancianos, pero dentro de la geriatría, la geriatría tiene como mirada desde el punto de vista de salud pública, tiene injerencia de distintas formas, una es lo que la geriatría tendría que decir o enseñar en la atención primaria, para la gente que está auto- valente en la comunidad hay ciertas actividades que se tienen que propone, pero que no las hace el geriátrico, el geriátrico dice recomienda enseña y dice esto es lo que se tiene que hacer esa es la atención primaria hay otras actividades que recomienda la casa de reposo que las vea un geriátrico, pero hay pocos geriatras, hay otras actividades que recomienda para una institución de larga estadía, o un lugar donde la gente vive que es su techo es su casa con un techo distinto operatividad distinta hay otro contexto que es clínico, con especialidades agudas que es efectuado por un geriatra solamente en establecimientos agudos, esta era la estructura que tenía el geriátrico en el Ministerio de Salud, de otorgar atención de recuperación no era esa la tarea que realizaba la institución, era realmente una casa de reposo quedaba fuera de los

objetivos del Ministerio de Salud, de acuerdo a las estadísticas que el ministerio tiene el promedio de estadía era de un año o años, el egreso era por muerte, estas cifras echaban a perder el promedio de días del servicio completo, el culpable era el establecimiento. Establecimiento que se desarrollo principalmente con el Doctor Ljubetic, pero antes hubo otras personas que lo antecedieron el Dr. Dreckman y la Dra. Eagle Escobar, ella fue directora, es una geriatra, no tiene certificación es autodidacta, creo una consulta ambulatoria de geriatría en el consultorio 2. Se trataron de generar planes desde el punto de vista profesional para las personas que vivían aquí, a quienes en otras partes se las dejaba acostadas mientras acá se hacían planes de acuerdo a sus necesidades, el terapeuta hacia algún tipo de actividad para evitar posiciones viciosas, un plan de activación mental, un kinesiólogo les iba a hacer rehabilitación, lo que no había en ese momento en ninguna casa de reposo, habían 2 o 3 médicos.

E: ¿El hospital nunca tuvo nada que ver con el hospital dermatológico?

A1: Cuando vuelvo con mi especialidad, cuando recién este edificio fue comprado por la autoridad sanitaria a los jesuitas, primero se compra para instalar un hospital infeccioso por el tema del cólera, al poco andar se convierte en el hospital de piel, que es el Hospital San Luis, el cual posteriormente se transforma en el servicio de dermatología del Hospital del Salvador, estas instalaciones, la planta física fue ocupada entonces por el Hospital geriátrico,

E: Hice la pregunta porque yo he escuchado, pero también yo recuerdo haber circulado por esta calle y haber visto Hospital San Luis.

A1: Si, de hecho si ustedes van a la calle Eliodoro Yáñez hay un letrero que dice al Hospital San Luis, está pegado al muro izquierdo, espero que no lo saquen porque es un pedacito de pintura histórica, entonces claro si fue el Hospital San Luis y de hecho tengo que buscar los papeles a dónde mandamos todo lo que eran las piezas de dermatología que estuvieron aquí. Había un edificio donde está el estacionamiento donde estaba la parte más antigua del hospital y para el terremoto del 85 se fracturaron las paredes y tenía riesgo de caída, entonces se demolió eso y las piezas de dermatología al poco andar las entregamos al museo porque eran piezas de cera que se mandaron a hacer a París, son piezas de cera muy caras, que son reproducciones mandadas a hacer allá y traídas a Chile, y son piezas que estaban siendo comidas por los ratoncitos.

E: ¿Ese es el museo de medicina?

A1: Si, el museo de medicina, porque las piezas eran muy valiosas, ya que la dermatología tiene su etapa más fuerte más fuerte con las complicaciones que producían las enfermedades venéreas en piel, por lo que habían mucho de piezas relacionadas con enfermedades venéreas, pero eran hartas, si son muchas piezas, había un auditorio completo y adentro estaban todas las piezas. Claro entonces la planta física del Hospital San Luis es la que ocupa el Geriátrico cuando se transforma en el servicio de dermatología del Hospital El Salvador.

E: ¿Cuándo usted llega ya era hospital geriátrico?

A1: Claro, yo llegué aquí cuando esto ya era hospital geriátrico, ya habían pasado dos o tres directores, antes del que me recibió a mí. Y quién me recibe a mi es el doctor Ljubetic, pero antes de él hay otras personas, el Doctor Ljubetic no llega como el primer director, el primer director del geriátrico yo creo que fue el Doctor Dreckman. El Doctor Ljubetic era cirujano, lo que a el le gustaba era la cirugía, pero lo nombraron porque era carabinero, ya que era un cargo de confianza del Gobierno militar, peleó mucho con la autoridad local sin ser geriatra. Cuando yo ya llego acá con mi especialidad, él fue intentando trazar lo que era lo clínico, se fueron instaurando reuniones de trabajo.

E: ¿Usted llega como clínica?

A1: Yo llego como médico clínico, empiezo a trabajar, yo trabajaba harto en sectores, como médico clínico en el cual comenzamos a estructurar capacitaciones para el personal, modificar lo que era el ingreso, porque yo le digo que aquí la gente ingresaba, cuando las personas ingresaban la lista de requisitos era que tenían que traer una chata, 2 juegos de sábanas, ropa de cama, utensilios, porque en realidad ingresaban como a quedarse, muchos traían un baúl también para guardar sus cositas con un candado. También estaba asociado a un tema de plata, porque era un momento histórico económicamente muy malo.

2.1.2 ENTREVISTA A1 SEGUNDA PARTE

A1: Yo conozco al director, al Doctor Ljubetic. Pero antes del Doctor Ljubetic hay a lo menos 3 directores que yo no los conocí.

E: ¿Cuándo llegó usted?

A1: Ochenta y dos creo, octubre me acuerdo

E: ¿Qué es lo que era eso?

A1: En ese momento era Centro Geriátrico

E: ¿Y qué cosa usted hace que es geriátrico?

A1: Todavía en realidad en la percepción que yo tengo cuando yo llego, es que en realidad el centro geriátrico era la continuidad del ex hospicio de Santiago, porque los pacientes, en realidad morían aquí. De hecho cuando recién yo me incorporo existía un director que era el doctor... y luego habían otros dos médicos que era el Doctor Ercilla, un traumatólogo y el Doctor Yaver, que era un medico general del Hospital de Carabineros y habían 4 enfermeras, que solamente venían en turnos diurnos

E: ¿4?

A1: 4 enfermeras. Parara la totalidad de las camas, que no quiero faltar a la verdad, no se si eran 220 o 240 camas, en ese instante.

E: ¿Se decía que había hasta 400 camas?

A1: Anteriormente, es la historia que yo recojo de parte del Doctor Ljubetic, él me dijo que ya había reducido camas, pero incluso hay gente, que incluso a mi ha llegado el comentario que hubieron mas de 400 porque los pacientes estaban en camas, no en camas estaban en colchonetas en la iglesia por ejemplo. Todo esto era ocupado por pacientes, el otro edificio su segundo piso, era ocupado por pacientes, todas estas construcciones que tienen este tipo de pabellón era ocupado por pacientes, el primer y segundo piso, o sea que no había ni kinesioterapia, nada, todo estaba ocupado por gente, yo me imagino por que no hay fotos no he encontrado alguna fotografía de la época.

E: ¿Qué decía él?, digamos era cobijar esta gente pero en el fondo era el tránsito parara la muerte

A1: Bueno era aceptado, que las personas vinieran a una supuesta evaluación, porque una etapa es lo que son los remanentes de hospicio del Hospicio de Santiago que se desarma y se envía gente por lo tanto esas personas que se envían, se envían con el ánimo de continuar viviendo aquí. Nunca logre obtener la información de cuales fueron los criterios reales que hicieron que unos vinieran para acá y otros fueran a la paz de la tarde y otros fueran a otro lugar, se derivaron a 3 partes distintas

E: ¿Los ancianos?

A1: No, es que el Hospicio de Santiago no tenía ancianos casi porque se morían antes, o sea el Hospicio de Santiago lo que recogía eran personas que tenían una doble situación, evidentemente un tema de recursos económicos que, no habían recursos económicos disponibles y eran personas con limitaciones fundamentalmente de orden físico y cognitivo intelectual en términos de por ejemplo síndrome de Down, personas con retardo mentales severo, todo tipo de enfermedades que hacían que una persona no pudiese vivir o ganarse la vida afuera, que los llevaban de niñitos chicos, que quedaban ingresados en este lugar, entonces estas personas vivían en el hospicio y en el hospicio ellos tenían producción de cosas o sea tenían panadería, cultivos, escobas, juguetes. Hacían escobas y esa gente que tenían distintas edades, desde niñitos que como yo les decía en su ficha cuando recién ingresaron habían pacientes que su diagnóstico era idiota, ese era su diagnóstico, ese era su condición, es decir, una condición de limitación, ese diagnóstico y otros diagnósticos con nombres muy raros, algunas con mayor o menor grado trabajaban, otros no, pero tenían un nivel de relativo financiamiento por esos productos ahora cual fue el criterio que el director de esa época del hospicio decidió para mandar acá a personas y cual fue el criterio a otro, mi impresión es que fue un poco por edad pero esa es mi impresión por que fueron niños a los centros de menores y para acá se mando a un determinado grupo del cual en este momento quedan tres personas, viviendo aquí dentro, todavía.

Habían muchos diagnósticos más actualizados, pero por ejemplo el diagnostico de idiota, que a mi me resultó violento, me acuerdo bien porque lo fui a mirar si existía y existía en el lenguaje antiguo de los centros de orden psiquiátrico o hospicio estaba considerado el diagnóstico de idiota, que era un nivel de deterioro severo desde el punto de vista de partes cognitivas.

E: ¿Pero la función que cumplía el hospicio debió haber producido un tremendo vacío el año 80?

A1: Pero existía el Hogar de Cristo, pero con la diferencia que el hospicio fue donado en su momento con una determinada finalidad, con infraestructura y recursos, para justamente este grupo de seres humanos que podían valerse por sí mismos y que no tenían recursos, eso era el hospicio y en su momento el tema desapareció y después comenzaron a ocupar esos espacios o lo estarían ocupando ya, el Hogar de Cristo, la Fundación Las Rosas y otros organismos, que estaban con esa finalidad, entonces se trasladó un pedazo de hospicio para acá y yo, lo que reconstruí, es que hay un periodo de tiempo en el cual, en realidad, continuó siendo un hospicio, o sea en su operatividad aunque era de dependencia del Ministerio de Salud en ese momento todavía, no ya no se si estaba cerca de la reforma porque antes era el Sistema Nacional de Salud y que después con la reforma se llamó Sistema Nacional de Servicios de Salud, pero hubo un periodo en el que continuó siendo una institución netamente de un rol hospiciano, pero era de dependencia del Ministerio de Salud.

E: ¿Entonces el hospicio no dependía del Ministerio de Salud?

A1: No, nunca, el hospicio era independiente porque tenía su propia estructura, eso es lo que yo conozco, o sea era privado, era una ONG y con un mecenas que dijo dejó mi fortuna para esto y alguien en el camino determinó que era tenía que ser usado para otro fin.

Del hospicio yo desconozco y sólo recibí lo histórico de cuando funcionaba y tenían la panadería y me cuentan, incluso atendí a una paciente que fue hija de un director, eso fue en mi consulta privada, que fue hija del director del hospicio en ese momento y jugaba dentro, me decía que, había panadería, habían caballos, se hacían juguetes, hacían escobas, vendían pan para mucha gente fuera, tenían su propia venta de productos, con lo que tenían ingresos.

E: También hay datos de que lavaban la ropa de algunos hospitales, ¿Es cierto?

A1: Tuvieron una lavandería que funcionaba, pero le digo todo eso, es un tema hacia atrás que no está en mi archivo histórico, pero en las distintas informaciones verbales, que me han llegado por un lado lo que recibí cuando llegué acá, hubo una asistente social que vive todavía, que se llama Raquel Méndez que era una persona que era

parte también de esta historia y ella me contaba cosas de ese periodo, entonces yo fui armando pedacitos y en realidad nunca me metí mayormente en el tema y le voy a decir porque siento que ahí se vulnero un tema relevante, y quien lo vulneró y como no se y con mi estructura obsesiva y rígida, dije yo no, si yo me meto aquí, voy a ver que aquí había un destino, había un tema que tenía una finalidad de algo que ningún estado ni París puede librarse, o sea, las personas que tienen esta condición, de tener limitaciones severas desde el punto de vista, de que no pueden trabajar porque si nacen con un síndrome de Down y la madre, no cierto, también era Down y se murió, ¿quien se va a hacer cargo? O sea lo vamos a botar que vamos a hacer, entonces, y eso era un tema que existía con esta finalidad y alguien que nunca he querido identificar, tomo una decisión, entonces, me hago un hueco psíquico parara poder pasar y continuar en mi tarea, alguien tomo una decisión y yo me salto todo el proceso de cómo decir porque lo hace y me quedo con el otro tema, que en realidad el país necesitaba contar con un servicio de urgencia como es la posta, no habían aparentemente recursos y se tomo la decisión de utilizar estos recursos ya fuera materiales, bienes, planta físicas espacio lo que fuera parara construir esta posta y alguien terminó de acabar con el hospicio. El Ministerio de Salud o lo que fuera tiene una responsabilidad ahí porque acepta esto y por eso de hecho recibe a estos remanentes en sus instituciones de atención de salud, entonces yo puedo hacerme cargo de cuando, no cierto, esto se entrega como un tema del Ministerio de Salud y se le asigna un presupuesto, que era el presupuesto asociado a los demás hospitales, con algunos indicadores.

E: En un momento yo pensé que con esto de pasar de hospicio a hospital significaba que el hospicio no es no era necesario.

A1: No, no, o sea te digo yo llegue en un momento a esta institución en que por un deseo, no cierto, de una elección de especialidad yo quería, ser geriatra y le comentaba antes que yo donde el Doctor Froimovich, él me recibió en una entrevista, me mostró un mundo y me mostró un área, que poca gente conoce, vez que puedo lo planteó así porque él es mostrado por la historia de la geriatría como un hombre muy monstruoso, pero en realidad él conmigo no fue nada de monstruoso, el me acogió, me recibió me mostro lo que él hacia, lo que era su visión de la geriatría.

El trabajaba en el hospicio, entonces, el me mostró su mirada de la geriatría y me dijo si tu la compartes, te vienes a trabajar conmigo, mis puertas están abiertas. Él me contó de esta institución, y ahí yo vine me entreviste con el doctor Ljubetic, que ya era el director y él igual me abrió las puertas y me dijo venga, actualíceme la fichas primero y ahí entre yo en contacto con lo que había dentro y simultáneamente

empecé a postular y a hacer mi especialidad afuera, no había cargo en ese momento, así que yo venía en calidad de investigadora voluntaria, no cierto, no había contrato. Después yo me voy a formar fuera y obtengo mi especialización y luego de vuelta y lo que hago es, utilizar los recursos que habían para tratar de que esto fuera un centro de geriatría, porque era del ministerio y era un tema que estaba ahí para construirlo, ya no podía ser, en un momento pudo ser, no cierto, una institución de larga estadía, una casa de reposo pasando a la Fundación Las Rosas fue un momento en el que ahí yo debo decir fui la actora principal en el sentido de que

E: ¿Cuándo fue eso?

A1: Fue yo diría en la transición, antes de ser instituto.

E: O sea ¿90?

A1: Si 90

E: ¿Cómo fue la transición de la cultura del hospicio a después pasar a lo que es hoy día?

A1: Claro, yo aquí por eso les pedí que fotocopiaran la circular, no cierto, que en el intertanto, este oficio es del 1984, o sea esto fue al poco de yo haber ingresado a la institución, no cierto, porque yo venía contratada como geriatra con un título. El Doctor Ljubetic, mi jefe, me abre un mundo distinto, él cuando va a las reuniones del servicio que a él lo invitan, que tienen que ir, no, lo invitan, lo convocan. Entonces él probablemente, no cierto, porque me veía motivada y que yo le hacía propuestas y que le decía teníamos que hacer esto otro, él, me hacía ir con él a estas reuniones de los directores de hospitales, no cierto, que eran designados por la junta, o sea, eran directores designados por la junta militar y el Doctor Ljubetic era un carabinero él era de mentalidad carabinero era suboficial. Entonces yo iba a estas reuniones en la cual hablaban de distintas cosas yo debo decirles que me declaro una ignorante y una quizás grosería de mi manera de relacionarme con un grupo de ignorantes con todo este grupo de directores del Salvador, del, o sea de hecho había un abogado que en un momento encontraba que era así como una carga, para el servicio el tener esta institución porque lo que hacía era que siempre le echaba a perder las estadísticas, o sea, en vez de tener no se 20 días o 30 días de egreso o 12 días cuando sumaban este hospital cada egresado era por lo menos 5 años aquí dentro entonces ya era echaba a

perder un todas las estadísticas y no cierto además, era un gasto, un gasto, en dinero y el Doctor Ljubetic levantaba su mano parara pedir las cosas y los demás yo me acuerdo que lo destruían, o sea eran puros comentarios como decir, ¿Para que quiere eso?, ¿Por qué quiere ambulancia?. Me acuerdo muy bien, cuando en un momento el pide su ambulancia, porque tenia una camioneta, lux de estas chevrolet azul, ese era el único vehículo, y el objetivo que el vehículo tenia era llevar al director a las reuniones eso era, no tenia otro objetivo entonces yo miraba y es cierto esa es la realidad que yo con la que yo llegue y los pacientes que tenían que se trasladados no los trasladaban a la urgencia, o sea si un paciente aquí dentro se ponía mal te trataban como que había, no cierto, porque estos dos doctores venían un ratito, al hospital en los dos médicos clínicos entonces en realidad se empezaron a encontrar que tenían un abdomen agudo y que era tratable y que el paciente necesitaba un examen, no cierto, había que pedírselo era yo y empiezo a ver que necesito mandar al paciente urgente ;no tengo en que mandarlo! Y entre que pedí la ambulancia que llegara, pasaban 4 horas, y ya no había nada que hacer, entonces y que fue la medida que dije, no llevémoslo en la camilla, por la calle, o sea, que más dará si esta en la camilla, adentro del Salvador trotaba de una esquina a la otra, con el paciente saltando igual y empezamos a llevar a los pacientes en camilla, claro, hasta que alguien dijo, eso no puede ser, porque si en realidad la camilla, la atropella un auto, si el paciente se les cae de la camilla, y me empiezan a colocar las penas del infierno por lo que le va a pasar al paciente, por eso yo digo una ambulancia, y mi jefe me apoya y dice ;una ambulancia! Y vamos a pedir la ambulancia, y el tema fue, no cierto, que ahí dijeron ¿para que quiere usted una ambulancia? o sea era como algo insólito, una ambulancia para un geriátrico ¿para que?, o sea, entonces hay, no cierto, mi planteamiento fue asociado al hecho de que, si estaban aquí dentro, tenían una enfermedad aguda lo tenían que tratar en el centro, entonces un poco, yo digo, con mi discurso un poco, no cierto, probablemente teñido del sentimiento que me genero eso, de cómo decirme que una ambulancia, que es como decir se tienen que morir, entonces le digo, bueno, más vale, bajamos los costos, no cierto, mejoramos los días de estadía y las pastillas de cianuro de esas súper baratas, ese fue mi discurso, en ese momento en esa oportunidad, de claro, el abogado después nos hicimos muy buenos amigos en el contexto, de decirme, no doctora no es con usted, pero en realidad y el me abrió, ese abogado, me abrió a otro horizonte a decirme mire, o sea mientras esta institución, tenga todo esto de los pacientes mueran aquí dentro, no hablan en el lenguaje que se habla en los otros hospitales y por lo tanto, el lenguaje es el que tiene que cambiar, no me lo dijo así, así lo leí yo y no cierto, producto de mi invitación probablemente y de mis intervenciones, en estas reuniones es que el director de servicio determina que yo debo ser, su director medico, de aquí de 4 cargos 3 cargos médicos yo era subdirectora jefe de estos otros dos doctores

E: Ljubetic era médico, ¿no?

A1: Si, pero era médico cirujano y ¡buen cirujano!, entonces ahí cuando me nombra subdirector igual, no cierto, en una actitud, de nuevo otra vez que el tenia paciencia y tolerancia con esta criatura llena de ¡sueños!, hay de cosas que se podían hacer, yo dije no yo vengo a este hospital a trabajar de medico, nada de directivo a mi no me interesan nada, de los que tenga que ver con lo directivo.

E: ¿Cuándo fue eso, directora?

A1: El 84

E: ¿Ya era centro geriátrico o tenia la categoría de geriátrico?

A1: Claro, es que eso se hizo aquí y, no cierto, por eso digo que este, esta resoluciones son súper relevantes porque dice cuales son los criterios para hospitalizar y que esta es una institución no para personas que vienen a vivir, si no que parara personas que vienen a tratarse.

E: Entonces es el primer gran cambio, ¿no?

A1: Este es el gran cambio, que marca la pauta diría yo

E: ¿Que paso ahí, con la gente?

E: Espéreme, antes que pasemos a eso yo quisiera que traerle dos cosas de lo que hemos recogido de la gente, de lo que era la vida en el hospicio, ahora hemos conversado con la gente más antigua, yo diría uno de los comentarios que se repite es “antes era muy bueno estábamos todos unidos y lo pasábamos muy bien con los hospicianos” y lo otro es que, que si nos puede comentar sobre eso y además comentarnos sobre este busto que ahí por los naufragos de la vida, y que está en el patio.

A1: Yo no se como llegan

E: Dicen que vienen del hospicio, dijeron que lo trajo Don Gregorio, incluso él dice que es francés.

A1: Pero si mucho de lo que había aquí dentro fue, las piezas de dermatología, por ejemplo fueron todas mandadas a hacer al Museo de París porque fueron hechas con alta tecnología y alta refinación, entonces, es altamente probable que si, no cierto, que sea un busto que vino desde, que es francés y original una pieza originaria pero yo no tengo la información.

E: ¿Qué puede usted elaborar, respecto de eso, doctora de que antes estaban todos unidos y que se hacían cosas con ellos?

A1: Claro, porque vivían integrados, eran como una familia, o sea ellos eran como una familia o sea, de hecho estas personas no tenían a nadie, reconocido en la vida, aún que algunos por hay aparecían, entonces, ellos eran como su familia el auxiliar el cuidador era la familia de este señor, que estaba acá, y también el personal de salud o el personal que atendía este lugar, tenía un sentido de vida, con este tipo de persona o sea, ilógicamente ellos y además, no cierto, ellos eran los jefes o sea no había quien los mandara, no tenían, ellos hacían lo que creían que había que hacer, bañarlo, afeitarlo, sacarlo, hacerle un huevo, vendérselo eh que toda una serie de temas, que era una cultura que no tiene nada que ver con una cultura de una institución de atención de salud o sea, si uno mira yo que tengo el privilegio, no cierto, de acceder a casas de reposo eh de distintas categorías, la mentalidad al interior de una casa de reposo, no cierto, y para mí de hecho es muy importante el cuidador, porque el cuidador muchas veces cuando se muere el para la señora o el señor que ya no es el paciente, es un anciano, que muere, muchas veces ese cuidador o cuidadora vive un duelo mucho más profundo que la propia familia, porque ellos eran los que aprendían a saber como movía el ojo, hoy día lo mueve más lento ¡algo le pasa!, los demás dicen estas inventando, no, hay una comunicación de gestuales, corporales y vínculos afectivos que se desarrollan importantes, o sea, de tomar la mano, de pasar y decir chao, hasta mañana y le eran, entonces es y esa relación era la que tiene de haber existido, no cierto, y cuando yo llegue en parte estaba presente, no en parte era altamente presente, o sea, le digo, y de hecho por ejemplo me recuerdo de escenas, que hacían muy difícil instalar el trabajo pero que había que incorporarla para ver que hacíamos que una enfermera de las que estaba durante horas del día me acuerdo que su marido también trabajaba en carabineros y que el marido la estaba engañando, no cierto, tenía una amante, y la amante llamaba acá al teléfono del hospital y los funcionarios todos sabían que esa era la amante que estaba llamando, y unos la negaban a la enfermera otros retaban a la amante y tenía toda una historia y llegaban y sacaban a

esta enfermera que lloraba e iban y decían ya tomémonos un cafecito, Silvia, me acuerdo me acuerdo la enfermera y la consolaban por esta historia, eh porque ¡tenían una vida de familia! Si era entonces ¡claro!, a la señora Silvia le resultaba tremendamente difícil, después, no cierto, un funcionario que candongueando al paciente que lo había, que hay aparecía con un moretoncito porque lo había pasado a apretar en la cama, de de tomar una actitud de de amonestación y porque era, no cierto, se conocían sus intimidades personales, el propio recurso humano, junto con la, eran uno solo, el paciente demenciado o el paciente que no se levantaba, el funcionario de grado de auxiliar, hasta no cierto la jefatura que era la enfermera a lo menos, no cierto, dentro de ello y de hecho habían, a lo menos, cuando yo llegue 3 personas portadoras de esquizofrenia grave, trabajando aquí eran funcionarios y era un continuo así que todo era normal, sin frontera, o sea, llegaba la Sarita que me acuerdo que era la secretaria, la Sarita una persona portadora de una esquizofrenia con daño, había momentos, ella era la secretaria, que podía escribir, pero escribía, esto lo escribía en una semana, no y si uno le pedía que lo escribiera más rápido ella se desacomodaba y la Sarita llegaba en la mañana temprano, y si yo le pedía algo era me traía una florcita y el resultado del documento no, entonces y si yo la exigía mucho, lloraba

E: ¿Tenía una remuneración ella?

A1: Por supuesto, pues Y por otro lado, no cierto, eh estaba Eduardo, que Eduardo trabajo hasta avanzado tiempo, que era un kinesiólogo y Eduardo llegaba descompensado totalmente a veces con hawaianas, otro día venía, no cierto, que él iba a hacer un poco de ejercicio al paciente y sabía que ese paciente tenía guardado palta y le sacaba la palta, la pelaba y se la comía mientras el le iba haciendo el ejercicio al paciente. Es que, esa era la realidad y él era un opositor a que le quitáramos los candados a los cajoncitos porque, lógico, él ahí encontraba panes de pascua, palta, sándwiches había todo. Entonces le digo, ese era el mundo, entonces, era un continuo, era una familiaridad que no era fácil para que uno se pudiera insertar y se pusiera al ritmo, no cierto, hablando y entrando en esta misma historia a consolar a la Silvita porque la amante la había llamado o nos juntábamos todos para ir a pegarle, más menos, no cierto, ese era el mundo, de repente todavía, no cierto, hasta el día de hoy, se traspan temas en que la frontera, de lo que tengo que hacer de lo que me toca y de cómo lo hago, no ha sido algo que se rompa, por ahí en algunos lugares se mantiene.

E: Oiga, y esto de la tarificación que había

A1: Claro eso, era parte de la familia, pues, no cierto, los remanentes de hospicio tenían, era gente que tenía, se les logro sacar pensión u obtener pensión de invalidez a algunos de los que llegaron de remanentes de hospicio y otros que se incorporaron después que ya no obedecían al criterio de remanentes de hospicio, si no que fueron personas que atendieron al mundo, de la alta burguesía, con altos recursos económicos y que los vinieron a traer acá, porque acá estaban mejor cuidados, entonces que tenían sus pensiones buenas.

E: Manejaban dinero, digamos

A1: Manejaban dinero, y su dinero lo tenían ellos y se les entregaba, les entregaban el dinero y en realidad ellos tenían una tarifa, los funcionarios era así como decir, un huevo frito cuesta tanto, la afeitada cuesta tanto, el corte de pelo tenía otro valor y se lo cobraban al paciente, le sacaban su plata, sin incomodidad, o sea era un tema, que era validado, que no era ser un desalmado, que no era sacarle la plata a este inocente que no tenía calzoncillos, porque era cierto había pacientes que no tenían ropa, estaban vestidos con guilos, no se a veces en el periodo de frío, sin calcetín con un zapato, que había llegado de donación, entonces yo empiezo a mirar y digo pero si esta gente tiene su dinero y porque no les compramos su calcetín, le comprábamos una chaquetita una camiseta, en un momento se nos ocurrió que podían tener pijamas y fue un desastre porque nunca usaron pijama, o sea, muchos se acostaban con el mismo pantalón que se levantaban al otro día, entonces, esto del pijama fue muy malo, una decisión que no fue adecuada no.

Pero si ellos incorporaron como un derecho, como algo licito, lógico, que se podía cobrar y tarifar y yo creo que en realidad, por ejemplo si era un huevo y el huevo era 500 sacaban 500 no creo que alguien viniera y se sacara toda la pensión, si no que se respetaba esto y no había un abuso fuera del valor pero, claro a mitad de mes ya se dejaban de afeitar, no cierto, porque la afeitada era cara, el baño completo era más caro.

E: Doctora y en esto de los secretos sin fronteras y de que se mezclara el funcionario con el paciente. También, en los relatos, salía esto de que, los funcionarios se venían con sus familias, para acá, y que almorzaban, no se, el marido, venía el marido de la funcionaria a almorzar y venían los niños en la tarde.

A1: Si, o sea yo ya cuando llegue probablemente eso estaba relativamente disminuido, lo que no quiere decir, no cierto, que igualmente no vinieran y que en vez de ser 200 colaciones eran 300, me acuerdo de por ejemplo que era tanto que con el director incorporado en un momento que hubo crisis de plata importante y el director iba a comprar a la vega con la comisionista, la echaba arriba de la camioneta y partían a comprar a la vega a mejores precios, el tema era que allá no le podían dar factura porque era un, hasta que le dijeron que no podía ir más a comprar a la vega porque tenía que tener factura. En otro momento, se redujo significativamente el porte de las comidas, entonces, si por ejemplo un paciente tiene un requerimiento, obligado de cuando se hospitaliza, de tener un aporte nutricional de dos mil doscientas calorías, bajamos así abrupto, a mil doscientas entonces, como jefes no podemos hacer eso, o sea como se van a venir a atender, y el paciente necesita esos nutrientes y nosotros no podemos no dárselos, pero si no hay plata, ¡ah! se endeudara pero no puede no, ¿pero como?, no y ahí yo, en un plan absolutamente de denuncia, si no soy la primera que voy a decir que no están dándome las comidas con los aportes, pero no había recursos. Los pacientes ingresaban con sus sábanas y ellos venían con sus 2 juegos de sábanas, una chata, una almohada, algunos entraban como que fuera un hospicio, traían su silloncito, la cajita de lata, esta de latón, con el baúl, con el baúl con su candadito.

E: ¿Cómo empieza a producirse en la gente sobre todo los funcionarios la adaptación a esto, hay un cambio en la manera de..?, yo pienso que tanto como para adentro, como para afuera, pero también hay un problema de recursos, de poder empezar a mirar hacia el Ministerio de Salud y de cómo se empieza a generar la necesidad de poder profesionalizar lo que se hacía.

A1: Bueno, hicimos actividades de capacitación, yo diría que con mucha dificultad del personal, por ejemplo consideraban que la terapia ocupacional era ir a jugar, entonces si en realidad estoy ocupado hoy día, que voy a estar levantándolo para ir a jugar, entonces fue tomar medidas de hacerlos rotar a todos, todos los funcionarios tenían que pasar por terapia y kinesioterapia, para que vieran y la terapeuta les enseñara de que se trataba, y por otro lado hacer las actividades de capacitación, o sea de que se trataba, de ir modificando.

Yo diría que el primer tema de trabajo empezó con el tema de las enfermeras Universitarias, 4 enfermeras no cierto, era un tema muy duro porque ellas ya de enfermeras tenían pocazo, si el personal sabia mucho más que ellas. El personal colocaba las sondas, decidía a quien colocarle tratamiento, llegaban y me avisaban que ya habían empezado el tratamiento de la penicilina los funcionarios. Entonces tuve

que empezar a trabajar con las enfermeras en un contexto muy, yo diría personalizado con cada una de ellas. En este momento no queda ninguna de esas.

E: En algunos relatos que nosotros obtuvimos, decían que las enfermeras habían llegado en los años 90, no había enfermeras.

A1: Si, si era así, llegaron ellas. Entonces ellos eran dueños de casa, ninguno con educación media terminada, ni octavo básico, un alto porcentaje.

E: ¿Pero estas enfermeras que había?

A1: Universitarias, llegaron después.

E: Si pero no se reconoce que existían, digamos.

A1: Claro es que ellas se incorporan en una cultura que, y llegan a un lugar que de hecho los pacientes no se llevaban a urgencia, los pacientes de aquí no iban al hospital El Salvador. Entonces había una determinación, no quiero, si una eutanasia pasiva, pero bien a veces no tan pasiva. Digamos que alguien con un proceso infeccioso se pudo haber diagnosticado con un examen simple y tratado, y no se diagnosticó y se murió.

Entonces eso está en la cultura, entonces las enfermeras más bien, lo que vinieron fue a molestar, yo diría en un primer momento la armonía que tenía todo este grupo, esta familia que trabajaban con un lenguaje y acuerdo que funcionaban entre ellos. Entonces llegan estas enfermeras y a lo que vienen no cierto, es a ordenar y a colocar turnos, y a instruir en términos de cuidado. Pero también las enfermeras terminan haciéndose parte de la misma cultura.

Hasta que no cierto, se incorporan dos enfermeras, que yo diría que fueron bien relevante, una la señora Elisa Palma, una señora mayor encantadora y comprometida con el trabajo, y no entró en un ánimo de confrontación con el personal, sino que los fue incorporando y ella para mi fue un tremendo apoyo, porque ella vino a hacer su último tiempo de trabajo acá. Y después la otra persona fue Edita Morgado, una enfermera más activa, participadora. Pero, por ejemplo, con la señora Elisa nunca el personal le hizo paro, ni amenaza, pero con la señora Edita, el personal en algún momento planteó que se iban a parar si ella no se iba del hospital, por que ella les empezó a poner cumplimientos.

E: ¿En que año es más menos eso?

A1: Ya en los 90

E: ¿Cómo afecta el cambio de la dictadura a la democracia en esta institución?, porque también hubo un cambio interno no es cierto.

A1: Fue una transición lenta.

E: ¿No afectó mucho?

A1: No, porque de hecho ocurre que en el periodo el Doctor Ljubetic, que él era el representante digamos del punto de vista de la junta de gobierno de ese momento, y ese intertanto ocurre que él se enfermó y la persona que tuvo que asumir y subrogarlo hacia adelante siempre fui yo, entonces personalmente nunca hice sentir a la gente de aquí adentro de que había una dictadura y que había que hacer lo que la dictadura dijera.

O sea, eso no fue, esa es mi lectura de que no ocurrió esto. Porque por ejemplo no hubo nunca algo que yo adentro dijera “mire esto es porque la junta de gobierno lo dice”, no, no hubo nunca lectura de un bando, no o sea esto hay que hacerlo porque es normativa. Entonces yo siento que eso fue un tema importante y también un tema afortunadamente, yo diría positivo en el sentido de que no había politización dentro de la institución, no había compromiso partidista, más que politización, entonces eso igual facilitó que la gente, no había los que estaban a favor del gobierno y los que estaban en contra.

O sea no se produjo eso, o sea eso no fue un peso aquí y no se vivió como en otras instituciones, que fue pensar al fin se acabo al dictadura. Y el Doctor Ljubetic, aunque era carabinero, tampoco hacia pesar el concepto militar.

E: Una de las cosas que a mi me ha llamado mucho la atención, cuando uno ve los estudios sobre cambios, sobre todo en lo que son prototipos así de éxito uno ve “oye pero los cambios se hacen tan rápido”, bueno y uno va conociendo esta historia que es de un cambio lento y de décadas, de 80, 90, 2000 y que bueno es afrontar una realidad que es inconmensurable.

A1: Es que no se podía, yo le digo que al poco andar, estando aquí adentro, fueron temas de ir buscando maneras de poder apoyar a la gente, porque en realidad yo conocí funcionarios que en su relación con un mueble, que era el paciente, en realidad eran funcionarios de 7, porque relacionarse con un mueble requiere ciertas destrezas, cuando yo al otro lo veo como un mueble, que no lo trato mal, pero que lo trato como un mueble, que no le hablo, nunca, es un mueble que lo tengo que limpiar, sin interacción, el mueble no protesta si algún día llego enojado y sacudo las sillas fuertes, este mueble ni abre la boca. A un cambio como el que hay hoy día ya mirando a, un contexto mucho más drástico, un paciente que ingresa a la unidad de agudos y que en la unidad el paciente viene con un alto grado de conciencia, mayor o menor, a un demenciado no cierto él, y por otro lado el familiar del paciente que viene con él, también viene esperando un buen trato, con todo esto que se le ha ido diciendo y este funcionario sigue con su misma mentalidad del mueble. Entonces claro, “lo bañe, lo limpie, le di la comida, pero además lo hice y reclaman, y reclaman”.

Tenemos un funcionario de esa época y que es un tema bastante complejo cierto, porque él se valora a si mismo que lo hace bien, pero por ejemplo el tema es que esta sumariado, esta sancionado porque son temas de maltrato desde el punto de vista psíquico con el paciente, porque basta que uno le diga “aquí se queda hecha caca hasta que alguien venga” y si la persona esta metida en al cama y viene por un accidente muscular, esta mentalmente bien, y la dejan ahí no cierto, la verdad es que este es terrible para esa persona, pero él no lo integra como un maltrato. El ya ha estado en más de un tema así, entonces ese es un extremo, se fija. El en un paciente que no reclamaba, que no decía, el era bien riguroso en sacarle lustre y dejarlo ahí en la silla en el patio, que el sol le este dando y termine con ampolla esa es otra historia, eso le corresponde a otro preocuparse.

Entonces claro, hablo eso en un tema extremo no cierto, pero hay otros que teniendo un nivel, yo digo de conmiseración en términos internos no cierto, con él que tiene al frente y nunca se les preparó para entrar en el diálogo, entraron y fueron parte de esta actividad y pasaron bien pero otros no.

Entonces mi percepción del requerimiento de ayuda es trabajar con la gente, porque el tema al otro extremo, cuando ellos salen jubilados catalogados en lista 3, sin el estímulo que le pudo permitir una buena calificación, y sienten que se van con un par de patadas en el alma y que no los valoraron en nada, pero realmente el trabajo lo han hecho mal, en este nuevo escenario.

Entonces te digo ha sido un cambio lento, con una receptividad de la autoridad baja.

E: En eso de lo que usted dice de lo ministerial, recuerdo que en alguna de las entrevistas salió esto de que el hospital no existe para el Servicio de Salud Oriente, y que en el fondo el valor que se le reconoce a usted de hacerlo existir, como en la reuniones, con la autoridad, porque no se considera que existe este hospital.

A1: Ha sido muy difícil lograr visualizarlo, de hecho me recuerdo del Doctor Yaconi, que estaba de ministro, yo estaba haciendo un estudio administrativo y llegue como alumna de ese curso de administración al Ministerio en reunión y el Doctor Yaconi nos saluda a todos y a mi me dice “no quiero hablar nada del geriátrico y no voy a escuchar nada del geriátrico” y yo le dije, yo vengo como alumna del diplomado no vengo como representante del geriátrico, y después entre chiste y toma, pero no cierto así fue como el me recibió en su momento. Entonces yo diría que es un tema en el que la autoridad, hablo de la autoridad local del servicio, las distintas autoridades, y las autoridad del ministerio, las distintas autoridades ministeriales, no cierto, la receptividad del tema geriatría, vejez, requerimiento de un tratamiento específico, que el mundo ha evolucionado y que ofrece una opción terapéutica específica en esa especialidad, ha sido simplemente, muchas veces pellizcar vidrios, después hay que decir busquemos otra alternativa, busquemos la otra opción.

E: Y cual es la hipótesis que tiene A1 con eso, en relación al problema, ¿Por qué será tan difícil?

A1: Siempre yo voy colocando o trato de decir, bueno existe la posibilidad de quien transmite o trata de transmitir la importancia del tema, no lo ha hecho por el canal adecuado, me refiero a mí, esa es una. Pero también después coloco los elementos agregados, de que a los distintos otros profesionales que trabajan a niveles parecidos pero en el mundo privado o el mundo académico, les es igual de complejo y difícil colocar el tema. Entonces después ya me voy al otro espacio y digo nosotros, yo lo siento como un tema local, como cultura país, por el hecho de haber tenido que estar en otras culturas también, yo siento que nosotros como país somos infinitamente más negadores, negamos a pies juntillas las cosas que nos asustan, aquellas cosas que nos atemorizan, aquellas cosas que nos amenazan de distintas maneras. Entonces, claro la vejez en términos ha sido principalmente posicionada en el contexto del viejismo, con este pedazo de la vejez tan malo, los viejos demenciados, abandonados, pobres. Entonces esa es la imagen que se nos ha quedado en la cabeza.

Y por otro lado a mi me ha tocado y lo he elegido, no es que me ha tocado, lo he elegido y lo he afirmado y vuelto a reafirmar en términos de esta actividad, y no son separables, o sea cuando hablamos muchas veces voy a hablar de geriatría aparecen los remanentes de hospicio y “ahí se tienen que ir los que tienen que vivir y ustedes

tienen que atenderlos” y con esta dualidad, esta instrucción dual como inconsciente te fijas, ahí se tienen que ir los que no tienen techo, los que no tienen por donde darlos de alta, pero por otro lado las instrucciones que tienes que disminuir los días de estada, y cumplir con los estándares agudos, y tienes que...o sea no es un tema de malo, local, sino que es un tema que cuando ya cruza la, es transversal a los propios médicos, gente de medicina interna.

O sea les cuento a modo de anécdota para que vean que esto es un señor, un médico que es un especialista, internista, un profesor de medicina interna de la Universidad de Concepción, que ahora tiene su hermano que es un dentista que también está ingresado en la senior living, que es la casa de reposo top, más elegante que existe. Y el doctor, el dentista, está mal y la hija que es médico y fue mi compañera de curso después de ahí, y después de muchos intentos me pidió que se lo fuera a ver, yo lo voy a ver y veo que el señor, el padre de mi colega está mal y que tiene un requerimiento de un abordaje justamente de la especialidad, que es con una serie de otros profesionales participando y le dejo el esquema de tratamiento y yo noto a mi colega extraña, y yo dije será por estas cosas que uno no alcanza a conversar, que ella esperaba que llamara, que no llamara, porque se produjo como un hueco hasta un llamado de urgencia, yo lo voy a ver, estoy viéndolo, está mal, pero todo el mundo nervioso alrededor, que venía llegando alguien a casa a verlo. Y para resumirlo, era el hermano del enfermo, médico que es internista, viejito y yo diría que está en sus 88, 89 años tranquilamente, conduce, llegó conduciendo, y se instala un par de minutos y después mira, yo se que le dijeron que era la doctora que estaba examinando al hermano. Yo hago un espacio entre mi consulta y que salgo de acá, que troto para verlo porque me dicen que está mal y él se acerca no cierto y le dice a la... “y esta señora cuanto más se va a demorar en terminar”, “Yo soy un hombre muy ocupado, y que tengo que hacer y me tengo que ir”. Yo me acerco, lo saludo, le digo quien soy, que soy geriatra, que soy la doctora Silva y me dice “mire yo con la geriatría, no creo en la geriatría y eso es algo inventado que no sirve para nada”, le digo yo, ¿Cuál es su especialidad doctor?, entonces él me dice, yo soy internista, médico internista. Y yo le digo, doctor la geriatría es una de sus especialidades de la medicina interna, entonces ahí se para bien parado y me dice “los peores, los más ignorantes, los más malos, los que no..., eso son los que son geriatras”, ya entonces yo le digo, doctor mucho gusto de conocerlo y salgo, y ese fue el diálogo. La enfermera, la auxiliar, la cuidadora y todo el mundo sale siguiéndome parara darme explicaciones.

El señor está con su cabeza muy a maltraer y ha perdido mucho los controles y larga lo que tiene adentro, o sea sin filtro. Pero para mí es muy valioso y representa no cierto el tema, porque esa es la mentalidad asociada al tema de vejez, vejez es perder el tiempo, no cierto “como se le ocurre andar tratando viejos”, hay quienes me retaron cuando yo elegí mi especialidad, hay quienes me decían que como iba a perder toda

una serie de condiciones que me catalogaban en ese momento, y digo fue de capitán a paje, afortunadamente no tengo ni padre ni madre medico, porque yo creo que a lo mejor me habrían dicho lo mismo y no me habrían dejado hacerlo. Entonces pero para mi fue tan representativo este doctor, profesor de universidad que enseñó, y que hoy en día esta con su cabeza mala y no tiene filtro y frente a esto porque él siente que él es el medico tratante de su hermano y aparece esta señora geriatra ahí, y larga todo lo que tiene acumulado en su disco duro, en su cerebro y es lo que no cierto.

Se le atribuye mucha responsabilidad al doctor Froimovich que habría desprestigiado mucho la geriatría acá y como todo tema nuevo no cierto, donde aparece la charlatanería y la ciencia que usted logra posicionar, pero que primero hay que romper con estas historias, porque este doctor ya se va a morir con este cuento, ya se demencio, ya no hay nadie que pueda cambiarle.

E: ¿Existe la sociedad de..?

A1: Si, de geriatría.

E: ¿Y tienen historia allá?

A1: Si

E: ¿Hay registros?

A1: Si

E: A nosotros nos gustaría poder registrar más tranquilos la dimensión del liderazgo, de todo lo que ha significado esto, incorporando también ese aspecto en la historia.

A1: Tengo pendiente y me lo disculpo y me lo perdono en el sentido de que, se que con funcionarios de acá no he tenido el tiempo ni la capacidad, ni los instrumentos, como para poder darles el acompañamiento que se debía y se que hay que gente que ya se fue, uno que se murió.

E: Yo creo que también hay algo, por lo menos la experiencia que tuvimos nosotros, que ellos hablan mucho pero a la hora de los quibos no toman la, yo creo que fue

súper significativo la invitación que nosotros le hicimos y que vinieron poquitos. Entonces hay algo que también que es para disculparla, excusarla, que yo creo que, siento que hay algo de la resistencia interna de que hay algo de que, hay que tener un enemigo, eso libera.

A1: Ahora le digo, no, el otro tema que hay sus teorías que hay gente que elige determinado campos de trabajo porque ahí esta cómodo, y si alguien que me pone en frente “bueno si quieres aprender ven al curso, tienes la autorización” y les desacomoda todo su tema y tengo que seguir en este....entonces por estos mismos prejuicios de la geriatría, no es fácil encontrar recursos humanos que realmente lo elijan, con un sentido de crecimiento te fijas, muchas veces lo eligen como espacio de refugio de algo y yo creo que eso no lo he compartido nunca con el equipo, porque no me gustaría que ellos sientan que yo estoy minusvalorando su elección, pero yo en más de alguno de los profesionales en ciertos momentos observo eso, es decir, este espacio de confort me lo rompen, y empiezo con este discurso de que me dijeron, que me autorizaron y cuando usted le dice “oye, pero cuando te lo dijeron?”, no aparece nunca el cuando, y “quien te lo dijo?” es que la dirección, “¿pero quien de la dirección?” y “¿fuiste a hablar?”, no “si es mejor ni ir a hablar”. Entonces siempre hay un constructo que permite mantenerme en un espacio, ahora y eso también es importante considerarlo, independiente no cierto, yo a lo que me refiero probablemente va más al funcionario que tiene oportunidad, el que trabajo en la cocina. Yo diría que los que trabajaban en la cocina no les pasó, porque su rol de cocinar fue siempre bien evaluado. El auxiliar de servicio, el técnico paramédico, este que era con 8º básico a medio terminar y que le hicieron aprobar el 4º medio y con un curso también a medio, le colocaron el título de técnico paramédico y de repente le correspondía actuar como técnico paramédico, pero realmente nunca estuvo preparado parara actuar como técnico paramédico. En esta situación doble, si el técnico paramédico comete un error y lo vuelve a cometer, como director no tengo ninguna otra opción que en el plazo inmediato sancionarlo, independientemente que sienta que podría haber una oportunidad distinta, pero para eso hay que contar con el recurso humano que estén todos vinculados en el mismo cuento, y no es tan así, pero eso es este instituto.

2.1.3 ENTREVISTA A2

La entrevista que se presenta a continuación fue realizada al subdirector administrativo del instituto, quién ingresó a la institución en el año 2003 y que posee el título de administrador público. Con el fin de clarificar al lector el desarrollo de la entrevista se etiquetará con la letra E al entrevistador y con el código A2 al subdirector administrativo.

A2: Yo llegué el 2003, ya llevo 6 años acá, partí en los servicios de la zona O'Higgins, posteriormente fui Subdirector de una gran cantidad de hospitales de la zona oriente de este servicio, partí en el Calvo Mackenna, después me fui al Hospital Tisné, participé de su puesta en marcha en el servicio de auditoría. Soy Administrador Público de la Universidad de Chile.

En cuanto al Hospital Geriátrico, este no existe, nunca lo han considerado, la sensación de la gente es como que es una ficción, entre 1992 y el 2003 nunca entré a este hospital, nadie lo conoce, nadie lo considera, no lo tienen en mente, parece que estuviera un siglo atrás, es como si afuera el tiempo cambiara, pero acá todo se mantuvo.

De alguna forma las cosas las hacen las personas que están adentro, habían funcionarios bastante añosos, bastante tradicionales, esto se manejaba con criterios muy domésticos, incorporar algunos principios básicos de la administración no ha sido fácil.

E: ¿Entiendo que en algún momento pasa a ser Instituto Nacional de Geriatría?

A2: Primero cambia al nombre Instituto en 1989, pero el cambio formal recién hace un par de años nos estamos creyendo el cuento, no había conciencia de que esto era una institución, venían hijos de los funcionarios, una especie de lugar doméstico dónde los hijos venían y hacían las tareas, como una actividad frecuente, como una práctica común, por ejemplo los hijos del Subdirector antiguo. Como este daba la pauta todos hacían lo mismo, una señora hacía llamadas de 4 horas, por lo que hubo que establecer sistemas de control, por ejemplo en la bodega, de los ingresos, ya que todo se manejaba de manera doméstica.

E: ¿Cómo era esto, usted dice que este lugar no existía, el 89 se crea el instituto, usted llega cuando la Dra. Silva como Directora?

A2: Ella estaba en la dirección cuando llegué, de alguna forma, ella acepta mi llegada, yo llego a este hospital porque yo soy Subdirector titular, entonces cuando yo estaba en el Calvo Mackenna acepté irme al Salvador porque era un cargo de confianza, después de 4 años el nuevo Director me pidió la renuncia, entonces como el cargo del Calvo estaba ocupado la única posibilidad era acá ya que aquí estaba disponible, no he vuelto a mi sitio dónde debería estar. Ocurrió que la Subdirectora de acá estaba siendo cuestionada, por lo que cómo soy titular asumí el cargo porque están obligados a mantenerme en la subdirección.

E: ¿Qué pasaba con el trabajo administrativo, con la informalidad?

A2: Había mucho de doméstico en la gestión, había muchos que estaban rezagados, había un manejo poco profesional, los hijos estaban acá en la tarde y las familias venían a almorzar gratis, usaban los recursos de la institución y lo veían como normal, se venían a estacionar todo el día, quizás era lo necesario para ese momento.

E: ¿Cuántas camas había?

A2: Antes eran 400, porque era un hospicio, era gente que venía a pernoctar, la cantidad de camas se ha ido reduciendo, ahora es un hospital, ahora son 80 camas, pero por algunos problemas estamos en 76. Hasta hace un tiempo el uso era ineficiente, porque los enfermos de medicina ocupaban sólo esas camas y si se necesitaban en otro lado no estaban disponibles, en cambio era se ocupan por todos los pacientes, lo que cambia es si el cuidado es quirúrgico o no.

E: ¿El personal ha cambiado o ha evolucionado, las jefaturas?

A2: El cambio importante es que ha aumentado, ha crecido muy fuerte este estamento, había una cifra, cuando llegué no había una residencia todo el día, entre las 2 y las 8 no habían médicos, habían 2-3 residentes, habían varios días en los que no habían médicos, ahora tenemos una residencia permanente, porque la Doctora es incansable, una vez al mes manda una nota solicitando cargos, tenemos 22 médicos.

E: ¿Me imagino que antes esto debe haber sido una relación coloquial?

A2: No soy una de las personas más queridas, tengo que poner orden, hacer que las normas funcionen, que las normas se apliquen, en materia de horario, les digo que tienen que cumplir sus horas, o que esto está mal hecho, que lo tienen que hacer de otra manera, no es una tarea fácil, es una tarea muy impopular y genera harta crítica, tuve que romper lo doméstico e instaurar lo profesional, es algo que tensionó bastante el ambiente, el gremio de la FENAT comenzó a articularse de una mejor manera, comenzó a hacerse sentir, si uno quiere mantener la cosa calma, pero si quiere que funcione como debería se tienen que poner las cosas en su lugar, esto ha sido difícil para mi.

E: Yo presumo que esta informalidad es legado de la historia

A2: Ese cambio desde esa época influye, de alguna forma la Doctora ha ido componiendo el hospital con las sobras de otros hospitales, ha tenido la esperanza de hacerlos mejorar, vienen castigados de otros hospitales, se dice a nivel de pasillos, han circulado muchos de estos funcionarios y han terminado quedándose acá siendo que llegan desechados de otros lugares, a veces por razones reales, o por razones políticas. De hecho a mi se me imputa que vengo castigado, sobretodo una funcionaria, de la cual está semana precisamente recibí un reclamo a través de la OIRS (Oficina de información, reclamos y sugerencias), esta señora se está jubilando, una de las explicaciones que da es que soy un tipo al que han echado de un montón de hospitales y acá estoy dejando la escoba.

E: ¿Estos funcionarios se han adaptado al cambio cultural?

A2: Hay algunos que se han adaptado, pero hay otros que evocan el pasado, antes no existía la asignación de turnos, por lo que hacían horas extraordinarias hasta que se aburrían, son cosas que de alguna manera, por lo que genera malestar. Los permisos los funcionarios los manejan súper bien, se agarran 4 o 5 días, cuando se empiezan a poner restricciones, se quejan, el personal más antiguo todavía queda.

E: ¿Si hubiera que poner un corte en que fecha podemos poner el límite de personal antiguo y en que proporción?

A2: Lo circunscribiría al personal paramédico, el más antiguo son 30-32 paramédicos que están en turnos, de los antiguos hay 10-12 personas, siempre influye en la gente que va llegando, y les va traspasando su conducta.

E: ¿Hay un periodo de tiempo en que hay un éxodo masivo de gente antigua?

A2: De este grupo no, ese grupo es difícil que se pueda mover, ya que es personal que no cumple con los requisitos para ser paramédico, en algún minuto la ley ha hecho que las personas que estaban realizando una función independientemente de la capacitación, se adscribe a un cargo, se encasilla, se llama encasillamiento. Muchos de los funcionarios no saben ni leer ni escribir, pero hoy en día son paramédicos, y esa gente difícilmente se puede ir a otra parte.

E: ¿Eran poderosos?

A2: Cuando había hospicianos, aquí todo tenía una tarifa, una afeitada valía tanto, un par de huevos fritos valía tanto, el personal cobraba por eso, muchas de esas personas actualmente son paramédicos.

E: ¿Llegaron como hospicianos?

A2: No, llegaron como cuidadores.

E: ¿En el sentido estricto que es lo que hace un paramédico?

A2: Cuidado del enfermo, es colaborador de la enfermera, toma signos vitales, le pone algunos tratamientos, las cosas más complejas las hace la enfermera, por ejemplo cuando hay que poner sonda, hay ciertas cosas que hace el paramédico y otras la enfermera.

E: ¿Hace el aseo del enfermo también?

A2: No, acá está separado ese asunto, en un hospital normal el que hace el aseo y el confort, el que hace el aseo, confort, el que hace el aseo del enfermo es el auxiliar de servicio, acá existe auxiliar, paramédico y enfermera, los 3 tienen que ver con el enfermo, los límites no están muy claramente remarcados, el auxiliar hace el aseo del

paciente, en otros casos el paramédico, debido a la falta de personal hay ocasiones que este se debe hacer cargo de esta labor.

En un hospital normal el auxiliar es el que hace el aseo, es él que saca la pélela, las chatas, eso lo hace el auxiliar, el paramédico hace lo que tiene que ver con la terapia y las enfermeras los tratamientos más complicados.

E: ¿Quién baña al enfermo, el paramédico o la auxiliar?

A2: Es mezclado a veces uno u otro, o a veces juntos, hay unos que pueden y hay otros que no pueden.

E: ¿En los auxiliares hay más hombres o mujeres?

A2: Los auxiliares son más hombres, pero ahora se han ido incorporando más mujeres porque lo que hacían era ayudar a los auxiliares a levantar al paciente, movilizarlo.

E: ¿Y los paramédicos son más hombres?

A2: Son más mujeres.

2.1.4 ENTREVISTA A3

La entrevista que se presenta a continuación fue realizada al subdirector médico del instituto, quién ingresó a la institución en el año 2006 y que posee el título de médico cirujano. Con el fin de clarificar al lector el desarrollo de la entrevista se etiquetará con la letra E al entrevistador y con el código A3 al subdirector médico.

A3: Los auxiliares formaron parte del hospicio, existe una historia especial, una cultura que ha sido marcada por la historia, manejar ciertos grupos que son verdaderos feudos, es difícil romper estos círculos, darle un enfoque más global cambiando cosas culturales.

Quedan 3-4 personas hospicianos no son pacientes que estén enfermos, no quieren pieza juntos, uno de los hospicianos maneja la televisión. Están en el sector de geriatría Fresia y los 2 hombres están fisiatría, son parte de nuestro inventario no nos incomodan, son pacientes que llevan 8000, 11000, 12000 días, cuando falleció una persona el promedio de días subió de 17 a 22. Los pacientes que se han mantenido forman parte de este edificio, llevan casi 30 años acá, parte de la historia, algo que les importaba, la sala multiuso donde estaba la televisión, eran como los dueños, manejaban toda la sala, estaba ocupada con camas y le reclamaba el que cognitivamente estaba mejor, que es el Señor Olguín, viven acá y trabajan, no tienen familiares, no hubo un quiebre, recién este año logramos acomodar la infraestructura a algo parecido a un hospital.

E: ¿Cómo llega usted a esta institución?

A3: La Doctora Silva me llama, yo no sabía que existía el geriátrico, me dedicaba a medicina general, la doctora quería una visión más integral en la subdirección médica, la parte administrativa no es mi fuerte, el desafío de hacer crecer algo que está en pañales, no tenía el expertise en la parte administrativa, por lo que hice un diplomado en recursos humanos en la Universidad de Chile y un magíster en administración de recintos hospitalarios la Universidad de Los Andes. Me ha costado, no lo he hecho bien por que no tenía los conocimientos, sin embargo el equipo se ha involucrado en querer hacer las cosas mejor, mejorar lo que tenemos como modelo de atención de geriatría en la parte hospitalaria, antes yo era mi jefe, me manejaba, yo me dirigía, ahora tengo que dirigir a un grupo grande, profesionales, que de repente no es

fácil, con trabajo en equipo se han logrado cambios importantes en la cultura, que se ha tratado de manejar como un todo, no en forma parcelada.

Partió siendo algo donde muchos llegaron, a cada uno se les fueron dando responsabilidades que no se tomaron como un todo. Va pasando el tiempo pero no se va modificando la estructura física, entonces te vas quedando atrás.

E: ¿Qué elementos de la historia han traído dificultades?

A3: Bueno, la comunicación entre el geriátrico y el Hospital del Salvador que pasa por debajo de Infante, hay gente que tiene miedo, hay mitos, que hay que romperlos o estudiarlos, se presta para comentarios e hipótesis, como el tubo de luz que una persona dijo que era especial para pacientes, hay historias de lo que va transcurriendo. Antes los miembros del personal eran dueños y señores que dirigían sin título profesional, les ha costado adaptarse a la llegada de médicos o enfermeras, lo importante es que ellos eran en un momento del tiempo dependientes de una jefatura y después ser el último de la cola, muchos de ellos ahora son auxiliares, tema para ellos difícil de aceptar, nunca han hecho nada para irse, maltratan a los pacientes por no ser ellos los que dirigen, lo que genera reclamos por parte de estos, o quizás también puede ser que están aburridos, hace 10,15 o 20 años de actividad eran los primeros, es un tema difícil de aceptar dicen que quieren a la institución, hay una rabia contra el sistema por no tener un poder de decisión mayor, eso es difícil de evaluar, se han ido quedando con menos poder ninguno de ellos tiene una participación mayor, se han ido auto-marginando, en el tema de salud tienen que irse actualizando, o sino se van quedando abajo, la gente joven los supera, por lo que se sienten postergados, por lo que recibimos muchos reclamos ocasionados por esta razón.

E: ¿Reclamos desde pacientes?

A3: Maltratos, ellos solicitan cosas, y las respuestas son con disposición de agotamiento, están cansados, echan de menos el haber sido una parte más importante, eran situaciones más cómodas y fáciles, ahora van teniendo una forma de trabajar distinta, a los funcionarios les ha costado ingresar al PC, los venció o hubo resistencia, esto no es menos, les causaba temor.

E: ¿Se hace intervención para ellos?

A3: Hay preocupación respecto a este tema, muchos se han ido preocupando, ha habido capacitación, pero sobretodo en aspectos teóricos para darles una visión superior, trabajar con adultos mayores es difícil, por ejemplo al niño lo retas y te responde, es difícil pensar que un abuelo se descompensa y te inventa cualquier cosa, organizar esto de mejor forma cuesta, pensar que una abuelita diga cualquier cosa o que invente, la persona está comprometida en su parte cognitiva, lo normal es trabajar para mejorar, pero nosotros ayudamos al bien morir. La familia siente culpa, pero también hay abandono por parte de los hijos, no vienen a acompañarlos, no los quieren, quieren que les solucionen el problema, tenemos que hacernos cargo de la presión en el equipo médico, cuando ingresé no había apoyo para los médicos. Es lo contrario para lo que te preparaste, te va a tocar a ti dar el certificado, pacientes a los que no tienes nada que ofrecerles, pacientes que se van apagando como una vela, que pasa con el médico que tiene que dar el certificado. A pesar de todo hay una baja tasa de mortalidad, es un tema no menor sacar la sala mortuoria.

E: ¿Dónde está?

A3: Frente al SOME, no es grato que aparezca un féretro en geriatría una persona tapada con una sábana en una camilla, se remece completo el hospital no es bueno, eso influye en los funcionarios culturalmente, todos nos hacemos los locos y miramos para el lado, todos lo obviamos porque en realidad no es fácil, se transporte de una forma especial, se enteran todos los de la sala, cómo queda una persona que está relativamente bien de su cabeza, que estuvo conversando con él de al lado la noche anterior se muere, cómo quedan esas personas, acá hay más probabilidad de fallecer.

E: Viene este trabajo de hacer frente a la muerte, a la vejez, lo conecto con eso habiendo estado acá, cuando se trabaja con niños es esperanzador.

A2: Es como el amanecer, es decir, el anciano.

E: un adulto que de pronto se vuelve un niño.

A3: de pronto hacen cosas tan graves, tratarte mal, hay muchas personas que son castigadoras, fueron abusadores, incluso violadores, incluso dentro de su grupo familiar, hoy tiene que venir alguien a hacerse cargo de una persona que le trae malos recuerdos y de pronto tiene que aceptar que esa persona le diga insultos, se escuchan cosas como que estos pacientes les dicen que su hija es una cualquiera o que su hijo es

un ladrón cuando no son ni siquiera realidades, entonces dices... como puedes tu... porque a un cabro chico tu le llamas la atención y de alguna forma lo enderezas, en este caso tienes un grado de culpabilidad, la familia se ve superada, la rehabilitación no va a mejorar al paciente, sino que va a mejorar alguna función o actividad en la mecánica familiar, es un tema de sociedad.

Voy a reuniones en que dicen tenemos que apoyar al geriátrico porque todos vamos para allá, pero como una situación graciosa, pero de repente con una sensación de dolor, como que no quieren entrar, pero tampoco quieren arreglarlo porque significa un gasto y una bolsa en la que tienen que hacer una gran inversión, con lo que se produce una dualidad, dicen que es importante, pero cuando solicitas algo no te lo dan.

No es menor también lo que tu comentabas, tenemos un portón a maltraer de entrada, ni siquiera un edificio que nos identifique, te identifican por las enfermedades venéreas, que no es bueno, lo agradable sería que te identificaran como aquellos que se hacen cargo de los adultos mayores, muchas veces tienen que identificar esto como el portón negro que está al lado del Compin y ahí si que te identifican, hay un tema de identidad, de pertenencia.

E: ¿Las distintas especialidades se pelean los recursos?

A3: Si, porque la geriatría es lo menos rentable, ahora uno entiende la poca valoración, son pacientes que inviertes, pero retardas un proceso.

E: ¿Qué sientes con respecto a tus colegas?

A3: Este último tiempo el Salvador ha entendido que la geriatría es importante, ha sido por la visión de los médicos que están ahí y a las acciones de la Doctora a nivel ministerial, siempre ha sido poco, nos ven como una alternativa muy válida porque el 80% de los pacientes de El Salvador son adultos mayores, entonces existen adultos mayores sanos, existe un paciente cardiológico, no saben como tratarlo, pero ya pasa a ser un paciente geriátrico cuando su funcionalidad se empieza a alterar, esa paciente el cardiólogo no sabe como tratarlo, ahí la geriatría la ven como algo bueno, ha ido mejorando. Para un profesional son complicados los adultos mayores, tienen gratuidad de atención en todos lados, entonces no se puede hacer consulta particular, ya que ellos reciben una pensión muy baja, por eso la vocación de servicio es mayor, sabes que el cardiólogo hace ecografías y se ahorra todos los problemas legales, no tienen ningún problema. En cambio en la geriatría hay sólo un examen propio del

adulto mayor, es todo clínico y la información que tienes es cero, muchas veces vienen solos.

E: ¿Nos podrías citar algunos hitos cronológicos?

A3: Desde que llegué había un esquema de trabajo, en la parte clínica hemos ido creciendo, nos hemos ido haciendo respetar, antes los pacientes que iban a fallecer los mandaban, hemos ido generando un equipamiento, sacándole el máximo de provecho a lo que tenemos. El primer cambio fue en la estructura de recursos humanos, ya que aumenta al profesionalización, los geriatras renombrados van llegando a trabajar, nuestro pelaje ha ido mejorando, hay otros médicos que se están especializando en geriatría.

Somos pioneros en la atención pública, la rehabilitación de piso pélvico, el único hospital público que realiza este tipo de intervención, las salas se han remodelado, ahora las salas parecen un hospital y no un hospicio, conseguimos una ambulancia ya que la antigua era muy vieja, por lo que internamente nos sentimos mejor. Hicimos también un área informática más desarrollada, lo que significa mejorar nuestros registros y procesos, debemos desarrollarlo en forma importante. Desde que estoy acá eso ha hecho que el personal se sienta más contento, las remuneraciones también son mejores, los profesionales se sienten más gratificados, es la forma en la que podemos compensarlos a ellos.

2.1.5 ENTREVISTA A4

La entrevista que se presenta a continuación fue realizada a la jefe de recursos humanos del instituto, quién ingresó a la institución en el año 2002 y que posee el título de ingeniero comercial. Con el fin de clarificar al lector el desarrollo de la entrevista se etiquetará con la letra E al entrevistador y con el código A4 a la jefe de recursos humanos.

A4: Yo llegué aquí a fines del 2002

E: ¿Usted llegó antes que el Sr. Iván Gallo o después?

A4: No, Iván Gallo llegó después que yo, pero poquito después, la verdad es que siempre ha estado la Doctora Silva, cuando llegué a este servicio, porque la verdad es que no llegué acá, sino que yo llegué primero a recursos humanos de la dirección del servicio y yo venía a hacer algo bien específico que era el encasillamiento. Bueno, yo en ese tiempo ya tenía 40 años, y no está bien, pero la edad igual tiene un impacto.

Yo igual estudié más viejita porque me casé muy joven, como a los 20 años, y yo trabajaba en el INSORA, que era un instituto de la facultad, y ahí me interesé en estudiar, estudié como 5 o 6 años, y estudié casada, con niñitos chicos, que es más complicado también.

E: ¿En qué consistía el trabajo que usted realizaba?

A4: Claro, yo llegué a hacer el encasillamiento, acá hay personal de planta y de contrato, la gente que está de planta tiene el cargo asegurado por el resto de su vida, a las personas que están de planta tienen que hacerles un sumario si es que los quieren sacar de la institución, lo que es muy raro que ocurra en una organización. Entonces el encasillamiento va más bien para los contratados que se podían asimilar a la planta, pasar a la planta, subirlos de grado y como los iban a pasar a la planta, todo eso. Y después me fui a trabajar al Hospital del Tórax, y trabajé otro año en ahí, que es el hospital que queda cerca de acá. Y de ahí hubo un problema con un director, volví a recursos humanos de la dirección y después me vine para acá. Y aquí estoy desde hace 7 años atrás. En ese tiempo conocí a la Doctora Silva porque cuando yo estuve en el servicio tuve que ver como capacitación también, y la directora ya era la Doctora Juana Silva.

E: ¿La doctora en que año en específico asumió como directora acá?

A4: En el 89, y ella es la única directora que digo yo que se ha mantenido, los otros fueron cambiados, porque yo creo que la geriatría no es un tema que le interesa a muchas personas.

E: ¿Cómo llegó acá, usted sabía de este lugar o fue por contacto de la Sra. Juana?

A4: No, lo que pasa es que este instituto pertenece al Servicio de Salud Oriente, que tiene todos estos hospitales, El Tórax, El Neurocirugía, El Geriátrico, El Salvador.

E: ¿También los de Peñalolén?

A4: Claro, el Luis Tisné, el Calvo Mackenna de niños y el Pedro Aguirre Cerda, entonces son todos del mismo. Y la dirección del servicio, donde está la subdirección de recursos humanos, ellos son los asesores técnicos nuestros, ellos son los que manejan mejor la ley, cada vez que hay un cambio de ley dependemos un poco de ellos en ese aspecto.

E: Iván Gallo la otra vez nos comentaba sobre el cambio que se ha producido, digamos desde hospicio a hospital, y como hay gente a la que le ha costado asumir ese cambio, dijo que él no era muy bien mirado, no muy bien recibido por la gran mayoría del personal.

A4: Si, la verdad cuando yo llegué, llegué a la subdirección de recursos humanos, en el año 91, y ahí ya no era hospicio, pero si era un lugar en el que venían a dejar mucha gente y se quedaba por muchos meses, y después fue cambiando a ser un establecimiento dónde venía la gente y hacían lo posible por mejorarlo, porque ya no van a recuperar la salud, mejorar la salud y la gente se iba. Pero había mucha gente que estaba meses y meses, como en un hogar.

E: Ese cambio como se refleja en la actualidad, porque por ejemplo, los paramédicos antes administraban de forma integral el hospital y después a pasar a estar en el último eslabón de la jerarquía organizacional

A4: Claro, porque si yo hablo del año 2002 cuando llegué acá había 2 enfermeras. Lo otro que hizo una exigencia tremenda fue la autoridad sanitaria con la nueva ley, la 19937⁵. Cuando llego bien digo había dos enfermeras porque habían dos servicios bien definidos y en cada uno había una enfermera de día, porque no se quedaban de noche, porque en la noche aquí no quedaban ni médicos, solamente los paramédicos. Ahora hay una cosa que a mi me sorprende mucho y es que la mayoría de esa gente está jubilando, lo que pasa es que esa gente que venía del hospicio, yo le diría que nos quedan 15. Entonces a esa gente, acá en el servicio de capacitación se les hizo un curso de ciento y tantas horas con lo que pudieron ser técnicos, eso significo para ellos un mayor grado, pero ahora ellos, bueno reciben asignación de turno, son los que hacen los turnos de noche, pero yo le diría que ellos ganan 400000, 450000 pesos sin saber ni leer ni escribir.

E: ¿Ellos se formaron como técnicos aquí?

A4: Aquí y después algunos siguieron las 1500 horas, que también los formaron acá, les hicieron sacar cuarto medio laboral. Yo me doy cuenta cuando se les llama a firmar algo, que firman de una forma de memoria, yo lo encuentro terrible de repente porque es la gente que entrega medicamentos. Yo le digo ahora esos deben ser unos 3, pero cuando llegué eran varios, que han jubilado. Y ahora está llegando gente que son de institutos, que son técnicos de nivel superior y que son como 2500 horas, pero son gente joven y a veces la gente joven tampoco es comprometida.

E: Pero la falta de compromiso usted cree que es la regla general o es la excepción

A4: Yo creo que en general la gente joven no es de mucho compromiso y tampoco como mucha vocación. Yo veía enfermeras en Tórax que habían trabajado toda una vida como enfermeras, que adoraban a los pacientes, se habían sacrificado por los pacientes.

E: O sea usted siente que ahora es más por cumplir que una verdadera vocación

A4: Claro, ahora nosotros tenemos una alta rotación de enfermeras, nosotros recibimos enfermeras recién egresadas, están un tiempo acá y después se van por más

⁵ Ley realizada con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

dinero, o van a trabajar a estos servicios domiciliarios. Y ahora tenemos una crisis porque se van a ir 5.

E: ¿Y ellas porque se van?

A4: Porque tienen mejores remuneraciones en otro lado, porque se fue una supervisora, porque no están de acuerdo, porque acá con esta ley ha habido muchas exigencias en la parte administrativa. Yo creo que esta ley a todos nos ha dado mayores exigencias y nos estamos adaptando, porque para mi esta es como una organización adolescente porque pasa modificándose, hay que ir adaptándose, ver como logro hacerlo mejor, todavía estamos en eso.

E: ¿Esta ley de qué año es?

A4: Del año 2004, esto es parecido al asunto del ISO, uno de los primeros ISO, porque no importa si yo las hago o no, pero ellos que quieren que esté escrito, perdemos mucho tiempo en justamente lograr esa formalidad y esa es justamente la auditoría que tenemos la próxima semana. Pero ellos no ven el resultado, sólo quieren la formalidad.

E: ¿El hospital a su juicio ha progresado?

A4: Nos estamos adecuando, estamos tratando de hacerlo mejor. Yo como recursos humanos, con las enfermeras me veo realmente superada, porque acá no es atractivo, estructuralmente allá al frente, el Hospital del Tórax, es mucho mejor. Ahora acá hace poco, hará un año que pusieron estufas, antes no había calefacción, entonces son salas heladas, son lugares que tampoco son agradables. Entonces las enfermeras piensan si me voy a la Clínica Las Condes fantástico, me pagan más, me dan otros beneficios, les dan uniforme, están en un lugar bonito.

E: ¿Pero con las enfermeras es un tema más interno o es más bien externo?

A4: Es que hay una demanda muy alta y ellas son muy pocas, tienen muchas posibilidades. Yo te digo aquí una niña recién egresada está haciendo turnos y son 900000 pesos. Ahora los otros profesionales, no, entran en grado 15, los kinesiólogos, los terapeutas.

E: ¿Entre los otros profesionales, cuál tiene harta relevancia?

A4: Bueno, los médicos.

E: ¿Cuántos médicos hay actualmente?

A4: Tenemos 22

E: ¿Y cuándo usted llegó?

A4: Debe haber habido como unos 6, de partida antes no había residencias, ahora hay 6 residencias, antes no quedaban médicos en la noche.

E: ¿La mayoría son médicos generales?

A4: No, hay especialistas geriatras, que han sacado hace poco su título, su especialidad, en CONACEM.

E: Por lo que sabemos ha disminuido el número de pacientes

A4: Claro antes eran como 100 camas y ahora son 78. Ahora hay muchos pacientes que rotan, porque ahora muchos también vienen a ambulatorio, si se tienen que hacer un tratamiento kinesiológico no necesitan estar hospitalizadas.

2.2 ENTREVISTAS A PROFESIONALES

2.2.1 ENTREVISTA P1

La entrevista que se presenta a continuación fue realizada a uno de los kinesiólogos del instituto, quién ingresó a la institución en el año 1980 y es uno de los funcionarios más antiguos dentro del estamento de los profesionales. Con el fin de clarificar al lector el desarrollo de la entrevista se etiquetará con la letra E al entrevistador y con el código P1 al kinesiólogo.

P1: Fuimos en esa época, un poco antes, no llegué en esa época, fuimos Herederos legales del hospicio de Santiago antes de la remodelación San Borja.

En el Hospicio de Santiago, como usted dice que estaba ahí en los terrenos que ocupa la remodelación San Borja, Portugal, Marcoleta, todo eso, cuando se hizo al construcción de todos esos edificios, una parte de los pacientes, los que tenían más daño cognitivo mental, esos fueron al Peral y los con más daño orgánico pasaron acá.

E: ¿Y ahí paso a ser centro geriátrico?

P1: Ahí paso a ser Centro Geriátrico, exactamente.

E: ¿Y eso en que año más menos fue?

P1: Cuando habrá sido, antes del San Borja años 70.

E: ¿Y usted entonces llega en el 81?

P1: El año 80.

E: ¿Usted es?

P1: Kinesiólogo, yo llego, ustedes conocen la sala de pacientes, el gimnasio de kinesiología era así con las mismas dimensiones, había un kinesiólogo, yo me incorporaba era el segundo, y había como equipamiento una lámpara de infrarrojo, una ampolletita que vale comúnmente unos 6000 pesos en Sodimac.

E: ¿Esa era toda la infraestructura?

P1: Claro y algunas sillas también.

E: ¿Y qué personal había en esa época más o menos?

P1: Haber había, bueno estaba un director, un director médico.

E: ¿Quién era él?

P1: El Doctor Ljubetic. Había 2 médicos más, dos médicos clínicos, el doctor Ljubetic no ejercía como clínico, el era jefe administrativo. Dos médicos y tenían algunas horas en la semana y 3 enfermeras.

E: ¿Y cuántos eran los internos?

P1: Cuando yo llegué eran alrededor de 250 camas aproximadamente, sé que antes fueron alrededor de 400 camas, pacientes, no sé si más los pacientes residentes, estaba todo ocupado antes, yo no lo vi, hasta el recinto de las capilla donde esta ahora, a la entrada a mano derecha, hasta ahí había camas de residentes.

Y el propósito que tenían era residir, era un hospicio, una continuidad de hospicio y después progresivamente fue tomando carácter de lo que hoy. La fecha no lo recuerdo, la doctora debe manejarlas muy bien, deben tenerlas ya ustedes.

Fue evolucionando, pasando por Hospital Geriátrico. O sea de Centro Geriátrico pasa a ser Hospital Geriátrico, después años más, las fechas no las tengo, pasa a ser un Instituto nacional de geriatría.

Un instituto a diferencia de los hospitales es especializado en algo. El Instituto del Tórax es especializado en enfermedades respiratorias, el instituto de neurocirugía es especializado en afecciones de cerebro, el instituto de geriatría es especializado en ancianos, adulto mayor. A diferencia de por ejemplo, el Hospital del Salvador que aunque mucho más complejo que esto, tiene mayor presupuesto, mayor infraestructura, mayores servicios, no tiene categoría de instituto porque no es específico, no es especializado en algo, sino que atiende medicina general y especialidades además. En el hospital del Salvador hay servicios de traumatología, el

instituto traumatológico que esta en San Martin, es solo lo traumatológico, el hospital del Salvador tiene servicio de traumatología, de medicina general, etc. y por eso es hospital.

E: ¿Y qué diferencia tiene o tenía cuando fue hospital de geriatría y pasó a instituto?

P1: Ya pasó a ser más específico, porque antes por presiones, por todo lo que se maneja, llegaban pacientes que no cumplían los requisitos de ser adulto mayor de más de 65 años, y las estadías eran más largas. Ya como instituto nacional de geriatría, con criterio de rehabilitación, recuperación los plazos se fueron acotando. Primero, progresivamente se redujeron la estadía casi perpetua de mucho de los pacientes, de residentes hasta eran primero 3 meses y se fue disminuyendo después 2 meses, un mes, en este momento al estadía esta alrededor de 25 días más o menos. En ese tiempo hay que resolver la patología del paciente o derivar a otras instituciones de salud en caso de que la afección sea más crónica.

Tampoco, no había turnos de noches, turnos de profesionales en turno de noche.

Inicialmente en los años 80 y después con este ya carácter de hospital, instituto empezaron a venir pacientes de mayor complejidad, ya venían claramente con criterios de rehabilitación.

E: ¿Y cuéntame que se hacía en ese tiempo cuándo, no se si usted tiene alguna información de cuándo esto era centro, hospicio, que se hacia con los pacientes?

P1: Haber, sobrevivir, no era un centro de salud, por lo tanto la alimentación, la mayoría de ellos no tenían parientes, por lo tanto no eran visitados. Había la comunidad religiosa que había, monjas que se preocupaban más de la parte espiritual, de conseguir ropa por ejemplo, para mantener. Era una prolongación de hospicio.

Que se hacia entonces, era eso mantención, mantenerlos con algunos cuidados, igual le dan ya los pacientes eran añosos, con patología propia de parálisis, de no poder caminar muchos de ellos, la gran la mayoría, de complicaciones de tipo reumatológico, los limitaban. Eso los llevaba a periodos de encamamiento prolongados, con las complicaciones propias.

E: ¿Encamamiento?

P1: Si, encamamiento prolongado, pasaban todo el día en cama. A diferencia de por ejemplo, actualmente los pacientes que vienen en recuperación, todos se levantan, tienen que ir a actividad física. Uno pasa a las 9 de la mañana por las salas de pacientes y no hay nadie en cama a menos que allá tenido una complicación, fiebre, sangramiento.

E: ¿Y como era trabajar en ese tiempo, para ser profesional y trabajar?

P1: Son tiempos distintos, exigencias diferentes, en general siempre se dice que los mayores añoramos o les encontramos más el gusto a lo pasado, era atractivo en el sentido de que había entre los funcionarios, más tiempo de sociabilización, de conocimiento, de interactuar entre nosotros y eso ahora se ve escasamente. Ahora es una presión de atención, física, es altísima, con exigencias por metas de cumplimiento, a principio de año se planifica las actividades que se van a hacer y eso hay que cumplirlo. Desde cumplir el periodo en el momento en que el paciente cumpla el periodo de permanencia, su patología hay resolverla, lo que es, porque se puede resolver en el periodo de los 28 días, 25 días. Antes no había esa premura.

E: ¿Eso es una presión para ustedes cierto?

P1: Si, si indudablemente. Entonces había tiempo de celebraciones, santos cumpleaños, se sociabilizaba más, ahora no, es una exigencia contra el tiempo, es una institución en la que el tiempo es oro. Entonces claro en ese punto de vista era más efectivo en algunos aspectos.

Ahora hay todo un desarrollo tecnológico, acercándose a lo científico, a lo técnico sobre todo, entonces de ese punto de vista muchísimo mejor, hay tecnología, ahora hay alrededor de 15 médicos más o menos, hay profesionales, enfermera eran 3 en hacer turnos, ahora son 8-10 con turnos de noche, porque el tipo de paciente demanda atención medica desde el primer día, nocturna también.

El grupo anterior no, le daba su pastillita para dormir probablemente y dormían toda la noche, quedaba un cuerpo de auxiliares y lo que ahora es paramédico, antes eran auxiliares de enfermería y auxiliares sin apellido, rondaban mucho.

E: ¿Ese era el fuerte?

P1: Si ese era el fuerte de atención.

E: ¿Se llamaban practicantes?

P1: No, auxiliares en enfermería, lo que actualmente es el técnico paramédico y auxiliar sin apellido, sin mayor calificación, entraron con cuarto medio más o menos. Entonces se ha ido profesionalizando la actividad por la exigencia misma de la calidad de la aflicción de los pacientes.

E: ¿Y los pacientes han cambiado o son más o menos los mismos?

P1: Han cambiado en ese sentido, su estado es más crítico, su estado de salud, por lo tanto requiere que la atención sea más oportuna, de lo contrario bajo los parámetros de sus indicadores se complica, lo que sea. Fue operado recientemente de cadera hace 4 o 5 días, ya hay que movilizarlo porque si se lo deja dos o tres días más empiezan sus complicaciones, de partida la primera es más atrofia muscular, más pérdida de fuerza, lo cual retrasa todo el proceso. Antes ese tipo de patología no llegaba.

E: ¿No llegaban o no eran detectadas?

P1: Haber, no se hacían tantas en el país, ahora con el sistema AUGE por ejemplo, la cirugía de cadera que es lo que estaba comentando, el número es muchísimo mayor, hay recursos. Antes en los años 80 las prótesis, los presupuestos de los hospitales que ponían prótesis por ejemplo eran muchos más limitadas, y llegaba julio-agosto y ya se termina el presupuesto y no se podían, no se seguían. Entonces se privilegiaba el equipo de traumatólogo, donde lo hicieran, en cualquier hospital de especialidades en otros hospitales, privilegiaban ponerle esa implementación por ejemplo a personas más jóvenes, que tuvieran una rentabilidad futura, una sobrevivencia mayor que ahora que se pone prótesis. ¿Ubica lo que es una prótesis?, una fractura de cadera se pone una cadera artificial de aluminio, que es un metal noble. Ahora el paciente de 70-80-90-100 años se opera, entonces se han multiplicado ese tipo de cirugía, por lo tanto de pacientes con una cantidad exponencial. No manejo estadísticas.

Entonces cual paciente llegaba, los que fueron operados de esa cadera, estoy ejemplificando con situaciones nuestras reales, que le pusieron la cadera. Y hace 20 años el criterio para un adulto mayor era, estoy enfermo el tratamiento esta, reposo, no moverme, entonces si a ellos los operaban, el cirujano nunca tiene tiempo de dar mayores explicaciones, en general el se avoca a hacer pulcramente la pieza anatómica, pero la otra parte geriátrica, no tienen tiempo de instruir ni al paciente ni al grupo

familiar, entonces se iba el paciente con puntos, con apósitos, con herida, entonces el paciente y su familia asumían que estaba enfermo porque tenía una herida, entonces dejarlo tranquilito en la cama, hasta que iban apareciendo complicaciones.

Las más frecuente, romperse la piel, un poquito desnutrido o cualquier eminencia o sea que este apoyado en algo duro aunque sea la cama ahí, si lo dejo algunas horas se interrumpe el paso de la circulación, el tejido se necrosa muere, herida, ruptura, y eso pasaba mucho. Ahora las complicaciones por no moverse de estas afecciones: atrofia muscular muy marcada, trastornos en la circulación, por lo tanto si alguno osaba seguir las indicaciones del medico y si al 3º día-5º día tenían que caminar por ejemplo, después de haber estado 3, 5, 8 días acostado, lo sentaban como para pararlo y ahí se mareaban. Entonces, hay mareo, se va a desmayar a la cama otra semana y a repetir el círculo vicioso.

Actualmente pasa pero se toman las precauciones de dejarlo un par de segundos, medio minutito al borde de la cama y vuelve acostarse, se va más progresivamente, el paciente aprende que es una reacción normal, natural del cuerpo.

Entonces con esa forma de manifestación, se van produciendo muchas complicaciones. Otra es una persona inmovilizada tiende a ir progresivamente a lo largo de las semanas, meses tal vez a volver a la posición fetal, todos hemos visto imágenes en televisión de gente abandonada, cuando hacen esta denuncia en casas de reposo de personas retraídas completamente con las piernas y rodillas casi en el pecho, esa es la posición natural que tiende a adoptar el cuerpo cuando no se moviliza. Entonces una cadera operada llegaba fácil, frecuentemente a recogerse. Llegaba en esa época mucha gente en esas condiciones, donde era prácticamente muy tarde intentar un salvataje funcional, porque bueno, la musculatura, ese tejido sino se moviliza va involucionando, transformándose, en vez de ser un tejido noble, contráctil es reemplazado por tejido de cicatriz, y eso naturalmente no se contrae, no se relaja. Entonces ya era imposible recuperar funciones que habían sido operados 6-8 meses. Ese tipo de pacientes es el que solicitaba el ingreso, siempre por indicación de algún medico.

Entonces eran estadías bastantes largas, porque los resultados también lo eran, porque ya habían complicaciones del tipo prácticamente irreversibles.

E: ¿O sea esa gente venía a morir no más?

P1: Si, en gran medida y a veces con un cuidado ahí se prolongaba mucho. Ahora por los avances de la geriatría o el concepto geriátrico en los hospitales, aunque no sea el

instituto, hay que moverse, ya no pasa eso con las operaciones, al tercer día los mismos hospitales donde se operan, la indicación del equipo médico, la enfermera, el kinesiólogo, que llegan ahora a la cama de operado empiezan ya a pararlo, antes del alta de los 6-7 días que me parece es el tiempo que permanecen. Entonces el paciente ya perdió el temor porque supo que lo pararon o si ya le vino el mareo a sentarse ya sabe como combatirlo, entonces es mucho más dinámico y las cirugías de prótesis recuperan la funcionalidad en un 100%, a no ser que hayan complicaciones secundarias, un trauma, un coagulo que se desprendió.

Hasta hace 25 años la tasa de muerte era muchísimo mayor que ahora y por eso hay tantos viejos en comparación es cierto que están naciendo muchos menos niños, pero los adultos mayores es un hecho estadístico.

Entonces el progreso de la medicina ha repercutido entonces en el tipo de pacientes. El tipo de paciente, en que nuestra población mundial, nacional se esta geriatrizando la población normal del país, en este momento hay menos niños que viejos, porque mueren menos los viejos y porque nacen menos niños.

Normalmente las pirámides poblacionales, cierto la base estaban los niños, los nacimientos, los niños hasta diez años y era realmente una pirámide que hacia arriba iba disminuyendo, ahora es casi un rectángulo o se esta viendo, en Chile es un rectángulo, ahora en los 5 años se agudiza, están importando población.

Entonces ese ha sido el desarrollo, se ha ido profesionalizando más, hay como 15 médicos, enfermeras con turnos nocturnos y fin de semana, lo mismo y con exigencias ya de alta en momentos definidos previamente, por lo tanto todos los otros estamentos, rehabilitación misma, kinesiólogos y otros, también los tiempos tienen que ser en el momento debido.

Y ahora si uno compara, porque es otro concepto cierto, cuando era hospicio, centro geriátrico ustedes decía 200 camas o más, hasta 400, y hoy día hay 80. Claro, y con mucha más resolución, con lo que se hace es mucho más efectivo, digamos anteriormente con 400 camas en el año, probablemente pasaban 400 pacientes, 400 personas diferentes ocupaban esas 400 camas, ahora estas 80 camas en el año la ocuparan alrededor de 800 personas. Porque hay una rotación mucho más activa.

Eso es muy importante. Indudable y esos son los indicadores, a los hospitales, a los funcionarios profesionales o no, nos ponen nota nos califican, al establecimiento también, a todos los establecimientos, a los directores también.

E: ¿Los ingresos que vienen del Estado, del gobierno, del Ministerio de Salud, están condicionados al logro de metas?

P1: Se condicionan a cumplir esas metas, así es. Aunque los aportes siempre son menos a las necesidades reales por eso los hospitales están en deuda, no tanto por mal uso o abusos indebidos, probablemente también hay un poco de eso como en cualquier actividad, militar, religiosa, laica. Creo que de todas maneras los fondos que se destinan son menores que las necesidades reales, entonces se producen deudas, en estos momentos son cuantiosas en los hospitales. Mientras más complejos son los hospitales más endeudados están.

E: ¿Y las deudas con quien la adquieren?

P1: Proveedores que son del mismo estado o particulares, por ejemplo los medicamentos este hospital lo abastece esta entidad del estado, centro de abastecimiento, CENABAST, pero aunque sea de ese tipo igual hay que pagarlo. Y proveedores particulares, por ejemplo en mi gimnasio había unos fondos hace unos 2 meses para adquirir algunos insumos de rehabilitación, entonces se llama a licitación una bicicleta de ejercicios que se requería, se llama a licitación, todo tiene que ir por licitación ahora. Entonces se dice qué y postula quién quiere, entonces claro ahí hay compromisos, una garantía de pagos, pero no siempre se cumple y ahí se van acumulando esas deudas.

E: Usted lleva 30 años ¿Qué es lo que a usted lo ha retenido en esta institución?

P1: Haber fueron años duros los años 80, en que había mucha inestabilidad laboral, en que no era fácil, una cesantía inmensa en que persona que perdía su empleo, profesional o no, no era fácil encontrar un lugar donde dedicarse. Y bueno nos fuimos adaptando a esa situación, algunos que no soportaron no más y se fueron al extranjero o se cambiaron.

Intenté algunas veces colocar mi empresa privada, no fue lo suficientemente lucrativa como para mantenerme hacia afuera, entonces me salió mejor como funcionario del estado.

E: ¿Y qué le ha deparado a usted estar acá, en el hospital?

P1: En el gimnasio es atractivo, bueno esta la gratificación de ver al paciente que después de muchos meses de estar ahí postrado en una silla de ruedas logra pararse. Se supone que los que estamos acá, hay vocación de servicio que se manifiesta un poco en esa forma.

Es atractivo para los más viejos, igual el sueldo pasa a ser más atractivo, reconocidamente la administración pública paga menos que la vía privada, pero llega un momento ya en que la seguridad, la permanencia brinda una seguridad y los ingresos se vuelven más atractivos.

Personalmente estoy trabajando menos, yo tuve hijos tardes, por lo cual son chicos todavía 9 años el menor, pero el mayor que esta cumpliendo 15 años de repente lo vi grande, llegaba cuando estaban dormidos y me di cuenta que me estaba perdiendo una fase importante de ellos. Entonces ya el hecho de tener una mejor retribución económica me permite trabajar menos y disfrutar un poco más de las cosas que son importantes.

E: ¿Qué pasa con el desgaste emocional?

P1: Si, hay que tener recursos emocionales, familiares, sociales para contrarrestar un poco la carga, la sobrecarga de exigencias y de frustraciones muchas veces también, si eso es claro, pero probablemente toda actividad conlleva a eso. Todos estamos expuestos a esas vicisitudes. Bueno uno conoce su ambiente y sabe ahí más menos con detalle.

E: Usted trabajó acá cuando el hospital era bien precario.

P1: Entonces ha sido muy grato ver como ha ido surgiendo, después del doctor Ljubetic que estuvo 3 años, paso la actual directora y hemos visto que por la gestión de ella, el crecimiento, vemos como ella ha desarrollado la geriatría aquí y en el entorno afuera, ha conseguido recursos, es decir, los 15 médicos que ahora tenemos no es una dádiva del ministerio, son demostraciones.

E: Cuando hemos escuchado a otras personas que nos contaban que todos los segundos pisos eran sala de pacientes.

P1: Si, sala de pacientes, así es.

E: ¿Nunca ha habido montacargas?

P1: Ascensores nunca, los auxiliares tenían que bajar a pulso cuando tenían un control los pacientes, si indudablemente. Se pone en riesgo al paciente y un desgaste enorme para los funcionarios.

E: Hablaban de que a veces tenían que traer agua caliente en tientos para poder bañarlos.

P1: Si, totalmente. Pero claro si uno lo mira hacia atrás hay de que una forma inimaginable para ahora, pero en esa época era lo que hay, en ese momento era lo natural. Hace 80 años atrás lavar los pañales a mano o ir a buscar leña al monte para poner hervir los pañales, claro ahora imaginar esa carga de trabajo con ahora que es ir y comprar un paquete de pañales desechables en el supermercado.

Creo que nos hemos desarrollado como instituto bastante en muchos aspectos, el nivel de exigencia es grande también, sobre todo con al competencia que se genera con las nuevas generaciones que ingresan.

Cuando yo termine mi carrera se estudiaban cuatro años, desde hace más o menos 8 años mi carrera y carreras no medicas se alargaron a 5 años.

E: ¿Usted se titulo con 4 años?

P1: Si, con 4 años, el año 76 egrese con 4 años de estudios, claro. Y después vi que la mayoría era con 5 años y hubo una opción de hacer un 5º año para nosotros, los antiguos. Ya en estos momentos y hace 8 años también, la salud al igual que la educación era un negocio, entonces yo estudié gratis, yo estudiaba sin costo, no por beca sino que valía prácticamente nada la universidad. Entonces ese quinto año que me dieron la posibilidad, como era 1 millón de pesos, que no teníamos mentalizados todavía pagar cantidades grandes por capacitarnos. En ese momento yo era docente de la Chile, docente para la parte clínica, yo recibía alumnos, entonces me permitía que yo fuera con una beca, así que hice el quinto año, me costo así intelectualmente, me costo hartó sacar ese quinto año, pero entendí de que las pruebas, competencia, capacidades de mis colegas que vienen ingresando, ya nos estaban dejando obsoletos,

a lo mejor en minucias, pero que se notan en la práctica diaria, entonces hay que estar poniéndose permanentemente al día.

E: ¿Y eso continúa hoy día?

P1: Si, continua, yo hice clases en la universidad de Chile recibiendo alumnos, docencia de internos, hasta ahora hace unos 8 años atrás más o menos, 7 tal vez, y después no hice porque exigían, cuando estaba la sede en Salvador con Rancagua cerquita, exigían reuniones semanales, y ya por esa época se cambiaron al J.J. Aguirre sede norte, y ya tuve que dejarlo porque me quedaba muy lejos.

Y lo vengo a retomar ahora desde el año pasado, y veo que realmente como vienen preparados a hacer práctica ya de kinesiólogo es..., muchas veces me tengo que quedar callado y seguir aprendiendo de ellos, sin que se note mucho porque obviamente el docente, el guía soy yo, pero también entiendo que este es un lugar de práctica, donde ellos no vienen a aprender técnicas nuevas, sino ya aplicar lo que ya vieron en teoría, pero vienen con una preparación las nuevas generaciones, inmensa, un conocimiento de la competencia pero ya desconocido, para la competición, querer hacerlo bien por el orgullo de hacerlo pero también la eficiencia se vislumbra.

E: ¿Y eso ocurre en todas las áreas profesionales acá?

P1: Bueno lo que más veo es en el mía, pero en tecnología también, pero si me preguntas también lo veo, diría que sí. Lo que llegan de 5º año son los que tienen ya una decisión superior, si se aprecia, diría que a todo nivel, ya vienen comprendiendo ese concepto de ser eficiente.

E: ¿El tema de las frustraciones viene dado por trabajar con adultos mayores, que a veces se escapan de las manos, o por qué se producen las frustraciones?

P1: No es porque los rendimientos sean limitados en el adulto mayor, porque eso ya es conocido, lo sabemos, sino porque los recursos humanos normalmente son escasos comparados a las necesidades que se demandan. Ejemplo tengo que cumplir donde estoy actualmente, tengo que atender 20 pacientes en la jornada de la mañana, eso es una imposición, eso es una indicación "lo tomo o lo dejo" y dejarlo significa irme, no voy a encontrar trabajo en otro lado, obviamente lo tomo. Ahora sé positivamente que con esa cantidad de pacientes no alcanzo a brindarles toda la atención que el paciente necesita para arribar a un resultado más completo, más eficaz, más precoz. Eso lleva a

niveles de frustración que bueno, uno debe estar preparado para conocerlo y combatirlo, evidentemente. Y sabiendo claro que se cumplen los plazos en que tiene que irse de alta, a un porcentaje variable 60%, 70% de recuperación, y uno se queda con al sensación que pudo haberse ido con un 80% de recuperación. Eso se compensa en medida que hacemos mucho hincapié en educación a los pacientes que están en condiciones de entenderlo o algún acompañante para que sigan complementando en su domicilio.

La característica del paciente geriátrico es la recurrencia a estos servicios de rehabilitación, terminamos un tratamiento de uno o dos meses ahora y ya en 4 meses están consultando de nuevo por la misma afección. Porque son patologías crónicas muchas de ellas, y por definición las patologías crónicas no se curan; la artrosis, el desgaste de los cartílagos, la falta de fuerza por sedentarismo, sobrepeso, que ya no hay decisión de ir a caminar al mal. Los va condicionando a que vayan perdiendo funcionalidad y se manifiesta primeramente con dolor. Hay un círculo vicioso, si la persona que siente que le duele no se mueve.

E: ¿A partir de que año empieza a notar estas mayores exigencias?

P1: Lo sentí con el cambio de docencia de hace 10 años con alumnos de la Chile y con alumnos que tomé ahora en el año pasado. Y con respecto a las exigencias del establecimiento ha sido progresivo, si inicialmente el paciente estaba hospitalizado un año, 10 meses, no paso inmediatamente a tener que sacarlo en 25 días, se han ido acortando los plazos, y lo mismo progresivamente las exigencias de recibir más pacientes.

E: ¿Eso es cuando se constituye en instituto?

P1: No, eso ha sido insensiblemente a través del tiempo, ahora el hospital llego a ser instituto cuando puntuaba, por decirlo de algún modo, como para ser instituto. No es que de centro geriátrico le pusieron un nombre de instituto y había que prepararse para ser instituto, no.

Insensiblemente se iban aumentando, profesionalizando la actividad, y se iban llegando a niveles que acreditaban para pasar de a ser, entonces no hay una marcación fija, no es categórico. Y probablemente aun no tocamos techo en cuanto a exigencias.

2.3 ENTREVISTAS A FUNCIONARIOS

2.3.1 ENTREVISTA F1

La entrevista que se presenta a continuación fue realizada a una de las administrativas de la oficina de información, reclamos y sugerencias, ella ingresó a la institución en el año 1989. Con el fin de clarificar al lector el desarrollo de la entrevista se etiquetará con la letra E al entrevistador y con el código F1 a la administrativa.

F1: Llegué a trabajar al hospital en enero del 89, llegué al servicio social donde mismo estoy ahora, lo principal en lo que trabajo es la atención al público, más que nada a familiares de pacientes.

E: ¿En qué consiste eso?

F1: Antes entregaban toda la orientación de las cosas que debían traer, y cuales eran sus deberes y derechos como apoderados, y en algunos casos toda la orientación. Antes recibían directamente al paciente y al familiar, ahora se da específicamente al familiar orientación.

E: Lleva 20 años acá, ¿Cómo ha cambiado?

F1: Harto ha cambiado, algunas cosas para bien y otras cosas para mal.

E: ¿Y usted cuando llego qué era?

F1: Era hospital, el nombre de ese entonces era Centro Geriátrico pero con mucha cantidad de pacientes hospicianos (como unos 50) y habían como 120 camas y mucho menos personal. Había como 2 o 3 enfermeras y 4 médicos.

E: ¿Quién era el director en ese momento?

F1: La Doctora Silva, cuando yo llegué ya era la doctora, antes había sido el Doctor Ljubetic. Eran como 50 hospicianos y el resto eran pacientes que venían a rehabilitarse.

Se ocupaba todo el edificio, esto eran salas, sector de pacientes hospitalizados, donde esta contabilidad también era de pacientes hospitalizados, en el sector A los dos pisos (donde esta geriatría) todo era para pacientes hospitalizados.

En el sector A donde estaban la mayoría de los hospicianos, nosotros como servicio social éramos sus apoderados, les cobrábamos sus pensiones, comprábamos las cosas que necesitaban, hacíamos sus trámites, si fallecían alguno ellos hacíamos los tramites, íbamos al funeral, una religiosa nos acompañaba en los tramites.

La gente hasta hace poco tenía al mentalidad de que esto era hospicio porque habían mucho pacientes de ese tipo, esto nunca fue hospicio, pero esa fue la mentalidad que había por el tipo de pacientes, que estaba mucho tiempo, además la hospitalización era mucho más larga que ahora. Ahora son 20 días y antes eran de meses también, entonces la gente lo tomaba como hospicio, la gente venía a traer al paciente para que se quedara, para poder dejarlo.

E: ¿Eso aún existe?

F1: Poco, igual hay gente que ha preguntado si lo pueden dejar acá, quedan 3 pacientes hospicianos. Era difícil porque como le hacía entender a la gente que no podía quedarse acá, teniendo pacientes hospicianos, costaba hacer ver a la gente que tenía que llevárselo no dejarlo. Tratábamos de hacer las postulaciones a diferentes instituciones como el Hogar de Cristo y tratábamos de darles vacantes rápido, cuesta bastante si. Era como estar con dos mentalidades, los hospicianos y esta otra mentalidad.

E: ¿Cómo manejaban ustedes tener que trabajar con los hospicianos?, ¿Ellos murieron acá?

F1: Los hospicianos murieron acá, todos, y nosotros como servicio social hicimos los trámites.

E: ¿De qué tenían que ocuparse?

F1: Hasta el día de hoy nos ocupamos de los 3 que quedan, por ejemplo de su ropa y sus útiles personales, mantenérsela acá, igual con ayuda de una religiosa en ese tiempo y ahora.

Íbamos a cobrar sus pensiones y nos preocupábamos de su ropa, si fallecía uno hacer los tramites en el cementerio y en la funeraria, y como no tenían familiares acompañarlos en el cementerio, de repente iba la religiosa y yo, dos personas, súper triste y sobre todo en el Cementerio Católico que es más triste todavía. La mayoría eran enterrados en el Cementerio Católico, porque era más económico que el General, la mayoría esta ahí.

E: ¿Siempre ha habido presencia religiosa?

F1: Sí, desde que yo llegue, en ese tiempo y ahora está otra religiosa porque la anterior falleció. La que está ahora es de las hermanas de la caridad, esta del año pasado. La otra falleció como el 2006, 2007, la hermana Paulina.

E: ¿De qué orden era ella?

F1: Las hermanas estaban más que nada encargadas de asistir a los pacientes hospicianos, comprarles cosas, también organizaban paseos, actividades recreativas, sacarlos a alguna parte. También se encargaban de la pascua de los adultos mayores.

E: ¿Como era la vida de los hospicianos?

F1: Eran muy poquititos los que se podían levantar, que igual iban a alguna terapia, rehabilitación. Poco, la mayoría estaban en sus camas, igual algunas terapeutas iban a las salas y hacían la actividad en la silla de rueda y ver televisión.

E: ¿Ustedes tenían contacto con ellos?

F1: De repente los pasábamos a ver por si necesitaban algo.

E: ¿Cuántos eran en el servicio social?

F1: Cuando llegué yo éramos 2 personas, la asistente social y yo. Existía un vínculo más allá de, claro uno se encariñaba con ellos, cuando ellos fallecían era realmente un familiar nuestro, si era tanto tiempo.

E: ¿Estas 50 personas que usted dice son personas que venían del hospicio antiguo?

F1: Claro, cuando el hospicio estaba en Portugal, cuando se deshizo ese hospicio tengo entendido que esos pacientes los mandaron a distintas partes y una parte la enviaron acá, otros al Sanatorio El Peral, al San José. En el fondo no hubo otro ingreso, no acá no, con eso nosotros hasta ahí y de ahí no recibieron más. Después se recibieron pacientes para rehabilitación, hospitalizados pero con tiempo (ejemplo 1 mes hospitalizados y se iban), era otra mentalidad.

E: ¿A usted que le ha significado estos 20 años?

F1: Tantas cosas, tantos sentimientos, de repente uno se acuerda de los pacientes, uno más que otro paciente, uno se encariñaban con alguno. Ahora es como más frío, no está ese vínculo con esos pacientes, como más programado, el paciente ingresa tiene que estar 10 15 días y chao.

E: ¿De qué se ocupan ustedes?

F1: Más que nada de informar, de la orientación, de ver como viven los adultos mayores en su domicilio, realizar seguimiento, si es necesario realizar visita a domicilio, verificar violencia intrafamiliar.

E: A veces no se lo pueden llevar a la casa, ¿Ahí es tarea del hospital derivarlos a algún lugar?

F1: Claro acá se hacen algunas gestiones al SENAMA, que es la única instancia donde nosotros podemos recurrir para informar que existe este caso, con muchos problemas. Ellos empiezan a ver alternativas donde se puede derivar.

El SENAMA no tiene hogar, en este minuto si, no se si un convenio, pero envían a CONAPRAM, donde están dando un poco más de facilidad, porque cuesta mucho poder conseguir un cupo en alguna institución.

Ahora la única institución que está es CONAPRAM y Fundación Las Rosas, porque el Hogar de Cristo tengo entendido que está cerrando sus hogares, quedándose solo con la parte domiciliaria para adultos mayores, para hogares no están teniendo postulaciones porque es mucho.

E: ¿Qué es la CONAPRAM?

F1: Es la Corporación Nacional de Protección a la Ancianidad, reciben la pensión de los pacientes y a veces que la familia aporta algo más. Pertenece a las señoras de la fuerza aérea. No es como una casa de reposo privada, pero por lo mismo cuesta ingresar, hay mucha demanda.

En el Hogar de Cristo la política es recibir a personas sin pensión y sin familiar o la pensión básica, no es para personas con pensión completa.

E: ¿Usted podría explicarnos este cambio que ha habido en el hospital?, de venir del hospicio con los hospicianos a pasar a esta otra modalidad del adulto mayor con enfermedades con rehabilitación.

F1: Esto ha tenido algo bueno y algo malo, lo bueno de esto es que el paciente en este tiempo se rehabilita, y vuelve con su familia, se reinserta a la sociedad. En cambio antes los hospicianos, algunos hospicianos que podrían haberse rehabilitado y vuelto a su casa pero no tenían familia, no podían reinsertarse y se quedaba acá.

Porque ahora un adulto mayor de 70 años estando físicamente bien, perfectamente puede estar en su casa y hacer una vida normal. No teniendo su familia un hospiciano tenía que quedarse acá obligado, en ese sentido es bueno encuentro yo, pero cuesta que la gente lo vea de esa forma, porque igual un adulto mayor para algunas familias les estorba.

E: ¿Que ha significado esto de convertirse en hospital?

F1: Harto trabajo en el sentido de concientizar a la familia, en la parte social. Concientizar que el adulto mayor ha entregado tantas cosas a la familia en primer

lugar y a todos, a la sociedad, por lo cual el adulto mayor tiene que tener un espacio en ese grupo familiar donde salió, algunos muchos han seguido trabajando después de jubilado después de 70 años.

E: ¿Cómo hacen esto de concientizar?

F1: Conversando, explicándole a la gente, haciéndole ver que el paciente debe volver a su medio, por todo lo que hizo, lo que ha entregado tanto a la familia como a la sociedad, conversarle nada más que eso. A la gente cuesta bastante, porque la gente viene con otro modo y a veces es muy demandante, yo no puedo recibirlo, yo no tengo los medios y casi vean ustedes como lo resuelven. Hasta ahora no nos ha pasado, pero si cuesta citar a la gente 2 o 3 veces a la semana para conversarle lo mismo.

E: ¿Cuál es la situación más típica que ustedes afrontan en eso?

F1: “No me lo puedo llevar”, eso es lo primero que uno escucha, “yo soy sola, tengo que trabajar, quién me lo cuida”. Claro porque qué se hace en eso casos, nosotros le podemos hacer la postulación a una institución, pero eso se demora, y ahí se lo llevan, ahí se las arreglan con alguna vecina.

E: ¿Eso sucede en más pacientes con trastorno físico o mental?

F1: Mental, porque son de más difícil manejo.

E: Hoy en día, ¿Qué cambios ustedes han visto en el instituto?

F1: Hartos cambios, se han creado hartos servicios, antes no existía ningún policlínico, antes había una comisión que evaluaba todas las postulaciones y evaluaba por decirlo de una forma documentos “informe físico, informe social”. Esta comisión era un médico, una enfermera, la asistente social, un terapeuta y un kinesiólogo, ellos veían los papeles, este paciente tiene posibilidades que ingrese, que ingrese al servicio social a hacer los trámites y el paciente ingresaba. Ahora no, existe el policlínico, donde se cita al paciente y el medico ve realmente que condiciones tiene y si el hospital le puede ofrecer algo, algún tipo de rehabilitación o manejo para poderlo hospitalizar. Ese ha sido un gran cambio que ha habido de ese tiempo a esta ahora, eso ha sido bueno.

A veces llegaban pacientes en condiciones que realmente no se podía hacer nada, ingresaban pacientes en muy malas condiciones. Ahora no, ingresan pacientes que el hospital le puede ofrecer algo real. Lo que si encuentro yo que las hospitalizaciones son muy cortas, porque la rehabilitación nadie se va a curar de repente son 2 meses o un poquito más, aquí son 20 días, 25 y de alta y eso es por cumplir los días. Al hospital lo miden de la misma forma que a los otros hospitales, no existe un criterio distinto.

E: Según lo que usted dice, parece que es tan importante el control del ingreso, es decir, poder decidir que venga gente que tenga esta característica de adulto mayor con enfermedades propias de este y ahí encontrarse con la gente que cualquiera que ya es viejo que venga para acá, y después viene el asunto de las salidas, se cumplió el plazo y que está más restringido el tiempo de permanencia y entre medio las actividades que se realizan. Usted me dice que esto de ingreso y salida Ha sido muy importante.

F1: Claro, claro.

E: ¿Y usted está más en la parte de ingreso más que de egreso?

F1: Yo estoy más en la parte de ingreso, porque yo ahora específicamente estoy en la oficina de la OIRS, la jefa de la unidad de servicio social OIRS es la asistente social igual que la señora Patricia, pero más que nada de ingreso.

E: Son poquitos ustedes

F1: Desde el año pasado son 3 asistente social y este año ingreso otra con 22 horas al hospital de día, porque se veían solo pacientes hospitalizados, hospital de día no daba abasto las 2 asistentes social que habían.

E: ¿Hoy día hay 4?

F1: Ahora hay 3 asistentes sociales y yo como técnico social.

E: ¿Sobre la OIRS, es la oficina de información, de reclamos y... que no solo tiene que ver con el ingreso a pacientes, también se reciben reclamos de familiares?

F1: De los familiares, claro, pero no de funcionarios

E: ¿Y que llega ahí?

F1: Reclamos, felicitaciones y sugerencia, más que nada llegan reclamos por tiempo de espera.

E: ¿Cómo se vive el maltrato?

F1: Es bien difícil eso, porque la verdad de las cosas que los familiares que llegan allá llegan bastante alterados, ofuscados, uno de alguna forma trata de bajarle el perfil, tratando de ponerse en las dos posiciones, pero uno no puede preguntarle al otro a la otra posición lo que realmente pasó. Porque los familiares, los pacientes vienen están sensibles, que con lo mínimo que le digan pueden sentir que es un maltrato y uno también como funcionario tiene que tener el tino para entender en que condiciones vienen y no decir una mala palabra que la tomen de otra forma. Es bien complicado esa parte de sobrellevarla.

E: ¿Qué se dice cuando hay maltrato?, ¿En qué circunstancias?, ¿Qué características tiene?, porque el maltrato puede ser recíproco, ¿Cuál es su experiencia?

F1: En general no he tenido casos extremos, más que nada de palabra, pero así como me pego no me ha tocado verlo, por suerte.

E: ¿Y las personas involucradas tienen derecho a apelación a aclaración o es solo la voz del paciente? ¿Cómo es el flujo de reclamos?

F1: Nosotros lo recibimos y se le manda al jefe directo, al centro de responsabilidad, a la directora y al subdirector. El jefe directo es él que empieza a investigar, conversa con el funcionario y después nos manda a nosotros la respuesta, que fue realmente lo que pasó y si hubo algo mal ahí se realiza capacitación a los funcionarios, más que nada con la capacitación consigue mejorar esto, también va en la persona como se lleva eso.

E: ¿Qué ocurre en su experiencia de quedarse acá?, ¿Por qué se quedan los trabajadores?

F1: Igual es un trabajo seguro, uno sabe que a fin de mes uno va a tener su plata y los beneficios igual yo encuentro que sí y uno se encariña. El cariño que uno tiene es muy difícil encontrarlo en el área privada y yo creo que a los otros funcionarios les pasa lo mismo.

E: ¿Usted cómo llega a trabajar acá?

F1: Yo hice mi práctica con la asistente social que trabajo acá, ella hace como 6 años que se fue, entonces ella me conoció en el consultorio donde yo hice mi práctica y acá tenían una auxiliar que era la secretaria de la asistente social y ella necesitaba una persona con más conocimientos técnicos más en la parte social y yo fui la última persona que hizo práctica con ella y seguramente hice bien mi trabajo y me llamó a mí, y así llegue acá.

E: ¿Qué ha escuchado del hospicio?, ¿Cómo era?

F1: En general de gente más antigua decían que era bueno pero triste, porque ahí llegaba gente joven, chiquititos con algún problema físico y/o mental lo dejaban ahí y se iban, ahora los pacientes que están acá por el paso del tiempo son adultos mayores.

E: Nosotros hemos sabido de historias que hay acá, de gente que pena, espíritus, una serie de cosas así

F1: A mí en una ocasión me paso, antes trabajábamos físicamente en las salas donde está el policlínico en la sala de espera ahí en uno de los box, al lado estaba terapia ocupacional, donde está el hospital de día, eso era terapia, ahí había una máquina de coser, y se escucha la máquina de coser y fui a preguntar y los terapeutas me dijeron que no había nadie cosiendo en la máquina. A veces papeles que había se perdían, la otra asistente le decía que era Fernando un paciente que ya había fallecido, buscaban los papeles, pero al otro día aparecían encima de los escritorios, Fernando era aun paciente con mentalidad de niño y era muy juguetón. La asistente que había también decía que yo la penaba en vida.

E: ¿Y cómo se entiende eso?

F1: Tienen que haber espíritus que vengan, que hagan esas cosas yo creo.

E: ¿Qué piensa la gente, de dónde vienen?

F1: Son pacientes que han estado mucho tiempo acá y que vuelven a ver como esta su hospital, eso dice la gente.

E: ¿De estos 50 pacientes, recuerda alguna historia en particular?

F1: No, la verdad que no, porque casi todos tenían problemas mentales, me encariñe hartito con uno que le decían Toto, él me movía su carita.

E: Los cambios han provocado cosas buenas y cosas malas, ¿A qué se refiere?

F1: Lo malo es que las hospitalizaciones son muy cortas, la rehabilitación debería ser más larga. Lo bueno, es que la rehabilitación es bien intensa, tenemos harta maquinaria, hay más personas que antes y realmente la rehabilitación es más efectiva.

E: ¿Que es lo que ha sido estar acá, ha sido su único lugar de trabajo?

F1: Si ha sido mi único lugar de trabajo, yo feliz, me encanta haber tenido un puro lugar de trabajo, me encanta la atención de público sobre todo con adultos mayores, con los adultos mayores uno aprende más cosas.

2.3.2 ENTREVISTA F2

La entrevista que se presenta a continuación fue realizada a una de las técnicas paramédicas, quién ingresó al instituto en el año 1971. Es una de las funcionarias más antiguas de la institución e incluso alcanzó a conocer en su infancia las instalaciones originales del Hospicio de Santiago. Con el fin de clarificar al lector el desarrollo de la entrevista se etiquetará con la letra E al entrevistador y con el código F2 a la técnica paramédica.

F2: Conocí el hospicio cuando era muy pequeña porque mi tío trabajaba allá y vivía en el Hospicio de Santiago. Yo soy de Valparaíso, cuando mi papá venía a hacer trámites a Santiago me dejaba un tiempo acá como veraneando, ahí conocí el hospicio y la ciudad detenidamente.

E: ¿Usted alojaba en el hospicio?

F2: Claro porque mi tío vivía ahí dentro del hospicio, él vivía ahí, tenía su matrimonio formado, entonces yo me quedaba ahí, tengo grandes recuerdos, que salíamos, íbamos a conocer, iba a lavandería, a la panadería, iba a la fábrica de juguetes.

El hospicio estaba en toda la manzana de la Posta Central, toda la manzana era hospicio. En Marcoleta, Lira, Portugal y Curicó.

Antiguamente la gente de buena situación económica escondía a los niños con dificultades, tal vez se avergonzaban de ellos porque los iban a abandonar y después nunca más los iban a ver, en los hospicios había guaguas, adolescentes y ancianos.

E: ¿Qué tipo de enfermos había?

F2: Con demencia, había guaguas que tenían 3 o 4 años y representaban 9 meses, hermosas, uno se encariñaba con esos bebés también había adolescentes deficientes mentales.

E: ¿El hospicio era para todos?

F2: Si, eran pacientes abandonados o con demencia senil, arterioesclerosis, me acuerdo yo que los agresivos tenían que ponerlos en un encierro especial donde no tenían contacto con nadie, me acuerdo que Bata les regalaba los zapatos y ellos los rompían, la ropa que andaban trayendo estaba toda rota.

E: ¿Qué edad tenía cuando iba al hospicio?

F2: 11 o 12 años.

E: ¿En qué trabajaba allá su tío?

F2: En bodega, después paso a administración.

E: ¿Cuántos pacientes eran?

F2: Había sectores de guaguas, adolescentes, adultos, incluso hubo matrimonios y mis tíos fueron los padrinos, eran muchos, muchos porque era por sectores, habían grandes galerías. Había que atravesar.

E: ¿Había que cruzar una calle?

F2: Claro una calle interna, donde se separaban las guaguas y los adultos.

E: ¿Cuántos funcionarios había?

F2: 10 funcionarios por sala y quizás más.

E: ¿Todos los funcionarios vivían ahí?

F2: No, habían dos familias que vivían ahí los demás todos se iban a sus hogares.

E: ¿Usted llega acá en que año?

F2: En el 71

E: ¿El hospicio ya había terminado?

F2: Claro, porque mi mamá trabajó en el hospicio también y desde ahí trasladaron niños a Putaendo, otros a Quilicura, donde ahora hay un salón de eventos, en una quinta de Quilicura que está a la entrada, ahí estaban las guaguas y los adolescentes, otros se fueron a Open Door y otros que vinieron para acá.

E: ¿Y cuántos llegaron acá?

F2: 150, porque todo esto eran salas, eran muchos pacientes.

E: ¿En ese tiempo cuándo se llega todavía estaba el Hospital de San Luis?

F2: En el primer piso donde está kinesiterapia eso era el hospital y acá (segundo piso) estábamos divididos, la capilla era sala, teníamos todo así la orilla, todo lo que era oficina, lo que usted ve a la orilla, todo era salas, lo que es mantención también eran salas de pacientes, todo eran salas más los pasillos que cerraban las dos puntas, abajo todo era salas, los segundos pisos y en ese entonces nosotros hacíamos todo, aquí llegamos como empleadas de servicio y nos traían el alimento, lo subíamos y lo servíamos.

E: ¿De dónde lo traían?

F2: De alimentación, de lo que es el casino hoy día, era interno, nosotros lo subíamos, las bandejas, servíamos los desayunos, lavábamos las tazas, envirutillábamos, encerábamos, limpiábamos los vidrios, servíamos almuerzo, lavábamos los platos, fregábamos ollas, para bañar teníamos que ir a lo que hoy es la cocina con unos inmensos tambores y ahí nos convidaban agua caliente con unos jarros que llevábamos de allá para acá, llegábamos acá lo subíamos a los segundos pisos porque no teníamos calefón y las tinas eran de esas antiguas que eran hondas, ahí teníamos que ir bañando pacientes, tomándolos en brazos, fue muy sacrificado para nosotros, hoy día, la juventud está mucho más aliviada y ahí después de almuerzo los que no se levantaban los mudábamos, sacudíamos y volvíamos a limpiar, íbamos a comprar

bencina, arreglábamos la cera, manteníamos hermoso, no es como el aseo de hoy día, corríamos todas las camas, de punta a punta envirutillabamos.

E: ¿Por qué bencina?

F2: Para arreglar la cera para que nos quedaran los pisos bonitos. Teníamos una estufa de acero al medio de la sala y esas eran a parafina, pedíamos ropa para los pacientes abandonados, la ropa a veces no nos llegaba, nosotros los vestíamos, pero era bonito.

Había mucha gente trabajando, trabajábamos 12 por lado, le puedo decir de la escala para allá 12 y de la escala para acá 12. Todos unidos, teníamos su tiempo libre de jugar dentro del mismo servicio, participar con los pacientes, hacer algunas actividades, esto era muy bonito, muy lindo.

E: ¿Había turnos?

F2: Claro

E: ¿Iban rotando?

F2: Claro, entrábamos a las 7:30 am y salíamos a las 7:30 pm y llegaba el turno de la noche, porque en ese tiempo trabajábamos una semana de noche, salíamos el día sábado en la mañana y nos anotábamos para trabajar el domingo, no descansábamos, así que fue una vida bonita porque éramos unidos en ese entonces, no como hoy día.

E: ¿Cuánto personal trabajaba?

F2: Unas 80-100 personas, teníamos 1 médico, el Doctor Vodanovic, él era él que evaluaba a todos los pacientes, había 1 paramédico y allá donde estaba geriatría había una salita pequeña y ese paramédico repartía los medicamentos a todos los pacientes, porque no era como hoy día, lo que más se usaba era el aldol para pacientes agresivos y la vitamina C también para ellos.

E: ¿Y enfermeras?

F2: Había una.

E: ¿Quiénes eran directores?

F2: Eran varios directores, no me acuerdo bien del apellido de la doctora, creo que al Dra. Josefina Latorre fue una del hospicio. También me acuerdo de la Dra. Igli Escobar.

E: ¿El año 71 cuando usted llega que edad tenía?

F2: 18 años

E: ¿Salió del colegio y se vino?

F2: No, porque nosotros nos vinimos de Valparaíso, llegué hasta 2º medio, mi mamá entró a trabajar y yo por ayudar ingresé a acá, pero como ya había visto la trayectoria en Quilicura, acá en Portugal, me gustó. Entré a los 18 años haciendo un reemplazo, llegué en septiembre y el 1 de octubre del mismo año me contrataron.

Había candidaturas a reina y participábamos junto a los pacientes, hacíamos paños, vestíamos a los pacientes, envirutillábamos, esto era como ser asesora del hogar, pero con cariño, porque siempre hay un viejo con el que uno se encariña, o uno especial, siempre me acuerdo de una paciente que teníamos que decía que otra paciente le había sacado cosas del velador, era por quitarle cosas a la otra, le dejábamos un chaleco encima, nos desarmaba todo el chaleco, todo, todo, todo, después lo íbamos a ver y eran puros pedacitos de lana.

E: ¿Y estaban divididos en hombres y mujeres los pacientes?

F2: Hombres era allá donde está geriatría, todo este lado (fisiatría) era mujeres, más lo que le digo la capilla que era mujeres, todo lo que era oficinas era mujeres, había muchas más mujeres que hombres.

El 73 estábamos saliente noche, encontramos el ambiente extraño, tuvimos que cruzar a la Santa María, nos encontramos con que estaban bombardeando la Moneda, mi hermana estaba en el Liceo 5 en Portugal, gracias a Dios que llegó, después nos llamaron para reingresar, pero no pudimos. La verdad es que en ese tiempo nunca nos

falto nada, siempre su alimento, siempre sus sábanas, nos vinieron a allanar, nunca encontraron nada.

E: ¿Por qué?

F2: Porque supuestamente podían encontrar algo, armas, podían encontrar tantas cosas, como hay túneles, subterráneos, revisaron casilleros, encontraron azúcar, detergente, cigarros, en la capilla pusieron ellos las armas que encontraron aquí, después estuvimos encerrados harto tiempo, no podíamos salir, no podíamos pasar hacia el otro lado.

En ese tiempo llegó una enfermera de Israel y vivió donde estaba la unidad de dolor, esta señorita había estado internada como paciente en el Open Door, parece que no la habían evaluado bien, a las 3 o 4 am hacía que se hicieran aseo de las unidades, maltrataba a todo el mundo y ahí empezamos a sospechar, la veíamos que traía gente y la paseaba por estos terrenos, ofrecía vender los terrenos, después decía que los militares la estaban acusando, que no la dejaban trabajar, que estaban en la ventana, ahí empezó a volverse loca, traía trago, se emborrachaba, al final tuvimos que sacarla con camisa de fuerza.

E: ¿Había sido traída para que trabajara acá?

F2: Claro, llegaba tarde, a los porteros les mostraba las piernas, después decía que los chiquillos eran los que la acosaban, no era así, era ella porque estaba trastornándose.

E: ¿Fueron las autoridades de la época las que la trajeron?

F2: Si

E: Bueno acá deben haber ocurrido muchas cosas extrañas, esto de los viejos que los dejaban fuera de la familia, fuera de la sociedad, ¿entonces como era esto?

F2: Era muy extraño, los familiares se avergonzaban de los papas, a mi me tocó un caso de un compañero de mi hermano, mi hermano trabajaba en ese tiempo en ANASAC, un día lo veo aquí y le digo tu que andas haciendo, me dijo visitando a una tía, pero le dije como te pareces a ella, por una paciente, algo más tu tienes le dije, después le dije ¿quién es la señora a la que tu vienes a ver?, me dijo es mi mama,

entonces le dije ¿por qué te avergüenzas de tu mamá?, quería que saliera de ti, que tu me dijeras. Bigote Arrochet también a su papa aquí, lo sepultarlo con la ayuda de la comunidad, no tenían como vestirlo, ni como sepultarlo, tuvimos a la mamá de uno de los Cuatro Cuartos, Gervasio venía todos los fines de semana porque aquí estaba la abuelita de la señora, Sergio Feito hasta hace poco venía a hacer actividades en el mes de octubre.

E: ¿La vergüenza era una cosa importante?

F2: Si, de esa época, ellos escondían estas cosas, escondían a sus familiares, escondían a sus seres queridos, les daba vergüenza que ellos tuvieran problemas, y es por eso que con la juventud trabajamos, queremos que ellos se acerquen, si vienen de algún colegio les decimos que nos los abandonen, que no tengan miedo de los abuelos, que les den una palabra, ellos quieren escucharlos, que escuchen sus consejos como nosotros también si tenemos algún tiempo nos sentamos a conversar con ellos porque ellos quieren ser escuchados, eso es lo que quieren ellos.

Había una abuelita que se sentía sola en su casa, ignorada, una viejita chiquitita muy linda, se parecía tanto a mi mamá, le dimos cariño, le dimos besos, la regalamos, después en la tarde yo la veo que estaba escribiendo y yo le pregunto que está escribiendo, puso la fecha y escribió hoy soy feliz, hay gente que me quiere, que me abraza, que anda conmigo, me siento un personaje de la televisión, este es un regalo de mis últimos días que Dios me mandó, hoy soy feliz. A nosotros se nos llenaron los ojos de lágrimas, porque son cosas tan lindas que uno no cree que puedan suceder porque recibimos muchas ingratitudes.

E: ¿Qué ingratitudes?

F2: Que no están conformes, aunque uno quiera atender de la mejor manera, los genios, los familiares, porque los viejitos no son así, pero son los familiares los que son ingratos, también hay viejitos que están mal de la cabeza, que todo les molesta, responden mal, nadie los quiere, de los familiares hay mucha ingratitud.

E: ¿Antes los familiares estaban más ausentes?

F2: Claro, eran muy pocos los que venían, antes venían, pero eran muy poquitos, éramos nosotros la familia de ellos, nosotros nos preocupábamos por ellos.

E: Este trabajo es tan duro, de tanto esfuerzo, dedicación, ¿Cómo se manejan ustedes con el maltrato?

F2: Lo conversamos con la enfermera y con el médico tratante, nos pasa esto o eso, o lo escribimos en una hojita de historia clínica que nosotros manejamos todo el día, las 24 hrs del día, les decimos convérselo con la enfermera, si tiene alguna molestia hágaselo saber a ella, también a veces han estado ellos presentes cuando han sucedido estas cosas.

E: ¿Qué hacen los trabajadores, cómo se sienten?

F2: Mal, ahí es cuando nos cansamos, tanto física como síquicamente, hay momentos en los que hay que pedir alguna licencia, salir un poco porque es lo físico y lo síquico y por Dios que cansa.

E: ¿Qué es lo que lleva a tener que pedir licencia?

F2: El estrés laboral, hay tiempos muy estresantes y otros muy tranquilos.

E: ¿Qué es lo que produce tanto estrés?

F2: A veces nos han dejado trabajando solos con la responsabilidad de muchos pacientes y esta calidad de pacientes son niños ancianos y eso lo digo porque me dejaron sola con todo el sector de abajo.

E: ¿Hace poco?

F2: 3-4 años atrás, recibiendo pacientes al amanecer, controlando, administrando medicamentos, mudando, sola, con treinta y tantos pacientes, yo iba llorando cuando ya no daba más a decirle al jefe y el jefe no me escuchaba, un día se burló y me dijo ojala que no se te caiga ningún paciente y doy gracias a Dios que nunca me ha sucedido. En ese tiempo había un paciente de la Doctora Silva que tenía problemas de depresión y él me ayudo con la doctora, a las 2 am yo terminaba de administrar medicamentos y controlar y después seguía mudando, me sentaba una hora, después

a las 4, 4:30 para continuar lo de la mañana, Don Luis le decía usted es mi único apoyo, el llegaba a mi lado y me decía te estoy vigilando porque ya veo que algo te va a pasar.

E: ¿Él era paciente?

F2: Era paciente de la Dra. Silva, pero se paseaba toda la noche, y no me pasaba tan solo a mi esto de enfrentar la situación sola, sino que a todos en general, la calidad de pacientes que tenemos produce mucho cansancio, mucho estrés laboral.

E: ¿Los pacientes son más demandantes?

F2: Es que ellos dependen de nosotros, ellos son niños adultos, si yo no los mudo, ellos no se van a mudar, no pueden, ellos dependen de nosotros, de todos nosotros, algunos que si yo no los alimento no se van a alimentar, porque ellos no tienen capacidad, otros están con depresión y no quieren, entonces ahí esta el trabajo, ayudarlos, hoy es una cucharada, mañana son dos y así ir ayudando.

E: ¿Cuándo se viene el hospicio para acá, se vinieron como 70 pacientes?

F2: Eran muchos más porqué allá en geriatría era 1º y 2º piso, acá era 1º y 2º piso, y allá era 2º piso.

E: ¿Cuántas personas trabajaban?

F2: Trabajábamos a veces 12 por lado.

E: ¿En total eran?

F2: 24, estaban los que hacían turno de noche y los que estábamos de día, habían turnos de semanas.

E: ¿Un médico?

F2: Si

E: ¿Qué trabajo se hacía en el hospital?

F2: Era un hospicio, venir a morir, una mantención no más porque en esa época se controlaban los casos puntuales, no era el control de hoy de todos los días, los medicamentos, la información, era venir a morir.

E: Si usted compara ¿Cómo era antes respecto a hoy?

F2: La infraestructura ha avanzado mucho, pero las relaciones humanas no, eran más lindas antes.

E: ¿Qué es lo que había antes que ahora no hay?

F2: Éramos unidos, nos encontrábamos los sábados, domingo, cocinábamos, hacíamos un almuerzo especial y todos juntos compartiendo lo que hoy en día no se puede hacer.

E: ¿Eran hombres y mujeres los que trabajaban?

F2: Mayoría mujeres, los pacientes el año nuevo nos decían queremos una cena, yo con una compañera traíamos cosas preparadas, le pedíamos cosas al médico y hacíamos una cena familiar, nos abrazábamos todos, cenábamos.

E: ¿Eso era de los funcionarios?

F2: Con los pacientes, ellos nos pedían y nosotros lo hacíamos, pasábamos un bonito año nuevo, después de las 12 cenábamos, servíamos el postre y después los llevábamos a pasear, con autorización del médico que había.

E: ¿Y esas son las cosas que usted dice que hoy día no se pueden hacer?

F2: Hoy no hay unión si nos ven más separados mejor todavía.

E: ¿Usted focaliza en alguien está nueva forma de ser de la organización?

F2: La Dra. Silva llegó en el tiempo del hospicio y después que la doctora pasó a directora esto se convirtió en un centro geriátrico. No se podían abandonar esos pacientes solos, a medida que iban falleciendo, los que ingresaban tenían que trabajar con las familias y con el paciente, y así de a poco fue cambiando.

E: ¿Por qué esos pacientes que llegaron van muriendo acá?

F2: Claro, hoy nos quedan 4 de ese entonces, 4 pacientes hospicianos, la Fresia, Luis Olguín, Héctor Araya y a él, incluso le conocíamos a la mamá, ella venía todas las semanas a dejarle ropita, a dejarle comida, ella falleció y el se quedó acá.

E: ¿Quién es el cuarto?

F2: Es uno que murió este año, Francisco fue el que falleció este año.

E: Esa gente que llegó acá fue muriendo, ¿nunca se fue?

F2: No, nunca se fue

E: Cuando esto se constituye en centro geriátrico e instituto, cambian los ingresos ¿es gente a la que tienen que venir los familiares a verlos?

F2: Tienen que trabajar con ellos, nosotros enseñarles el manejo con el familiar, lo que la doctora siempre quiso es que no fueran pacientes abandonados. Entonces empezó a exigir que no los abandonarán que dieran sus direcciones dónde poder ubicarlos, eso es lo que fue haciendo la doctora poco a poco, iba cambiando poquito a poco.

E: ¿Cuándo se vino el hospicio para acá?

F2: El 88, ya estaba constituido, el centro en los 80, empezó a terminar allá en Portugal, en realidad, es como en los 60, ahí era hospicio todavía ahí nos empezaron a capacitar a nosotros.

E: ¿Cuál es su cargo?

F2: Paramédico

E: ¿Qué es lo que es un paramédico?

F2: Trabajamos con el médico, nosotros somos los que administramos medicamentos, hacemos los controles como estamos las 24 hrs del día y si hay alguna molestia o algo alterado del paciente lo comunicamos a la enfermera, también ponemos sonda, vías, hacíamos curaciones porque estábamos preparadas para eso, las sondas nasogástricas, las sondas vesicales y curaciones, controles.

E: ¿Eso es lo que hace hoy día?

F2: Ahora no nos dejan, ahora hace la enfermera eso, pero lo hacíamos.

E: ¿Cuándo?

F2: Hace 2 o 3 años atrás, pero estamos preparadas, si la enfermera delega funciones en mi estamos preparadas.

E: ¿Usted se formó en eso?

F2: Nos mandaron a todos a estudiar, en el 81 me recibí como paramédico, eso lo formaba la institución.

E: ¿Hoy cuántos paramédicos hay?

F2: 12 aquí y la unidad de curaciones 13, habremos unos 30, yo pertenezco a fisioterapia, pero si me tienen que destinar a otro lado yo voy las funciones son iguales, es un solo establecimiento.

E: ¿Y usted siempre ha estado en fisioterapia?

F2: En los últimos años, como 10 años, antes estaba de acá para allá.

E: ¿Cómo es tener que trabajar con gente maltratadora, cómo eso puede resultar en agotamiento?

F2: Claro, hay que entenderlo, son pacientes con problemas siquiátricos, demencia senil, pacientes con alzhéimer, que tengo que demostrarme que soy más fuerte, yo nunca puedo demostrar que yo soy más chica que ellos, entonces les tengo que decir que usted no me puede pegar, no me puede maltratar, tengo que tomarle las manos firmes porque se han recibido combos, se ha agredido a funcionarios, a profesionales.

E: ¿Cómo es estar en turno toda la noche?

F2: Es terrible.

E: ¿Se contagian entre ellos?

F2: Algunos casos, en otros casos, los pacientes que están bien de la cabeza los ayudan a orientarse o los retan, nos ayudan en el manejo, es el familiar el que más nos maltrata.

E: ¿Tenían que bañarlos?

F2: Claro, pero hoy tenemos la gran comodidad para bañarlos.

E: ¿Cómo era esto de ir a buscar el agua?

F2: Claro, con el riesgo de quemarnos, subir los tanques de oxígeno al segundo piso, bajar a los fallecidos.

E: ¿Era un trabajo duro?

F2: Durísimo, en ese tiempo se ponían pañales de tela, sabanilla, había pañales que los lavaba una compañera porque ella quería, siempre pedíamos un montacarga, les servía a todos.

E: ¿Esto que los pacientes estuvieran en el segundo piso, era peligroso?

F2: Claro, tenemos un montacarga hace 3, 4 años, era súper peligroso, para el terremoto, la única que vino fue la Dra. Silva, las cosas se nos caían encima, no teníamos luz, abrimos la sala de kinesiterapia para evacuar a los pacientes, si hubiese un incendio, ¿como los bajábamos?

E: ¿En la vida cotidiana había que bajar al paciente cuando se moría y para hacerle exámenes?

F2: Nosotros lo que hacíamos era traspasarlo a la silla de ruedas y bajábamos con ellos peldaño por peldaño, hasta llegar abajo a los primeros pisos, al subirlo con paciente, con silla, piso por piso, no sé como nosotros estamos caminando todavía, las mujeres y hombres todo lo hacían, hacíamos una fuerza, los cadáveres a pulso que nos costaba montones, montones, los oxígenos llenos nos hacían subirlos a los segundos pisos, no teníamos un carro, a veces teníamos una urgencia y las camas teníamos que sacarlas a los pasillos porque llegábamos hasta ahí con el oxígeno.

E: ¿Qué pasa con la tristeza de estos, ahí con todo eso?

F2: Con el tiempo a uno el corazón se le va poniendo más duro, porque sufríamos con ellos, con la tristeza de escuchar de sus vidas, de cómo eran abandonados, nos contaban porque estaban ahí, porque nadie los venía a ver.

E: ¿Qué es lo que hacen en ese momento?

F2: No llorar, demostrar que uno es más fuerte.

E: ¿Esto que usted decía no me van a vencer yo soy la que manda?

F2: Claro porque de alguna manera sin agredir, pero con la mirada y con la fuerza había que parar la situación.

E: ¿Con coraje?

F2: Una vez nos tuvieron en la punta de la capilla, una paciente que estaba con un palo esperándonos para pegarnos porque ella sentía llorar a su hija en la calle y porque nosotros no la íbamos a buscar, entonces nos empezó a tirar palos, nos subimos arriba y ahí pidiendo auxilio porque no podíamos salir y decía que le trajéramos a su hija, era triste.

Cuando fallecía alguien veíamos en la capilla el ataúd y los vestíamos, los bajábamos, nadie los acompañaba, teníamos pacientes, la Dina que tenía familiares, la Juanita Huanco que era una viejita que tenía todas sus manos deformadas y ella tejía hermoso, pero bien de su cabeza, cuando la Dina se enfermó todos estuvimos en la posta con ella, nos turnábamos íbamos, la acompañamos en su funeral, a la Juanita Huanco también la acompañamos en su funeral.

E: Usted dice que antes había más unidad, ¿Ha sido difícil esto que hayan más profesionales?

F2: A veces lo encontramos difícil porque en ese tiempo había una enfermera y trabajábamos a conciencia, a morir, todos trabajábamos por una causa en común nunca estaban abandonados y trabajábamos muy tranquilos, aquí enfermeras no deberían de haber tantas porque ellas son más de escritorio deberías haber pero no en el exceso que hay hoy día, nosotros éramos supervisadas igual, en ese tiempo las encargadas de ropería era nuestras jefas, ellas nos enseñaban, ellas nos estaban evaluando, hoy con la técnica hay más enfermería, lo que antes no había. Después uno se encontraba con sorpresas de las enfermeras, personas con presiones altas que nunca se habían controlado, claro que no se controlaban como hoy en día que tenemos un horario en la mañana, en la noche o al mediodía, eso no se hacía si alguna paciente estaba con vómito, a esa no más controlaban, a esa no más le tomaban la presión, pero hoy en día es a todos. En ese tiempo, cuando era centro geriátrico trabajábamos con unos doctores cubanos, el Doctor Valdés y el Doctor González, ellos eran muy lindos, había mucha comunicación, se hacía una reunión el día martes con las pacientes mujeres y ellos nos tomaban la opinión a nosotros junto con la enfermera que estaban, nos decían que te parece, ustedes son las que están las 24 hrs del día, ustedes conocen más al paciente, que presentó, necesito que ustedes me lo comuniquen, y ahí les íbamos contando. Y después nos reuníamos en un desayuno, era como ser amigos.

Eso es lo que echamos de menos hoy en día, porque esa unión, porque aquí los médicos a veces pasan al lado tuyo y ni siquiera te saludan, nos ignoran por completo, no nos toman en cuenta, le decimos doctor o doctora está presentando esto o lo otro, hay otros doctores que no, uno los toma del brazo, les dice véame este paciente y ahí

están, uno está trabajando junto a ellos y se siente apoyada, eso es lo que queremos, un equipo.

E: Si usted hiciera una evaluación de su trabajo acá ¿Qué nos puede decir?

F2: Bueno, por un lado ha sido bonito ahora tenemos nuevos elementos para todo, para bañarlos, sin sacrificar a los pacientes, hoy día hay muchas cosas bonitas, es trabajar con el familiar y con el paciente, ahora el paciente el día que se va nos dice yo estoy agradecido de todos ustedes, entonces le decimos vaya a la OIRS y póngame una felicitaciones para todos en general, porque es un equipo, somos todos iguales, todos estamos en el mismo círculo, eso es el mejor agradecimiento para mi, lo que si hace falta más gente, a los estudiantes yo me he dado cuenta no les gusta trabajar con el viejo, no les gusta trabajar en turnos, ellos buscan consultorios, es muy poca la juventud que les gusta estar con ellos, y eso es lo que hay que incentivar en los colegios, que asistan a hogares de ancianos, que vean la realidad, que apadrinen a un abuelo, yo en los colegios en las reuniones siempre pido eso, si no es para abuelos no importa, pero que sea para niños abandonados.

Ha habido muchos cambios bonitos, yo les digo a los chiquillos ustedes llegaron en la gloria, nosotros estamos viejos, ya estamos cansados, estamos agotados, yo aprendo de los chiquillos también, son nuevos conocimientos, muchas cosas se me han olvidado y les digo tu aprendes de mi experiencia. Ahora íbamos a implantar un tema sobre la administración de la insulina y empezamos a buscar y cuando lo íbamos a presentar la jefa se fue.

E: ¿En este tiempo ha habido posibilidades de aprender?

F2: Si, muchas cosas que antes no se hacían, hay muchos cursos muy interesantes.

2.3.3 ENTREVISTA F3

La entrevista que se presenta a continuación fue realizada a uno de los técnicos paramédicos. El ingresó a la institución en el año 1966 y es uno de los pocos funcionarios que están actualmente que estuvo en el traslado del hospicio a las dependencias que hoy ocupa en José Manuel Infante. Con el fin de clarificar al lector el desarrollo de la entrevista se etiquetará con la letra E al entrevistador y con el código F3 al técnico paramédico.

F3: No hay problema, pero la verdad es que hay muchas cosas que a lo mejor no se puede, que no hay motivo para mencionarlas acá. Pero si yo le puedo cooperar no hay problema.

E: ¿Usted cuándo ingresó acá?

F3: Al hospicio en noviembre de 1966.

E: ¿Y eso era Portugal, Curicó, Lira, Marcoleta?

F3: Claro, eso era, no estaba Diagonal Paraguay, Diagonal Paraguay fue echo como en los 60, no estaba hecha, no estaba transitable, estaban trabajando en esa calle. De ahí dividieron el hospicio en sección mujeres y en sección hombres.

E: ¿Antes estaban juntos?

F3: Esto estaba junto, pero división mujeres para un lado y hombre para otro lado.

E: ¿Y usted me dijo el 66?

F3: Yo entré el 66, pero no se cuando empezaron las obras de Diagonal Paraguay.

E: ¿Cómo era el hospicio en ese tiempo?

F3: Muy bueno, si usted me dice compare el hospicio con el hospital de hoy día, con esto, esta cosa. No hay comparación.

E: ¿Por qué?

F3: Porque allá había más de 1000 pacientes, no había 100 y tantos que hay aquí.

E: Pero aquí hay 80 contados.

F3: Imagínese, allá habían más de 1000 y con un solo director y con no tantos profesionales, porque usted ve aquí entra a cualquier oficina, profesional, gente por toda la oficina y gente que vaya atender el paciente directamente, uno. Y si hace una falta sáquese la mugre por atender los pacientes, atiéndalos como quiera, pero la pega me sale, aquí ahora en este momento. Y en eso estamos topando.

Nosotros como paramédicos. Yo soy paramédico, allá yo era empleado de servicio, aquí soy paramédico, yo no me puedo enfermar, aquí le traigo una circular en que me mandan a decir que yo soy hombre de fierro, yo no me puedo enfermar y eso es lo que me tiene indignado y eso es lo que no concibo con esta era, esta época tan moderna que estemos en esta situación.

Aquí tengo la circular léalo, ahora yo llevo 44 años acá, estoy enfermo de la columna porque nunca quisieron poner un ascensor para subir los pacientes al segundo piso, los tuvimos que subir a pulso, estoy mal de la columna, tuve licencia por un mes y me quitaron todo el extraordinario que me pagaban aquí, por enfermarme.

Me diagnosticaron dos veces la fiebre porcina, nosotros no nos podemos enfermar de fiebre porcina porque nos castigan, nos quitan el extraordinario, y eso.

Allá teníamos más de 1000 pacientes, teníamos fabricas de escoba, panadería, teníamos una fabrica de juguetes, teníamos una lavandería central.

E: ¿Y en eso trabajaban también la gente que estaba en hospicio o los trabajadores?

F3: Había gente que era del hospicio, pacientes, enfermos y obviamente que... ellos hacían escobas, pero con maestros. La mayoría era gentes no hospitalizadas, no pacientes, eran funcionarios. Se hacían juguetes muy lindos, pan muy rico.

E: ¿Era para los internos?

F3: Si. Y se les lavaba a todos los hospitales de la zona central.

E: ¿Y que hacían los internos ahí, quienes estaban?

F3: El Doctor Dreckman, era el doctor.

E: ¿Y cuantos médicos había?

F3: En ese tiempo me parece que eran como 2 o 3 médicos, los demás eran practicantes, porque en ese tiempo no habían paramédicos, eran practicantes, cuando llegue yo ahí eran practicantes y no había enfermera universitaria. Había lindos prados, lindos jardines y todo eso por...

E: ¿Y qué se hacía con los pacientes?, ¿Qué tipo de paciente era?

F3: Era como bien difícil describir que pacientes, porque había todo tipo de pacientes, todo diagnóstico, había pacientes postrados, había pacientes autovalentes, había sala cuna, había pacientes que verdaderamente no sabían ni porque vivir, no tenían ningún estilo de vida, eran totalmente depresivos, no se daban cuenta lo que hacían, enfermos mentales, jóvenes y viejos estaban ahí.

E: ¿Y niños y bebes había?

F3: Sipos había sala cuna, incluso yo tengo un paciente que viene de allá, él estaba en la sala cuna, yo lo conocí, el único que viene de ahí. Allá como le digo había sala cuna y este paciente estaba bien, estaba con los dos pies caminaba.

Como le digo el establecimiento era grande, bueno de hecho están todas las torres ahora. Y bueno queda una cosa que era del hospicio, una bomba de bencina que hay ahí que echa bencina a la Posta.

E: ¿La que esta por Curicó?

F3: No, la que esta adentro. Eso fue patrimonio del hospicio, bueno fue.

E: ¿Y que es lo que se hacia con los hospicianos?

F3: Es que también servían como experimentos, recuerdo que había un doctor, no me recuerdo el nombre.

E: ¿Froimovich?

F3: Si, Froimovich parece que fue. Que tenia un numero determinado de pacientes que hacia experimentos con ellos, los alimentaba de una manera especial, les hacía hacer ejercicios, los hacia tirar el disco, los hacia tirar la bala y después bueno atendió hasta Onassis se dice, atendió a Perón. Con los experimentos físicos creo que saco unas poleas, unas pastillas y fue conocido mundialmente.

E: ¿Pero 1000 personas ahí?

F3: Yo pienso que eran más, entre hombre y mujeres,

E: ¿Y había un régimen una disciplina?

F3: Correcto.

E: ¿Qué es lo que hacían los internos?

F3: Es que los internos no tenían, los que estaban en sala, estaban en sala, eran los que más, no podían hacer muchas cosas, se les levantaba igual, pero había personal aquí con un funcionario había que levantar todo el hospital, se les levantaba y había que llevarlos al parque inmenso, habían unas pajareras, había una mini cancha de futbol,

unas canchas de baby futbol y ahí se entretenían, los demás trabajaban, muchos trabajaban en la fabrica de juguetes, otros trabajaban en la panadería, otros trabajaban en la lavandería.

E: ¿Colaboraban?

F3: Es que no se si colaboraban porque también tenían su remuneración, se les daba libre los días miércoles, de hecho el paciente que esta aquí se le dice cogoy, Olguín, bueno yo que soy testigo lo conozco por cogoy porque todos los miércoles, acompañados de otros pacientes que eran más cuerdos que él salían e iban a ver películas, puras películas de cogoy.

Bueno era otro estándar de vida también, no vivíamos corriendo todo el día como ahora, había menos vehículos, podíamos cruzar calles, uno salía, era bonito. Yo me entusiasmé porque como ver como se trabajaba allá, porque sino yo no estaría aquí.

E: ¿Y usted como llego a trabajar allá?

F3: En ese tiempo yo era demócrata cristiano, pero después me retire porque vi como actúa la democracia cristiana ahora y quien me trajo a mi fue la doctora María Hamuy, era hermana de Mario Hamuy, diputado de la democracia cristiana, entre en la época de Eduardo Frei Montalva.

Si estoy desde los 17 años, eso le explicaba muchas veces a los señores que dirigen este servicio, que yo alguna vez también fui joven, porque hubo un enfermero que me trataba “oye viejo ven para acá”, oye tengo 65 años que a mi no se me respete, es porque poco se le respeta a los de la tercera edad.

Imagínese yo me voy, jubilé, o sea tengo todo firmado para irme, y a nosotros nos califican. Perdóneme que me salga del tema del hospicio, pero a esto no se le puede comunicar a nadie, a lo mejor ustedes son los primeros que escuchan. Porque he tratado de llegar a la directora pero...

Y eso “viejo anda a ser eso”, hasta que bueno yo le digo” yo también fui joven y usted es joven”, merezco un respeto, yo le digo soy ser humano como usted, merezco respeto, por favor trátame como merezco, yo nunca le he faltado el respeto a usted. Me tomo tanta mala que ahora en las calificaciones, yo me voy me faltan dos meses y renuncie, me dijo “ya tu te vay y te voy a calificar así”, no se demoro ni dos segundos y me califico con puros 5. O sea a que estoy expuesto en estos momentos, en estos dos meses que me quedan tengo que cuidarme.

A mi yo le digo, hay mucha gente de testigo que me vinieron a buscar y hace como 5 años atrás a las 3 de la mañana preso, porque entonces por eso, de ver como esta ahora. No es que yo no allá querido colocar una vía, yo estoy capacitado, cualquier tiempo del 75 que soy paramédico así que estoy capacitado para colocar una vía venosa. Y me dice la enfermera que tengo que colocar una vía y no la pude colocar porque el paciente estaba muy convulsionado y no la pude colocar, no es deber de nosotros, porque es función de la enfermera colocar la vía.

La colocamos y después llega la enfermera, y “¿como me llamaste que no la podías colocar?”, es que bueno entre dos pudimos porque le paciente estaba muy alterado y tuvimos que afirmarlo para colocarle la vía, y me dice “pero yo te quería evaluar a ti”, pero oiga me va a evaluar le dije yo, si yo llevo tanto tiempo aquí, por una vía no me la va a ganar si yo he colocado muchas vías, ...pero es la función de nosotros, “cállate o te mando preso!”, pero porque me voy a callar si yo no estoy haciendo nada. Salió afuera y llamo a los carabineros, a las 8 de la mañana me fueron a buscar para dejarme preso, por eso. O sea a la gente que colocan en jefatura no se si le hacen exámenes o no le hacen nada.

Después cuando vinieron los carabineros, pero me dijeron hubo aprensión, porque me llaman para esto a esta hora, miren la hora que es, hay una directora, hay estatutos porque no le pasan una nota. Y sabe tuve el apoyo de todos los dirigentes de los presidentes de la FENAT, tuve el apoyo de todos los otros hospitales, vinieron y hablaron con la directora, sabe lo que le dijo a la enfermera, y hay un medico que me lo dijo que estuvo con la directora, que la directora le había dicho “haga usted, usted es la jefe en este momento del hospital, haga usted lo que estime pertinente”, pedí el sumario y sabe lo que paso, la enfermera se tuvo que ir porque había tenido montones de licencia por deficiencia mental o sea por depresión, pero la dejaron como jefe del hospital haciendo lo que quisiera.

E: ¿Y eso en que año fue?

F3: Hace como 5 o 6 años más menos, no recuerdo muy bien. Entonces como vamos a estar mejor aquí, mi modo de verla personal, pero en lo personal que yo lo he vivido. Allá se trabajaba tranquilo, el ambiente laboral era bueno, había compañerismo. Ahora al contrario si a uno lo pueden liquidarlo lo liquidan, ahí tiene la circular.

Nosotros trabajamos de a uno, si ni siquiera cuando para atender a los enfermos, nosotros llegamos acá tenemos que controlar, que darle tratamiento, que darles desayuno, tenemos que mudar los pacientes, tenemos que después levantarlos, después llevarlos a terapia. Y si le falta un compañero no se lo reemplazan, uno se

tiene que hacer todo eso solo y no se le puede enfermar porque le quitan el extraordinario.

E: ¿Cuántos pacientes tienen cada uno de ustedes?

F3: En este momento nosotros estamos como con 18-19 pacientes.

E: ¿Y cuál es la jornada de ustedes?

F3: Yo llego a las 8 acá, tengo que preparar el carro de los remedios, tengo que dar el tratamiento, tengo que dar las terapias, tengo que atender a la enfermera, tenemos que dar desayuno, mudarlos, levantarlos, bañarlos, después tenemos que llevarlo a terapia ocupacional. Y si uno se atrasa, “yapos los paramédicos” dicen que somos la piedra de tope nosotros. Y si nosotros nos enfermamos, o sea si es que no somos de fierro y logramos enfermarnos no nos pueden ni reemplazar, todo lo tiene que hacer el segundo, ahora yo estoy solo, en este momento la sala esta abandonada porque estoy aquí con ustedes. Hay un empleado de servicio levantando porque los otros están en interconsulta, falta gente.

Ustedes ven la salas lindas, nosotros trabajamos con las salas calefaccionadas, pero si uno sale al pasillo en la noche el frio es terrible. Si nos da una neumonía no podemos enfermarnos porque el hospital nos quita el extraordinario y yo creo que todos trabajamos por un sueldo. Entonces como voy a encontrar mejor esto, yo trabajaba con el Doctor Dreckman, con la Doctora Hamuy, como le decía con la Doctora Escobar, todos esos, escuchaban al personal.

E: Perdón, si nos puede ayudar a entender ¿Cuándo usted llegó el director era el Doctor Dreckman?

F3: No, yo llegué con la Doctora Hamuy, claro con ella llegué yo, pero quedaba todo lo que había dejado el Doctor Dreckman. Ahí todavía estaba, sólo que se estaba partiendo la calle o sea se estaba dividiendo, formando diagonal Paraguay.

E: ¿Y de ahí se vienen para acá en qué año?

F3: Pucha la verdad es que no me recuerdo, pero fue antes del golpe porque el golpe lo pasamos encerrado acá, debería haber sido el 70 aproximadamente, el 71, 72 por ahí, pero la verdad la fecha no la tengo clara.

E: ¿Se traslada acá?

F3: Pero nos trasladamos por parte, unos fueron a Putaendo, otros al Open Door y otros nos vinimos para acá y de ahí se empezó a desintegrar eso bonito que teníamos, y empezó a haber menos personal, una planta esquemática que dijeron que acá había mucho personal y dejaron muy poco personal.

E: ¿Y quién era el director cuando se vinieron acá?

F3: La Doctora María Hamuy, después acá estuvo la Doctora Escobar, pero he estado con cuatro a cinco directores.

E: ¿Ljubetic?

F3: Ljubetic, cuando se fue Ljubetic quedó esta directora acá, la Doctora Silva, a ella la puso Pinochet, está del tiempo de Pinochet de directora.

Y nosotros llegamos acá. Era bien divertido porque teníamos una ambulancia, un camión, echamos todo al camión, nosotros mismos ayudamos a cargar, echamos los colchones, las camas y llegamos al primer piso del sector A.

E: ¿Camas indiferenciadas?

F3: O sea arriba estaba el hospital San Luis y nosotros abajo en el primer piso.

E: ¿Allá?

F3: Claro, en el sector A donde esta la sala de ingreso, no se si conocen la planta..., la sala de ingreso, este sector y hasta donde esta el pasillo largo eso es lo que nos entregó El San Luis. Llegamos unos pocos y los otros se quedaron en el hospicio, después nos fueron entregando otro sector y se vinieron los que quedaban allá. Y así pues, hasta que quedo esto como...

E: ¿Y hospicianos cuantos había?

F3: Nosotros parece que nos vinimos como con 30 pacientes, y después llegaron más

E: ¿Y cuánta gente llegó a ser?

F3: Yo pienso que más de 200, no se no tengo claro creo yo.

E: ¿Y todo eso ahí?

F3: En ese sector éramos como 30, porque nos entregaron algunas salas, porque ellos tenían que se yo, casino, tenían menos enfermos.

E: ¿Y cuando se va el San Luis?

F3: Es que el San Luis fue desapareciendo de a poco, nos fueron entregando todos los pabellones, después los pabellones los fue habilitando el hospicio y después el San Luis se quedó con el puro poli.

E: ¿Y ahí hubo como una mezcla de pacientes entre los pacientes del San Luis y..?

F3: No, cada uno con su director y cada uno con su hospital aparte.

E: ¿Pero como en lo cotidiano?

F3: Tampoco, tampoco mucho, claro es que nosotros trajimos pacientes que no eran como ahora, no eran autovalentes, más pacientes postrados. Entonces nosotros los sacábamos allá parque y de ahí no se movían si nosotros no le prestábamos ayuda.

E: Pero usted dice que hubo entre 200 y 300 pacientes.

F3: Aquí cuando entregaron todo el hospital. Yo pienso no se, nunca me...porque hoy día quedan tres.

E: La Fresia?

F3: No, la Fresia no es de allá, la Fresia llegó acá, el Héctor también llegó acá, él único que viene de allá es el cogoy (Olguín). Como le digo, si por eso yo le digo el puro cogoy, incluso yo lo baño, le corto el pelo. Entonces eso es lo que me indigna, no se impotencia. porque la otra vez cuando me castigo este enfermero, me dijo “te voy a castigar así porque total tu te vas y no te importa más, el tiempo libre tu te paseas por el pabellón”, oiga si me tengo que pasear por el pabellón porque tengo que vigilar las salas, y le dije, además usted ve que yo le corto el pelo a los pacientes que vienen de hospicio y no se pos, yo de hecho me voy en dos meses más y yo creo que voy a venir a visitarlo de afuera porque me encariñe con él y él me dice “bueno y a ti te contrataron de peluquero” o sea, no se si es una respuesta muy, porque uno se preocupa de los pacientes. Y esa es la clase de jefatura que tenemos y eso.

E: Cuénteme, cuando se instala acá, fue primero hospicio, después se constituye como centro geriátrico y después como Instituto Nacional de geriatría Eduardo Frei Montalva. ¿Y cuando era hospicio acá que se hacía?

F3: La verdad que también era como más, no había tanto paciente que venía del hospicio a rehabilitarse así, era más como asilo o algo así, de hecho hospicio era allá como un asilo, allá el paciente autovalente que trabajaba en los camiones, que trabajaba en la panadería, que trabajaba en...había, pero el hospicio era como una casa de reposo.

E: ¿Cuántos médicos había?

F3: Acá había 2 cuando llegamos, nosotros llegamos con la Doctora Torres y el otro medico que era el doctor Vodanovic, que era familiar del señor Vodanovic. Muy buenos médicos, muy buenos.

E: ¿Y enfermeras había?

F3: Ninguna, ninguna

E: ¿Y ahí los paramédicos?

F3: Los practicantes, se llamaban practicantes no paramédicos

E: Y después viene esto que se transforma en centro geriátrico y ¿Qué significó esto de pasar a Centro Geriátrico?

F3: Bueno significó lo que esta ahora, que llegaran más médicos, que atendieran a los pacientes, como esta ahora como un hospital de rehabilitación.

E: ¿Y cómo era el grupo de funcionarios cuando fue hospicio acá?

F3: Es que teníamos una amistad de antes muy buena, compañerismo, ambiente laboral extraordinario, muy bueno, muy bueno.

E: ¿Y qué es lo que hacían?

F3: Hacíamos convivencia, si a usted le pasaba algo el compañero usted le ayudaba, no andaban con la maldad estar viéndolo a usted para irlo a amarrar al paciente, ir a acusarnos, no existía eso, entonces el ambiente laboral era bueno. Los pacientes compartían con uno, ahora también comparten, pero los que estaban antes estaban más tiempo.

Acá no, acá imagínese que nos tienen cámaras por todas partes, lo que hacemos, si viene un familiar nos trata de que maltratamos a sus pacientes y muchas veces no nos escucha, ellos tienen la razón, nosotros nada. Y nos castigan, como nos están castigando con la circular que le muestro.

Cuando se enferma un funcionario no nos reemplazan, tiene que trabajar uno, tiene que hacer todo lo que hace uno pero y le exigen que sea óptima.

Ahora los pacientes podrían estar mejor atendidos si hubiera personal directo para ellos, o sea hubiera mayor personal para reemplazar a las personas, para que verdaderamente se atendiera bien, como se merece el personal.

Arriba en el segundo piso pusieron pacientes postrados, después cuando se formó esto en Centro geriátrico teníamos que bajar y subir pacientes en la escala, pacientes de 50, 80 kilos bajarlos, subirlos en una camilla, le pedimos todas estas veces que pusieran un montacargas y no hubo caso, cuando los pacientes fallecían en el segundo piso, teníamos que bajarlos, bajarlos en camilla. Hacer cualquier cosa para que no se nos fueran de la escala para abajo.

Por las fuerzas que se hicieron brutales hay muchos funcionarios que han sido operados de hernia, hay muchos que estamos mal de la columna, pero ahora que nos enfermamos tenemos que pagar las consecuencias, nos quitan el extraordinario, pero no se, no se en que mundo vivimos, o sea yo le digo habemos un montón de gente antigua.

E: ¿Pero ahora cuando sacaron la gente de arriba?

F3: Cuando nosotros nos pusimos, definitivamente le dijimos que si no nos ponían ascensor para subir la gente sencillamente nosotros no íbamos a subir ni bajar.

E: ¿Cuándo fue eso?

F3: Hace cosa de un año más menos, no hace mucho tiempo teníamos que subir los galones de oxígeno, teníamos pacientes dependientes de oxígeno teníamos que subir entre dos los oxígenos al hombro y los tubos de oxígeno son pesados son de esos balones, y ninguna facilidad para trabajar los funcionarios, nada.

E: La otra vez conversábamos y nos contaban que en esos tiempos, sobre todo cuando estaba la gente arriba tenían que traer los tiestos con agua caliente para poder bañarlos.

F3: Muchas veces, claro muchas veces subir los tiestos, con agua caliente. Claro y lo echábamos en una tina y con eso lo bañábamos y dejar otro poco de agua para bañar al otro paciente y después teníamos que bajar para buscar y buscar los fondos. Yo digo, yo creo que Dios es grande que mucha gente no se quemó, no se hizo nada. Pero le digo, que de la columna estamos dañados, habemos muchos, porque son varios los funcionarios que llegaron acá y llevaron ese tren de trabajo, porque allá habían calderas, bueno acá también, pero muchas veces no había petróleo no iban a funcionar.

E: Es verdad que iban al casino a buscar agua.

F3: Claro

E: Y bueno yo pensaba esto de la lavandería, porque en ese tiempo había pañales de tela, las sabanas.

F3: Pero nosotros por ejemplo la sala cuna que teníamos allá eran casi todos guaguas deficientes mental, prácticamente los dejaban allá y bueno era poca la gente que los visitaba y todo se le hacia con sabana, pero como la lavandería estaba ahí.

E: ¿Qué nos puede decir de estas historias que hay misteriosas acá, de almas en pena?

F3: No se, no le puedo decir nada porque yo no he visto, no he sentido y muchas veces a lo mejor, edificios viejos que se yo, nosotros estábamos inundados con palomas, en la noche se metía bulla, uno miraba para arriba cuando caminaba, pero no se vía nada, no le puedo decir nada porque nunca vi nada, incluso nosotros 3 o 4 de la mañana atravesábamos los parque con los pacientes, los difuntos que habían para ir a dejarlos al deposito a la morgue que estaba ahí.

E: ¿Esa que estaba acá?

F3: No, estaba donde está la residencia médica, por el parque al lado. Había 3 a 4 cadáveres, porque había una persona que se dedicaba sólo a eso, a hacer los trámites. Muchas veces eran indigentes, entonces él hacia los tramites y los llevaba al cementerio. Y yo pasaba tarde en la noche a dejar los cadáveres y nunca vi nada, seria un mentiroso si le dijera pucha yo claro si a mi, contaban mis otros compañeros pero yo no se, por suerte nunca me ha tocado ver eso, sino no se como hubiese reaccionado.

E: ¿Y hoy día hay también una persona que se encargue de los fallecidos como antes?

F3: No

E: ¿Y ahora cómo se hace?

F3: Ahora si se muere el paciente viene el medico de turno, da el certificado de defunción y nosotros lo vestimos, lo acomodamos, lo ponemos en una camilla y lo llevamos al depósito que está casi a la entrada y después vienen los familiares y siguen con los trámites, viene la funeraria y ellos mismos se lo llevan. Antes los pacientes

conseguían velarlo acá, porque hay una iglesia en la entrada, pero después eso se prohibió acá, no se que pasaría, pero no se hizo más acá.

E: Y esto de que a veces nos contaban que ¿cuando la gente no tenía ataúdes traían ataúdes?

F3: Claro, el Hogar de Cristo pero no se si seria tan higiénico o no porque muchas veces eran ataúdes que llevaban cuerpos y los dejaban allá los incineraban que se yo, y los ataúdes que estaban buenos los traían para acá, porque había mucho indigente acá que no tenia como costearse nada.

E: Y usted así sumando y restando ¿Cómo ve su paso por la institución?

F3: Mire la verdad es que hasta hace un tiempo, yo trabajé feliz aquí, porque yo tuve la oportunidad de irme a trabajar a otra parte donde hubiese sido mucho mejor compensado, pero no me fui, me quede acá porque el ambiente era realmente muy bueno. Pero ahora con el ambiente que hay ahora, no lo pienso un minuto y me voy, pero yo ya me voy a jubilar.

Pero el paso no me ha sido tan malo digamos, tengo mis dos hijos profesionales, una es periodista el otro sicopedagogo, ahora esta estudiando sicología.

Me case acá, mi señora es del Salvador, ahora jubila también junto conmigo, llevamos 35 años de casado, mis hijos tienen buena pega.

E: Y ¿cómo es esto de trabajar con viejos, con la muerte?

F3: Uno se acostumbra, Bueno uno esta bueno, en cualquier momento uno va pasando y ve un paciente bien, pero le puede dar un infarto, por eso hay que estar muy pendiente.

Pero eso le digo, nosotros damos lo mejor, de echo si no hubiera dado lo mejor de mi no me hubiese aguantado 44 años trabajando en este mismo establecimiento, pero la verdad es que con el ambiente laboral que hay ahora no se puede trabajar aquí y la jefatura que pucha está encima de uno y no ve la parte humana nada, sino que a ellos sólo le interesa sacar la pega, eso más le enferma a uno y como ahora nosotros no nos podemos enfermar, entonces como le digo yo de agosto tuve una licencia porque no podía mover mi columna. La contraloría dice que si uno se enferma 6 meses en 2 años,

le pueden declarar vacante el puesto. Pero aquí se pasan sobre esa ley y le ponen que si en un año uno se enferma un mes en un año, le quitan todo el extraordinario, a lo que nosotros nos afecta porque nos disminuye el sueldo, nadie se va a querer ir por enfermedad yo tengo recién 65 años.

E: Esta molestia tiene que ver con la injusticia, ¿Con qué no hay atención que lo afecta económicamente?

F3: Con reglamentos internos, va todo junto, uno trata de explicarle y no lo escucha, es igual que estar predicando en el desierto, no toman ninguna medida, las visitas están de las 8 am a las 10 pm y uno cuando muda uno no les puede decir “por favor podían dejar que el paciente necesita un poquito de privacidad” o no son de ellos los pacientes, no podemos, tenemos que estar con un biombo andando cama por cama, porque si ellos van a allá van a poner un reclamo, la jefatura les va a creer a ellos y a nosotros nos van a hacer sumario y eso significa económicamente castigarnos.

E: ¿Cómo fue la vivencia del golpe?

F3: Yo en ese tiempo me recuerdo que estaba de noche y salimos con mi señora, bueno no éramos casados en ese tiempo y nos fuimos caminando por la Alameda y veíamos mucho militar, tanques, y pasamos nosotros tomamos en Teatinos, pasamos por llegamos a plaza Italia y no nos dejaron pasar, nos preguntaron donde, dijimos que íbamos para el trabajo, y nos dijeron que nos fuéramos para la casa, porque la situación no estaba bien, así que nos fuimos.

Después estuvimos con toque durante 2 días, después recuerdo que como al tercer o cuarto día que levantaron el toque, nos dijeron que viniéramos a trabajar, o sea llamaron a que todos los empleados públicos volvieran a trabajar. Nosotros vivíamos en la Juan Antonio Ríos, no teníamos en que venirnos, en Independencia hicimos dedo a una camioneta y toco que la camioneta era del instituto medico legal, nos trajo y en el cerro santa lucía nos pararon los militares, nos revisaron y nos hicieron bajarnos porque el chofer tenía que andar solo, parece que iba para la posta la camioneta.

Nosotros nos bajamos ahí, nos revisaron por todas partes y nos dijeron que nos fuéramos por la orilla, y que anduviéramos con mucho cuidado porque los balazos venían de abajo hacia arriba y de arriba hacia abajo, habían francotiradores y eso, así que nosotros nos vinimos y gracias a Dios llegamos.

Acá estuvimos como 4 días después, no teníamos pan, estaba todo cerrado, no teníamos carne, no llegaba acá, igual nosotros teníamos alimentación, aunque fuera mínimo, igual nos alimentábamos, los pacientes que estaban acá igual. Y después se fue solucionando, evolucionando y después volvió todo a la normalidad.

Ahí no tengo claro quien estaba de director, estaba el doctor Ljubetic parece, pero no tengo claro quien estaba aquí, la Doctora Escobar. Pasaron varios doctores por acá, otros médicos no me recuerdo el nombre, porque estuvieron muy poco tiempo.

Pero así fue la vivencia del golpe, el golpe en sí nos pilló cuando nos íbamos, pero después lo otro nos pilló acá.

Incluso cuando hicieron allanamiento acá nos revisaron todo, no encontraron nada, si aquí éramos todos pacíficos. Acá hay unos túneles por debajo, porque creo que esto era de los jesuitas en un tiempo y daban hacia el Salvador y se metieron a los túneles y dijeron que habían encontrado algo, lo cual no era efectivo.

E: ¿Había militares?

F3: Acá en el allanamiento, si.

E: Desde el golpe de estado, ¿Habían militares en el recinto custodiando?

F3: Es que sabe lo que pasa es que muchas veces eran infiltrados, andaban de civiles, y llegaba un compañero y nosotros dudábamos. Y de hecho duraban muy poco y se iban.

Pero que yo supiera que llevaron a alguien detenido no lo recuerdo, incluso los dirigentes que teníamos en ese tiempo tampoco. Pero fue un periodo duro.

E: ¿Hubo una diferencia en el trabajo en el instituto cuando hubo militares en el gobierno?

F3: La verdad que no, porque doctor Ljubetic lo escuchaba a uno, uno podía conversar con el, realmente era bueno el doctor Ljubetic.

2.3.4 ENTREVISTA F4

La entrevista que se presenta a continuación fue realizada a una de las administrativas de recursos humanos, quien ingresó a la institución en el año 1989. Con el fin de clarificar al lector el desarrollo de la entrevista se etiquetará con la letra E al entrevistador y con el código F4 a la administrativa de recursos humanos.

E: ¿En qué año llega usted acá?

F4: Yo llegué el 15 de julio de 1989, ingresé como auxiliar de servicio, pero estuve poco tiempo ahí porque fui trasladada a la Subdirección Administrativa. El nuevo cargo que ocupé estaba más acorde a lo que yo había estudiado, que era para ser secretaria.

E: ¿Dónde se desempeñó antes de llegar al Geriátrico?

F4: Yo trabajaba en el sector privado, primero trabajé en la Teletón y luego en la industria automotriz. O sea pasé de ver niños, a todo lo opuesto acá, adultos.

E: ¿Se acuerda de los directivos desde esa época hasta ahora?

F4: Me parece que desde 1983 la directora fue la Doctora Silva, antes había sido el Doctor Ljubetic. En cuanto a los subdirectores, ha habido dos desde que yo entré a la institución que son Macarena Amador y Ana Valenzuela.

E: ¿Usted después siguió trabajando en la Subdirección Administrativa?

F4: No, después estuve como apoyo administrativo en la oficina de registro, ahí habían pocos funcionarios. Y después me incorporé a remuneraciones, ahí debíamos revisar cosas como contratos, horas extras, vacaciones, permisos, cambios de AFP, ahí trabajábamos dos personas solamente. También estábamos a cargo de todo lo que es selección de personal, en relación a eso, nos guiábamos por los estatutos y por los requerimientos que hacían las personas de los distintos departamentos. Se hacía un manuscrito, una planilla, se realizaba selección de todo tipo de cargos.

Además de esto nos ocupábamos del tema del bienestar y de las capacitaciones.

Después de a poco fueron llegando jefes de recursos humanos a los distintos hospitales, este fue uno de los últimos con la llegada de la Sra. Hilda, más o menos el 2001 o 2002, no me acuerdo bien.

E: ¿Cuál era el número de pacientes cuando usted llegó?

F4: Bueno, cuando yo llegué eran como 140 pacientes, luego bajaron a 110, 120, actualmente son como 80 pacientes no ambulatorios.

E: ¿Usted sabe algo acerca del hospicio?

F4: Bueno, yo he escuchado de otros funcionarios que los pacientes en el hospicio hacían muchas cosas, tales como barrer, también hacían chacras, recogían barriles. Los hospicianos llegaron acá a raíz de un traslado desde el Hospicio de Santiago, que me parece estaba en Avenida Portugal, cerca o en la Posta Central, eran como 60 pacientes. Me acuerdo que había un mongolito, que se llamaba Patricio, duro como 50 años, él tocaba la guitarra y cantaba, parece que llegó de guagüita. También había un señor que se llamaba Pedro Vargas, inmenso con un tremendo zapato, la hermana Paulina le compraba las cosas. Don Pedro Vargas barría todo el día, vivía con su escobita, me acuerdo que la hermana lo asociaba con el gigante egoísta. De los hospicianos, ahora nos queda la Sra. Fresia, ella es como una reliquia, vive siempre rodeada de sus osos, los hospicianos siempre quieren hacer cosas, parece que allá hacían hartas cosas.

En el Cementerio Católico están los nichos de la mayoría de los hospicianos, que han sido financiados con sus pensiones.

E: ¿Cómo se trabajaba acá cuando usted llegó?

F4: Bueno había 4 enfermeras, una que coordinaba y otras 3 más, también había un coordinador para todas las áreas. Las personas sabían a lo que venían a trabajar, en ese tiempo había supervisores que eran percibidos como autoridades, pero no había jefaturas o subdirección. Antes tampoco se llamaban Jefes de recursos Humanos, sino que Jefe de Registro de Personal y Bienestar.

E: ¿Cómo era el trabajo antes en la institución si se compara con la actualidad?

F4: A veces se echa de menos como era la institución, como se trabajaba el día a día, me acuerdo que se hacían fiestas, alianzas, fiestas para los niños, los funcionarios tenían hartas ideas, incluso hacían manualidades, eso también se extraña a veces. Tratábamos de entregar lo mejor de nosotros mismos, nos entregábamos a los abuelos, nuestra razón para trabajar y aún sigue siendo así, por lo menos para mí, es trabajar para cuidar al paciente. También se establecía una relación más estrecha con ellos, porque estaban acá 2 a 3 meses, lo que hacía que nos encariñáramos más con ellos.

Me acuerdo que había mucho voluntariado, los evangélicos venían todos los domingos y también venía mucha gente de los colegios, en ese tiempo se aceptaba que trajeran cosas a los pacientes.

E: ¿Cómo es el trabajo en la actualidad?

F4: Ahora hay un coordinador para cada una de las distintas áreas. Hay que cumplir con la calidad, con cierto número de estadías, metas, también hay más doctores y especialistas, como sicólogos, neurólogos. Eso si yo siento que ahora hay mayor desinterés hacia el paciente, hay como menos compromiso, siento que son más fríos, lo toman como un trabajo como cualquier otro.

E: ¿Usted sigue a cargo del tema de selección de personal?

F4: Bueno, la que evalúa ahora es Mery, ella es un sicólogo, entonces a lo mejor ella tendrá más instrumentos para evaluar de acuerdo al perfil que se está solicitando, es por eso que digo yo que deben haber hartas cosas, requerimientos distintos, que tenga que se yo, un C.I, hablemos de esos años, un C.I decíamos nosotros allá. O pienso a veces, tan vulgar, depende de la persona que llegue, de la persona nueva que ingrese, al árbol al que se arrime, a que le digo yo un árbol que se arrime, al más viejo, al paramédico más viejo que esté acá, al que tenga más experiencia, es como esa persona le va a enseñar, y así ellos van a ir entregando, van a ir conociendo, van a ir queriendo el trabajo, haciendo bien las cosas, porque hay algunos medios desordenados, todavía existen, ahí uno va notando al tiro, conversó con tal persona .

E: ¿Qué es lo que ocurre ahí cuando se supone...?

F4: La función que tiene que hacer un auxiliar, cual es el rol, lo que tiene que hacer, supongo que estará indicado por cada jefatura, pero después los auxiliares más antiguos, le enseñarán de más o le enseñaran de menos, en el sentido que si le enseño

más yo voy a descansar un poco, y si le enseño bien vamos a trabajar a la par, eso es lo que más menos esa niñita que viene llegando es súper buena, trabajamos súper bien en grupo, y esas cosas lo poco y nada, porque yo antes tenía más comunicación con las personas, ahora no lo justo y lo necesario, lo que requiere de una situación administrativa, pero nada más, ahora es menos, los más antiguos si, como estay que se yo, como está tu guagua, ahí conversamos ese tipo de cosas, eso es lo actual de mi rol que cumplo en el departamento ahora, yo espero que pueda cumplir muchos años más acá.

E: ¿Usted está contenta en este trabajo?

F4: Muy contenta y feliz, a pesar de que yo en mi experiencia familiar he visto pocos adultos mayores, solamente, porque mi abuelita, cuando yo era muy joven mi abuelita se fue, la disfrute porque ella nos crió, entonces la disfrute, pero a concho así, mi abuelita, mi abuelita, mi mamá, mi todo, mi mamá es mi mamá, pero no es mi todo, mis hijos, yo soy su mamá, pero no soy su todo, porque es mi mamá, ella los crió más, porque yo trabajaba, entonces así mi entorno ha ido rotando en eso. Entonces, encontrarse aquí con abuelos, distinto, caritas dulces, caritas tristes, uno les va a hacer algún cariñito o va a saludar más amable una persona y que sencillamente te mire y no te salude, en cambio, hay otros que miran con tanta ternura, pero donde vaya yo saludo igual. Todas estas cosas para mi fueron novedosas, no sabía que existían tantas cosas con los adultos mayores, para nada, para nada, cuando llegué aquí casi a los 40 años, no, a los 35, fue llegar a otro mundo, una cosa que yo nunca había visto, yo ni siquiera sabía que existían los hogares de ancianos.

E: ¿Cómo llega usted acá?

F4: Porque yo, como te digo, estaba en la parte privada en una automotriz, entonces una amiga, que es la madrina de mi último hijo, su jefe era el esposo de la señora de recursos humanos, y ella le había dicho que necesitaba una persona de secretaría, entonces dije yapos le dije voy y ahí me entrevistaron y me dejaron trabajando altiro, paso un sábado y un domingo atrás y después el día lunes me contrataron. Entonces como le digo era una cosa bastante para mi novedosa y era poder ir aprendiendo, y mi mamá tiene 70 y tantos y es la única adulta viviendo con nosotros, pero a ella le gusta participar en estas cosas del adulto mayor, baila en el grupo folclórico, y yo claro con ella ahí, pero es una cosa que yo no le voy a ir a tocar un dedo, porque me da cosa, son frágiles. Tuve una abuelita que quise mucho, ella vivía con un nieto, resulto ser vecina

mía, llegó acá, y la quise y ella se aferró a mí, me la traía para acá cuando estaba enfermita.

E: ¿Era vecina?

F4: Al último era vecina, y resulta que ella llegó y la abuelita de ella estaba hospitalizada aquí, lo quiso mucho al Doctor Herrera, ella me imploraba, llévemela a su hospital, llévemela a su hospital, pero después ya no la podíamos traer porque tenía que ser del sector, a ella le correspondía el Hospital San José. Ya hace un año que falleció la abuelita, pero a ella la quise mucho, mucho, mucho y sufrí mucho, así es que yo dije nunca más me voy a hacer cargo de un abuelito, porque yo la quise porque yo la encontré sola, tenía un nieto de 50 años, pero no se preocupaba de ella y ella ahí solita, y yo la iba a ver, le llevaba cositas, no porque ella lo necesitara, sino porque ella quería conversar con alguien, eso era lo que ella necesitaba, alguien que la escuchara. El día que falleció, llegó toda su familia, y yo digo donde estaba esta familia cuando ella imploraba, ella decía que tenía su familia y nunca nadie estuvo al lado de ella, solita encerrada todo el día, sufrí mucho, mucho, por eso veo a cada abuelo aquí, entonces digo detrás hay una familia, siempre puede haber algo, entonces hay que darlo lo mejor de sí, pero fue muy fuerte, por eso ahora no quiero encariñarme con ningún abuelito, y la impotencia de ver que los dejan solos. Es así, es así la realidad de la institución también, se dice que hay hartos pacientes que los traen y después, no se como será ahora, pero antes estaba más cercana, como era Encargada de Personal, participaba de las reuniones, había mayor comunicación.

E: Lo que usted plantea tiene que ver con el trabajo acá que es el abandono y también la muerte.

F4: Antes como le digo yo participaba más en reuniones de trabajo, pero no se ahora si existe la posibilidad de traer pacientes y después nunca más, o sino los traen derechamente y dicen lo traigo para una evaluación y después que me orienten a llevarlo dónde corresponda, que lo ayuden a buscar un hogar. Hace poco una amiga, que yo no le quiero creer, me dijo que su esposo está con problemas y que lo único que quiere es que la orienten para poder llevárselo a un hogar, le dije pero como te lo vas a llevar, entonces me dijo yo aquí en la casa no lo soporto, hasta ahí no más llego yo porque no me quiero involucrar más allá de cosas. Por eso yo digo cada paciente es una vida distinta, pero nosotros mientras estemos aquí podemos aportar, de dónde yo estoy en este momento yo feliz.

Yo llegué aquí con mi hijo, tenía ocho meses, la otra ya tenía 2 años, los otros tenían 12 y 11 años, entonces después de ese tiempo volví a tener un hijo, que pensamos que era un hijo, y llegaron dos, y aquí estaba la posibilidad de traerlos al jardín, y venía con los dos al jardín, después no la más grande se quedó en la casa, y después no los quise traer aquí cerca porque también teníamos la posibilidad de los colegios acá cercanos, entonces le dije a mi mamá que me los cuidara, por eso mis hijos siempre van a ser como más apegados a mi mamá, yo soy la mamá, pero el cariño así, sobretodo en los mayores. Entonces, yo veo a mi hijo ahora inmenso, ya está en la universidad, y yo le digo que no puede perder un minuto de farrear sus estudios porque a mi me queda poco, le digo que cuando yo jubile su carrera tiene que estar terminada, ahí yo me doy cuenta como ha pasado el tiempo, si en julio voy a cumplir 20 años.

Yo cuando la Sra. Hilda llegó, yo más menos sabía, porque todos los jefes de recursos, pero como le decía antes no se llamaban jefes de recursos humanos, se llamaban jefes de registro de personal y bienestar, todos, en el Tórax, en el Neuro, en el Salvador, todos éramos exactamente igual, o sea, como administrativo, como experiencia en recursos humanos, entonces tomábamos ese cargo un poco más responsable, de encargado, porque en mi caso yo era encargado, yo estoy contratada acá, no tengo titularidad, entonces éramos todas en ese nivel, cuando de repente oye fíjate que llegó un jefe de personal, un jefe de recursos humanos, un profesional tanto, paso un año, y en el otro servicio, y no sólo en las reuniones, entonces yo dije en algún momento me iba a tocar a mi, éramos dos hospitales los que íbamos quedando, el Neuro y yo, hasta que también le llegó jefe allá y después yo sabía que me iba a tocar y ahí llegó la Sra. Hilda, pero antes éramos todos administrativo, con experiencia en recursos humanos, los que teníamos más antigüedad nos íbamos quedando. Pero ha sido bonito, doy gracias a la institución también por haber crecido, haber aportado, por haber adquirido experiencia, porque era mi responsabilidad siempre, de no equivocarme en una contratación.

2.3.5 ENTREVISTA F5

La entrevista que se presenta a continuación fue realizada al encargado de ropería. El ingresó a la institución en el año 1964 y es uno de los pocos funcionarios que están actualmente que estuvo en el traslado del hospicio a las dependencias que hoy ocupa en José Manuel Infante. Con el fin de clarificar al lector el desarrollo de la entrevista se etiquetará con la letra E al entrevistador y con el código F5 al encargado de ropería.

E: ¿En qué año llega usted al establecimiento?

F5: Yo llego el año 1964, ingresé como estafeta al Hospicio de Santiago, a través del Servicio Nacional de Salud, en este tiempo eso si estaba todavía en Portugal. Al principio era estafeta, pero después pase a ser Secretario de servicios sociales, de ahí también fui secretario de contabilidad, después fui Jefe de Servicios Generales por 30 años y actualmente soy encargado de ropería.

E: ¿Cómo era el hospicio en ese entonces?

F5: Me acuerdo que era terrible, muy dramático, había todo tipo de personas, indigentes, guaguas y niños abandonados, deficientes mentales, ancianos. Pero había una gran precariedad en todo, por ejemplo a los locos se les vestía con sacos de papas de arpillera, también habían guaguas hediondas.

E: ¿En que año se traslado el hospicio a las instalaciones del hospital San Luis?

F5: Yo creo que tiene que haber sido como el año 1968, me acuerdo que en ese tiempo ocupamos las dependencias del lado sur (lo que hoy es el sector de geriatría)

E: ¿Por qué cree usted que se produjo el traslado desde Portugal hasta acá?

F5: Yo creo que tiene que haber sido una decisión de la autoridad, porque era terrible tener el hospicio en el centro, llegaba de todo. Además la especialización de la medicina permitió la separación de los pacientes.

E: ¿Usted se acuerda de los directores que han pasado por el establecimiento?

F5: Bueno, el director que se traslada con el hospicio es el Doctor Luis Dreckman, él es director por alrededor de dos años hasta la llegada del nuevo directo que fue el Doctor Luis Ljubetic. Luego estuvo como directora la Doctora Eagle Escobar y finalmente la Doctora Juana Silva, me acuerdo que ella llegó bien jovencita acá, venía con estudios que había hecho en España, llegó con varias ideas y con el objetivo de hacer crecer la institución.

E: ¿En qué año pasan a ocupar todas las dependencias de este establecimiento?

F5: Más o menos como el año 70, ahí es cuando se traslada el Hospital San Luis al Hospital El Salvador, y pasa a formar parte del servicio de dermatología de este.

E: ¿Qué es lo que ha significado para usted el trabajo en el hospital?

F5: Bueno, me ha permitido hacer muchas cosas en mi vida, en realidad me ha dado muchas de las cosas que tengo, pude formar una familia, educar a todos mis hijos que ahora son profesionales, además me pude comprar una casa. No solamente eso también me ha podido desarrollar en términos laborales porque he podido realizar cursos, capacitaciones, ascender. Aparte de eso ha habido un aumento en los beneficios y además esto me ha permitido tener una gran estabilidad laboral, es por eso que yo siempre he valorado mucho mi trabajo en el hospital.

E: ¿Qué le parecen los cambios que se han producido en el establecimiento?

F5: No siendo un entendido en el tema, tengo que decir que me han parecido bastante positivos, ahora estamos mucho mejor, yo creo también en parte por la evolución que ha tenido la medicina en el área de geriatría y por como se ha especializado la medicina.

E: ¿Cómo ha recibido usted la incorporación del nuevo personal que ha llegado a la institución?

F5: Yo siempre he tenido mucho interés porque las nuevas personas que ingresan se sientan incorporadas porque creo que son necesarias para el desarrollo del hospital. Cuando llega alguien siempre tengo la iniciativa de llamarlo por teléfono y les cuento

sobre la historia del hospital y también les hablo sobre la importancia del buen trato y de la buena atención a los pacientes, porque quienes vienen acá están en la última parte de la vida y están muy sensibles tanto ellos como sus familias.

2.3.6 ENTREVISTA F6

La entrevista que se presenta a continuación fue realizada a la secretaria de alimentación. Ella ingresó a la institución en el año 1981 y conoció las dependencias originales del Hospicio de Santiago. Con el fin de clarificar al lector el desarrollo de la entrevista se etiquetará con la letra E al entrevistador y con el código F6 a la secretaria de alimentación.

F6: Entré el 2 de marzo del año 1981.

E: Y cuénteme como era, ¿En qué cargo ingresó usted acá?

F6: Cuando yo ingrese acá, ingresé como secretaria de oficina de personal. Después me fui como suplente a parchar en esos tiempos a control de existencias, bueno en el fondo era la niña volátil de la oficina de contabilidad.

Y después se me ocurrió estudiar y me dieron las facilidades de mi carrera, que es administración de empresas con mención en personal, me fui a trabajar al servicio de alimentación como secretaria, si porque era un cargo relativamente liviano en ese entonces y podía terminar mi carrera.

E: ¿Y ahí está hoy día, no cierto?

F6: No después pasaron hartos años, pero hace dos años atrás estuve reemplazando a la secretaria de subdirector, administrativo, que es director subrogante. Se supone que subí con la función de ser la secretaria de servicios generales. Bueno la niña se fue embarazada, la secretaria de don Iván y la niña que la reemplazaba se embarazo, así al final quede como la secretaria de Iván Gallo, el subdirector y obviamente cumpliendo todas las funciones de secretaria de servicios generales y viendo toda la parte administrativa, hacia labores de estafeta, además igual cumplía mis funciones como secretaria de alimentación, pero media jornada.

E: ¿Estaba en doble función?

F6: Si hasta que me enojé y volví a mi servicio no más.

E: ¿Y se enojó porque el trabajo era mucho?

F6: Es que se supone que yo venía con perspectivas del cargo de servicios generales y de repente te dicen que el cargo de servicios generales es para un ingeniero y yo el título no lo tengo, así que me volví a ser secretaria. Yo soy secretaria del área administrativa.

E: ¿Y que significa ser secretaria administrativa?

F6: Bueno en el servicio de alimentación antiguamente, porque ahora cambiaron los roles. Cuando yo llegue allá simplemente llenar planillas, con una nutricionista, llenar planillas de costos lo que se gastaba. Pero con el tiempo fue cambiando se fueron pidiendo mayores exigencias, mayor supervisión y en ese momento la nutricionista que había, no la que esta hoy, me enseñó todo el teje y maneje.

E: ¿Supervisión de los?

F6: De los funcionarios, es decir, estaba un poco a cargo en función de supervisar a la central, de lo que es labores administrativas de que el funcionario cumpliera su horario, de hacerle su planilla de extraordinaria, velar por la salud de cada uno de ellos.

E: ¿Eso en el casino, en la alimentación?

F6: En la central de producción, el servicio de alimentación se compone de una central donde se preparan los alimentos, y un anexo que había en ese tiempo, las periféricas, que estaban en cada servicio donde les calentaban y servían a los pacientes.

Entonces todo eso a mi me enseñó, la nutricionista varias veces salió fuera de Santiago y quedé a cargo de su función, y el personal excelente, no tengo nada que decir, nunca me dejaron mal. Bueno yo en el año 81 cuando llegue a trabajar acá era el doctor Luis Ljubetic.

E: ¿Desde esa época?

F6: Si, desde esa época trabajé yo, porque yo llegué acá y como le dice yo en delante, como encargada de la oficina de personal y contabilidad de suplente. Y él me dio el ofrecimiento de que si yo hacía un buen trabajo de inventario en esos años, me podía arreglar, en el caso de buscarme un contrato, y con un funcionario que era antiguo en inventario pero el era auxiliar de servicios, trabajamos en al actualización de todo el inventario del hospital. Creo que hace como 7 o 10 años que aquí no se hacía.

Bueno la cosa es que a fin de año, el doctor hizo la presentación y quedamos bien parados y eso me permitió obtener un cargo administrativo, como recompensa.

El Doctor Ljubetic era una excelente persona, un muy buen director, excelente. Bueno después llego al Doctora Silva, bueno no se en que época, pero llegó como subdirectora y de una y otra manera reemplazándolo, porque antes estaba el doctor Ercilla también.

E: ¿Antes del doctor Ljubetic o de la doctora Silva?

F6: El Doctor Ercilla, mucho antes, fijamente fechas no me acuerdo.

E: ¿Él viene de la época en que esto era hospicio?

F6: Haber, hospicio según mi papa que trabajó en hospicio, fue el quien cerró el hospicio. Me dice que, haber en ese tiempo estaba el doctor Luis Dreckman, que era el director del Hospicio de Santiago, que estaba compuesto por enfermos mentales, por adultos mayores y otros tipos de pacientes.

Entonces cada uno se fue a lugares, y acá estaba el San Luis, creo que estaba acá. Y llegaron a pedir unas salas para instalar al adulto mayor, y así se fue perfeccionando, se fue adecuando a lo que ven hoy día.

E: Su papa fue funcionario del hospicio, ¿y usted conoció el hospicio?

F6: Si yo me crie, iba todas las pascuas y año nuevo, las pascuas y los días del niño, pascuas en esa fecha yo iba.

E: ¿Y que recuerdos tiene de ese tiempo?

F6: Me daba miedo, si los locos, andaba escondida detrás de mi mamá así que pocas veces podía participar en alguna actividad. Pero era bonito porque los pacientes participaban, si cuando yo llegue acá los pacientes también participaban mucho, porque era otro tipo de pacientes además. Me entiende era un paciente más participativo, ayudaba en muchas labores hasta administrativas, como de llevar algo. Porque eran pacientes, como venían del hospicio, eran pacientes que este era su vida, en otras palabras, discúlpame las palabras no me corresponde, estaban botados acá, porque en el momento en que fallecen aparecen los familiares, pero cuando están, están solitos.

Había pacientes que habían estado toda su vida en el hospicio y terminaron acá, creo que todavía quedan como 2 a 3 hospicianos, así que había una participación totalmente distinta, otro tipo de relación con los pacientes.

Ahora no, ahora somos instituto, otro tipo de pacientes, más deteriorados. Pero eso son los cambios.

E: ¿Su papá trabajaba entonces en el hospicio?

F6: Él cerró el hospicio, él sale en la tele, tiene los diarios en su álbum donde cierra hospicio, hacen una movilización en esos tiempos, que pasaba con el adulto mayor, no se que gobierno era, no se si era Frei o Alessandri, no me acuerdo, Frei padre.

E: ¿Y su papá tiene foto de esos momentos, recortes de diario?

F6: Si, pero no creo que me lo vaya a pasar, porque es una foto de cómo cada cosa que el hizo.

Cuando yo llegue se llamaba Centro Geriátrico, en el año 81, después era Hospital Geriátrico, pero no me recuerdo cuando, y al final quedamos como Instituto Nacional de Geriátrica y eso nos dio otro tipo de reputación además, porque teníamos la especialidad.

Ustedes deben saber que la especialidad de geriatría, hace unos 15 años atrás nadie la conocía de los médicos y en eso me saco el sombrero con la directora que tenemos, porque somos los que somos y no es por nada, es gracias a la Doctora Silva, ella peleó, trabajó para que la carrera fuera conocida dentro de los médicos, fuera una

especialidad, a lo que es hoy en día. Que este hospital todavía exista, hay un gran trabajo de parte de ella.

E: ¿Y usted piensa que en ese tiempo que haya alcanzado esta condición de hospital geriátrico, instituto es algo que le dio una nueva posición?

F6: Obvio, un excelente prestigio pues, si uno que ha vivido las dos épocas, si yo le podría decir, pucha de repente hace unos 20 años atrás se quedaba y esto parecía, todos los días tenían los guardias, que eran funcionarios, problemas con los carabineros, creían que era como un Hogar de Cristo. Encontraba 3, 4 pacientes abuelos botados afuera, y hacerle entender a la gente que esto era otro tipo de cosa, de rehabilitación, de que el paciente se viene a mejorar, no es una casa de reposo.

E: ¿Y eso fue cuando comenzó a ser instituto?

F6: Centro Geriátrico, ya empezaron a cambiar las cosas, la cantidad de días de hospitalización que antes eran eternas, se empezó a disminuir. Después cuando pasamos a ser Instituto Nacional de Geriatria, ya el establecimiento tenía súper clara que había un periodo, ciertas especialidades. Es decir el paciente aquí se viene a tratar de mejorar, no a morir, buscar la mejor forma de que por ultimo mueran dignamente, que eso es lo otro que se ha cambiado mucho. La planta física, la infraestructura, creaciones de nuevos departamentos como hospital de día, que antes no existía, que el mismo policlínico, no existía, SOME nada de eso, SOME estaba constituido por 2 o 3 personas que hacían difusión, ahora esta todo con secciones, más constituido como un hospital.

E: ¿Y cómo era antes cuando esto...?

F6: Parece que los ingresos los veía la asistente social, no me acuerdo mucho porque como yo trabajaba en la parte contabilidad y después me fui a alimentación, no me mezcle mucho con el resto, porque me puse a estudiar. Pero era servicio social quien se encargaba de los ingresos y en contabilidad había una niña que se encargaba de la recaudación, y eso eran los departamentos. No había como ahora una sala de ingreso, no de donde. Antes había 2 o 3 médicos, 3 enfermeras, ahora no, la cantidad de profesionales es enorme.

E: ¿Qué personal más había en ese tiempo?

F6: Auxiliar de técnico paramédico, haber no, auxiliares, técnicos paramédicos siempre han sido la parte más grande del establecimiento, son muchos ellos, hoy día creo que son como 37, 40. Lo que se ha aumentado, es que bueno ahora hay enfermeras, hartas, porque obviamente se le tuvo que explicar al funcionario, tuvo que entender que el cambio venía, que es otro tipo de especialidad la que tienen los pacientes, es otra la atención, la modernización no se puede quedar atrás. Los utensilios, las camas antes eran unos catres como los que hay en traumatología, nunca tan penca, nunca fuimos tan rasca, pero hoy en día es ver las camas que tenemos.

E: Y cuénteme, antes de que esto tomara esta fuerza hacia la geriatría, digamos. ¿Qué se hacía acá, qué se hacía con los pacientes?

F6: Bueno más o menos, haber no es lo mismo que se hace hoy día, es como la cuarta parte. Había terapia, kinesiología, pero había una persona para todo el establecimiento, que en ese caso era Don Alejandro Figueroa. Uno o dos terapeutas, que eso se ha mantenido, pero yo antes veía la terapia más como, obviamente como rehabilitación de hueso y todo, pero más como emocional. Usted iba a la terapia que había en el hospital de día, había otro tipo de atención que no se como explicarle, pero no tan fuertemente como es hoy día, pero terapia y kinesiología siempre existió.

E: Pero cuando se viene el hospital, el hospicio para acá. ¿Cuánta gente se viene más o menos? ¿Pero cuando usted llega el año 81 más o menos, recuerda cuanta gente?

F6: Haber de paciente en esa época, habría 120 pacientes, había muchos sectores. Sector A primer piso, sector segundo piso, sector C que era acá arriba, había en el fondo sector C, sector B y cuidados especiales, que es hoy en día la unidad del dolor. Había hartos pacientes, más de 90, porque en este sector eran 70, como 90 o 100 pacientes más menos, cuando yo llegué.

E: ¿Y después fueron disminuyendo o aumentando?

F6: Los pacientes, hoy en día las camas son 60, 60-80, pero como te digo se crearon estas otras especialidades, hoy en día existe el hospital de día, que si el paciente no requiere hospitalización, tiene una atención de las 8 am hasta las 17 hrs a tomarse sus remedio y se va a su casa, porque es una atención ambulatoria, que también ayuda mucho al adulto mayor, que este el paciente hospitalizado acá.

Pero la cantidad de funcionarios, yo le digo honestamente, yo creo que donde ha aumentado es la parte profesional, harta especialidad hay ahora, muchos medios, bueno pero obvio si tenemos un policlínico. Antes estaba el director y dos médicos más, no más, que veían el establecimiento.

Claro que la calidad de pacientes, no se pos, no era la calidad como le digo yo, venían muchos hospicianos, gente indigente. Hoy día viene el paciente con su patología, que requiere otro tipo de atención, medica.

E: ¿Incluso los hospicianos podían estar sanos?

F6: Exactamente, por eso te digo, antiguamente era como una Fundación Las Rosas, ¿me entiendes?, hoy en día no, hoy día somos un hospital de especialidad, es decir, esa es mi visión.

E: Y esto de que viniera la gente, un poco a morir acá, y ellos que estaban de internos, ¿Qué hacían durante el día?

F6: El paciente me imagino, clínicamente no le puedo dar mucho detalle porque nunca he trabajado en la parte clínica, mis labores han sido más ahora en alimentación, pero siempre en la parte administrativa, porque la parte clínica no me gusta, sino hubiera estudiado para técnico paramédico hace harto tiempo. Según lo que podía observar desde lejos, el paciente llegaba, estaba en su cama, se le daban los medicamentos necesarios, me imagino yo, con un médico y un kinesiólogo, si era requerido. Los veía mucho tiempo acá se hacían conocidos.

E: Debe haber sido difícil porque la gente que estaba acá, era esperar que se murieran.

F6: Claro, todavía quedan de esa época dos hospicianos, una paciente que tiene un retraso bastante grande, el otro es un paciente que está en el sector de fisiatría, que son los que vienen de hospicio, pero cuando hubo este cambio, no quiero caer en ignorancia, pero pareciera que fueron muchos pacientes trasladados a donde deberían, como el Hogar de Cristo, las casas de reposo. Porque habían pacientes que no tenían problemas médicos, porque el alzhéimer no lo vai a mejorar, por lo que me recuerdo parece que algunos pacientes los derivaron porque de la noche a la mañana no se iba a acabar tan rápido todo y así se empezó a hacer el cambio, con mucho respeto, con mucho cuidado obviamente, empezar a cambiar un poco la sistemática,

especialmente en los funcionarios, que había que tener una preocupación, si antes se hacía una ronda, ahora se hacen 10 rondas, no se pueden dejar las salas solas.

E: ¿Usted ha visto esta transformación?

F6: Claro, yo soy dirigente gremial además yo soy de la FENAT, acabo de entregar hoy día el mando

E: ¿Y qué cargo tenía?

F6: Bueno, en los 6 años fui presidenta y dos periodos de secretaria. Fui dirigente del área y secretaria de los 9 hospitales, que constituyen esta área. Éramos peso pesado, pero en el fondo uno igual se empieza a desilusionar.

E: Hemos sabido sobre el trabajo duro que se hace acá.

F6: Usted tiene que entender que acá el adulto mayor, siempre se criticó, nosotros como gremio siempre hemos querido velar por el exceso de fuerza que se hace en el paciente, porque acá son bebés, bebés en adultos, pero nunca hemos tenido toda la implementación que se requiere para evitar una sobre fuerza, de partida estamos catalogados como funcionarios que se pueden jubilar antes de su época por ser un hospital con sobre esfuerzo. La dirección se preocupó de comprar una maquinarias para levantar, pero la mayoría no lo usaron, no se realmente, pero el paciente acá es bastante delicado, y hoy día con mayor razón por eso se han tenido que contratar tantas especialidades, para cuidar las escaras, él paciente viene de la casa, no lo dan vueltas, entonces viene todo sucio, escarado, y al segundo día le empiezan a echar la culpa al hospital, pero no es así, entonces ahora se tiene que hacer una revisión íntegra del paciente cuando se recibe porque siempre éramos los malos de la película. Entonces yo como dirigente gremial tenía que estar en los dos casos, de velar por mi gente, que en ese tiempo no era gente joven, hoy día hay 50% un poquitito más de gente joven, pero hace 10 años atrás éramos uno de los hospitales que tenía los funcionarios más antiguos. Entonces hay que notar que dejar de ser hospicianos a pasar a ser una institución, costó, no fue una cosa de la noche a la mañana, porque de repente teníamos tu estas funciones y después tenías muchas más funciones, yo en el servicio de alimentación en esos años tenía 3 archivadores, era lo más que se necesitaba, hoy día tengo 26, por todo lo que te digo.

E: Hay más especialización

F6: Claro, costos, valorizar programas, a todos los administrativos nos hicieron muchos cursos de capacitación para el cambio, pero no todo el mundo lo recibió bien. Yo soy una de las más antiguas, claro, con 60 años que te digan anda a hacer un curso de Excel y de Word, no se si, a lo mejor yo lo hubiera tomado igual, pero bueno, el cambio ya lo tenemos.

E: Pero usted tiene una experiencia bien importante en cuanto a dirigente sindical, la información que le debe haber permitido saber sobre las experiencias de los trabajadores acá.

F6: Obvio pues, si nosotros somos la portavoz de los reclamos, de las sugerencias, de las solicitudes de nuestra gente.

E: ¿Cuáles eran o son los principales reclamos?

F6: Es que haber, son dos etapas distintas, hoy día son cosas totalmente distintas a hace 10 años atrás, por ejemplo hace 10 años atrás como le digo era el sobreesfuerzo de los técnicos paramédicos, que no había mayor comodidad para trasladar a los pacientes de los primeros a los segundos pisos.

E: ¿Estaban en el segundo piso?

F6: Si, todo este pabellón era sector C, el sector de geriatría, primer piso y segundo piso, sector de fisiatría antes era el A y el B, primer y segundo piso.

E: ¿Cuándo cambia eso?

F6: Eso es lo que no me acuerdo, cambio hace 10 años atrás, cuando pasamos a ser instituto, fue disminuyendo. Entonces que fuimos logrando con el tiempo, primero que nada eliminar los segundos pisos, nosotros como gremio logramos a través del área conseguirnos las primeras cámaras para que los pacientes tuvieran los oxígenos, y el paciente no anduviera acarreado el balón de gas. Yo con el equipo, hicimos partícipe, con la Doctora Silva también, que llegara mayor implementación a los segundos pisos, porque yo ya veía ya que a un funcionario se le cayera el oxígeno, los de mantención, entonces eso se eliminó. No se pudo lograr que se comprara por el alto costo,

montacarga, porque teníamos mucho problema que las funcionarias subieran al segundo piso las ollas, toda la cosa caliente, tuvimos accidentes, entonces todo eso se cerró y es lo que usted ve solamente atención en los primeros pisos. No hemos logrado todo lo que hemos querido, obviamente que no, pero por lo menos alivianar un poco la carga de cada funcionario, que en este caso es enfermería, que en este caso es el que distribuye la comida, amortiguar un poco la disconformidad de mucha gente antigua.

E: Y nos contaban que iban a buscar agua caliente para bañar a los pacientes

F6: Eso no lo se propiamente tal, pero tiene que haber sido una realidad en su momento, pero siempre han existido los calefón acá, pero tiene que haber habido algún problema, como el servicio de alimentación, tenía que subir, como cada servicio, había una cocina con un lavaplatos, no existía lo que hay hoy día, entonces ellos traían todo en ollas, acá se ponían a servir, de repente subir con ollas calientes, te podías tropezar y así sucedía.

E: ¿Hubo accidentes?

F6: Si, leves gracias a Dios, leves, se tuvieron que poner gomas en las escaleras, los funcionarios bajaron los tacos, si tenía que subir dos, tres ollas que subiera de a una, que quién la apuraba, la educación era para ambas partes, la falta de recursos de la dirección, pero también la falta de enseñanza a nuestra gente, para que te subí las 5 ollas altiro, si entregai tarde la cuestión la entregai tarde, pero con eso me evito que más arriba te caigai con las ollas hirviendo, pero claro se cansaba la gente eso si, tenías que estar lidiando como pa todos lados.

E: ¿Cómo es su experiencia acá?, la gente, ¿cómo se siente trabajar acá en esta institución que es tan dura?

F6: Se quedan por vocación, si usted no se ha dado cuenta todos los funcionarios públicos con 10 años de servicio lo hacen por vocación, porque por su sueldo de ninguna manera. Por ejemplo, yo le pongo mi caso, yo con tres títulos que tengo que en ese tiempo era muy bien visto, no me fui, porque cuando se me ocurrió tener guagua, para yo irme, me tenía que ir ganando tres veces lo que yo ganaba, porque que tenemos de ventaja, primero que nada una atención de salud gratuita, tenemos sala cuna, las madres, jardín y guardería, hoy en día los hijos de nosotros salen a las 14 años, pagando el mínimo, yo pagaba en esos años 3000 pesos por guardería, cuando lo legal es solamente salas cuna, el cabro cumplía los 2 años pasaba al jardín, cuando

cumplía los 4 años pasaba a una guardería, entonces si yo me voy de esta institución obviamente que tengo que pensar en una nana, en un colegio particular, y con el sueldo que tenía obviamente que no me alcanza, entonces si yo en ese tiempo ganaba 100, tenía que irme por 300, aparte que la alimentación era entera, el niño llega en la mañana le dan desayuno, le dan almuerzo y se iba al colegio, y si uno trabajaba hasta las 8 de la noche ahí te lo entregaban con comida.

E: ¿Las guarderías estaban acá?

F6: Claro, hasta el día de hoy existen, eso es un derecho gremial, derecho entre comillas, la peleamos, con un director muy bien ubicado en esa época, que le daba lata porque él entraba a las oficinas y estaban todos los cabros chicos escondidos debajo de los escritorios. Mi hija mayor se crió aquí escondida de que nadie me la viera, porque de repente no tenía donde dejarla, entonces hicimos un estudio de una guardería, que se hizo hace más de 10 años.

E: ¿Y que está en el mismo hospital?, entonces los niños del colegio se vienen a la guardería

F6: Correcto, la que está ahí. Entonces que es lo que nos lleva a venir a trabajar acá, a la mujer, me pondría yo como ejemplo, es decir, yo tuve dos oportunidades de clínicas privadas que me iba a concesionarios, la experiencia que tenía uno en ese tiempo valía, pero tenía que irme por tres veces más, y pensando en que colegio, aquí tenemos los colegios aquí mismo en la comuna, si tu salís en la mañana los dejai en el colegio, pagai un furgón y el niño está acá, y después tu te vas de aquí, salís con el niño hasta con las tareas hechas, si el cabro quiere estudiar lo hace en cualquier lado, y aquí hay una excelente guardería en ese aspecto, por eso le digo ahí también es una forma porque la gente se queda.

La carga de trabajo es inmensa, pero eso ya no es un problema de hospital, es un problema de todos los gobiernos que han existido que no ven que nosotros no trabajamos con muebles, no hay como incentivos, porque internamente en hospitales hay incentivos, por ejemplo emocionales, el mejor compañero, el mejor evaluado, nunca en ese hospital se ha pensado en plata, me entiende usted, ahora tenemos los trienios, que fue que volvimos antes del gobierno de Pinochet, antiguamente existían los bienios, trienios, cuartenios, quinquenios, no se que más, entonces el sueldo de uno era muy bajo, pero con toda esta asignación te iba subiendo. Entonces por eso le digo la gente más antigua no se iba porque es un trabajo estable, sacrificado, pero estable,

aquí no te echan porque si me caís bien, porque soy delgada, porque soy bonita, porque soy gorda, porque soy fea, es tu calidad de trabajo, ahora si tu empezai a fallar con un porcentaje alto de licencia perjudicai a tu compañero, tu compañero es el primero que reclama. Hubo un tiempo, un porcentaje muy alto de licencias, hace 5, 10 años atrás fuimos los primeros en el área en licencias médicas, ahí es cuando empezamos a demostrar el sobreesfuerzo en enfermería, y eso no es una cosa de acá, si tampoco no te entregan los utensilios para seguir sacando adelante este establecimiento, había que ser consciente e inconsciente también porque los funcionarios jubilaban muy mal físicamente.

E: Yo cuando hacía la pregunta me refería a como son los desafíos, los problemas, las dificultades en el trabajo mismo. ¿Cómo es? ¿Qué es lo que le ocurre? ¿Qué vive el funcionario? ¿Cómo vivía todo esto? Porque también es un trabajo que se expone a agresiones, que se expone a maltratos.

F6: Yo le tendría que decir que la gente que trabaja acá lo hace por vocación y sabe lo que tienen al frente, de todo hay en la ley del Señor, pero en general la gente sabe lo que tiene, y que además es donde vamos a llegar nosotros porque esta es nuestra segunda casa, y si nosotros la cuidamos, mañana se que voy a estar bien atendida, pero yo tendría que decir solamente vocación, la gente que trabaja aquí es por vocación y que mejor ejemplo que toda esta gente nueva que ha entrado en los últimos 5 años, técnicos paramédicos, no te duran más de un mes y se van, no aguantan, hemos tenido una rotación de los técnicos paramédicos, increíble, las cabras les pagan 500 lucas en las clínicas y aquí ganai entre 250 y 300 lucas, pero la sobrecarga, todavía hay mucha fuerza, entonces los cabros nuevos, me voy, mucha pega para tan poco, si hemos tenido que lidiar con algunas instituciones de estos técnicos paramédicos para que se queden más tiempo, prácticas más largas.

E: Si usted compara lo que fue ese periodo de hospicio, Centro Geriátrico y lo de hoy ¿Dónde están las mayores diferencias?

F6: La tecnología primero que nada, los cambios y el empezar a trabajar haber, primero que nada la primera diferencia obviamente son los cambios de tecnología, los recursos que cambiaron, el perfeccionamiento que tuvieron que tener algunos funcionarios, especialmente la parte administrativa, de una máquina de escribir, la mayoría teníamos tendinitis en esa época, a un computador, saber aplicar programas, instalar todo tu trabajo, que lo hacías con un lápiz y una goma a una tecnología, de un teclado. La parte de enfermería que obviamente que la calidad de pacientes, viene con

35 días, que creo que es la estadía máxima y delicados, con mucha tensión, eso tiene un nombre, con especialidad, si viene con problemas sicomotores, alzhéimer. Hay una unidad de ingreso, que nunca antes había existido, que está dentro del servicio de geriatría, que es dónde obviamente el paciente ve si se puede quedar o no, entonces antes eso no existía, ha sido un trabajo bastante duro, bastante difícil, del cambio, del cambio ahora debemos quedar un 20%, un 30%, de esa época, quizás menos, de la parte administrativa va quedando la señora Olga, que está actualmente con una licencia larguísima por un posible cáncer, Don Gregorio y yo, los demás son gente mucho más nueva, que ha estado más en el periodo de instituto.

E: Antes, ¿Qué cree usted que era lo central?, ¿Qué se destacaba antiguamente?

F6: Que el paciente tuviera una mejor.., el hospiciario que se sintiera cómodo, se les hacía partícipe, había más comunicación, en ese aspecto con los pacientes, más relación con los pacientes, hoy en día, no, uno llegaba a tomarles cariño a algunos pacientes que estaban de por vida acá. Uno llegaba a tomarles cariño a los pacientes, me acuerdo que yo tenía mi viejito regalón que me daba un cigarrito, sabía a la hora que yo pasaba, me miraba con un espejito, y él no movía sus brazos, estaba la mitad de su cuerpo no más, me decía patita un cigarrito, y yo llegaba miraba para todos lados para que no me pillara una enfermera, porque ellos si podían fumar en el parque, tenían otro tipo de libertad, otro tipo de relación paciente funcionario, no tan delicada como la de hoy día, con tanta especialidad, esa es la diferencia del paciente anterior, no habían tantos régimen como hay hoy día, en la parte alimentación, ese era mi fuerte, antes era un régimen común y un diabético, hoy en día ya perdí la cuenta, ya ni me la se ya, empezando con las dependencias de enterales, que son papillas especializadas para las gastroenterolo no se cuanto que son para los pacientes que vienen con problemas de estómago, que no comen, los desnutridos, desnutridos, antes eran dos, tres dietas y un régimen común muy parejo para todos, era un desayuno, un almuerzo, la once y la comida, de repente una colación para los diabéticos, pero no era tanto como hoy día, hoy día tiene que ser todo ahora, y como muchas más cosas, porque hoy día existen las nutribombas para la alimentación especial, que se ocupan todas porque la calidad de paciente que llega hoy día es sumamente delicado.

E: ¿Las relaciones entre los funcionarios cómo eran?

F6: No ha variado, es que no es buena, antes era más tranquilo, se hacían hartas actividades extra programáticas, la gente antigua era distinta, la gente antigua si había alguna relación amorosa nadie la sabía, no se preocupaban mucho del otro, yo diría

que la gente antigua era más sociable, con más unión quizás, porque participaban en muchas cosas, siempre el típico reclamo del sobreesfuerzo, de la falta de utensilios, ha existido siempre, la falta de personal, ha existido siempre, yo creo que siempre hemos fallado en eso, en demostrar que realmente aquí falta personal, ha faltado siempre, entonces ahora más encima siempre te lo sacan en cara, que en esos años había 3 enfermeras y ahora tenía 15, y los técnicos paramédicos me reclaman que su carga de trabajo no ha disminuido, entonces de repente ellos consideran que ha habido un abuso, de que podrían haber contratado más gente. Y hoy día no, cada persona se preocupa de su metro cuadrado, no se hacen muchas actividades extra programáticas, son más las que pone la dirección, que en el fondo hay gente que va hasta obligada, a hacer acto de presencia, te comen el plato de comida y chao, antes no nos hacíamos fiestas, no se que paso, pero una unión, una comunicación hoy en día, no, yo no la veo, yo soy dirigente gremial, entonces tengo que estar lidiando con todos los estamentos, el estamento administrativo no le habla al de auxiliar, el técnico paramédico se lleva pésimo con los auxiliares de servicio, porque aquí todo el mundo se cree jefe, entonces vengo a hacer mi pega y hago mi metro cuadrado y hasta luego, antiguamente no, éramos todos unidos, se me había olvidado ese detalle, fíjate, bien importante que lo voy a recordar hoy día, porque ahora estamos en paro, vamos a estar en paro hoy día, tiene que haber dirigentes, se me había olvidado ese gran detalle, de valorizar un poco a la gente antigua y enseñarle un poco a los nuevos, porque ha sido un equipo el que ha fortalecido esto, porque una dirección, sin peones esto no funciona.

E: Viendo hoy este nuevo hospital, ¿La gente hoy día qué aprecia?

F6: Yo creo que ahí hay una pequeña falencia dentro de la institución, que no es parte de la dirección, sino que de los mandos medios, que la información se ha entregado, pero algunos servicios de mandos medios, no ha bajado la información como la dirección ha querido, y eso nos ha dado problemas como gremio que hemos tenido que reclamar que la gente está en desconocimiento de muchas cosas, se pierde alguna información, que supuestamente baja, entonces nosotros hemos sido los denunciantes de esa cosa, y no siempre te creen, porque aquí estoy peleando con una jefatura, entonces yo podría decir que enfermería, porque hay otros servicios como alimentación que hay una nutricionista que les vive haciendo reuniones y que les informa, cualquier cambio, porque estamos con una posible compra de servicio, que va a pasar con los funcionarios, allá la realidad todo el mundo la tiene, en enfermería, este último tiempo yo creo que sí, el enfermero Luis Donoso, creo que están haciendo reuniones con los funcionarios, pero la gente igual te reclama, pero la doctora tiene comités, hace un consejo técnico una vez al mes, en donde se supone que los gremios están ahí para representar la voz, pero es un consejo técnico que uno cree que es

como participativo y no, va la pura dirección y eso es todo, pero tu vai saliendo pa fuera con esos jefes de servicio y todos van comentando en el pasillo, porque no se atreven a comentar donde la dirección también, entonces que podi esperar de esos jefes que tienen a cargo gente, eso ha sido un pero, quizás también un poco de falta de comunicación, pero a ese nivel.

E: Y para usted, ¿Cómo ha sido esto de trabajar acá?

F6: Esto ha sido mi vida, tengo 47 años, entré a los 19, 26 años de servicio, he vivido todas las etapas de procesos, es decir, trabajé en la oficina de recursos humanos, oficina de personal en esa época, una persona que casi la estrangulaban porque era muy especial con los funcionarios, mala. Después me fui a oficina de contabilidad a reemplazar a funcionarias muy antiguas, después me fui a trabajar a bodega, yo lo que siempre le he dicho a la doctora que ella tendría menos problemas en ese servicio si hiciera rotación, porque como somos pocos, deberíamos saber de todo un poco, por último si tu compañero se va con licencia, sabes hacer lo mínimo, eso no se ha hecho, y yo siempre lo he planteado, porque como experiencia personal, el día de mañana si a mi me sacaban de alimentación, donde a mi me pusieran me daba igual porque yo ya tenía la base, y sentarme en control de existencias, en inventario, entonces eso en el fondo te respalda, eso es bueno, y conocí hartito. Bueno y darle los agradecimientos a la institución, porque gracias a ellos saqué mis carreras, me seguí perfeccionando en Word, en Excel, y hoy día me podría ir tranquilamente, pero en este país con 40 años ya no encontrái cualquier trabajo, así es que voy a jubilar en el geriátrico, siempre y cuando sigamos, porque con el nuevo proyecto el geriátrico se va al Salvador, que fue una lucha grandísima tanto de gremios como de la dirección, que no nos íbamos al nuevo hospital geriátrico, Salvador – geriátrico, nos quería dentro del Salvador, como una sección más, y todo distribuido, y a una excelente presentación que se hizo acá, hoy día tenemos una construcción propia, lo único que no vamos a tener va a ser el servicio de alimentación. Pero se crean otras oficinas, más oficinas de terapia, box, para una mejor atención.

E: ¿Y esto desde cuándo estaba concebido?

F6: Hace 4 o 5 años que estoy viendo maquetas, todos los años me invita un director a ver una maqueta distinta, estábamos en las torres de Peñalolén, después estábamos acá como dentro del Hospital Salvador como un servicio que estábamos donde está la maternidad, y ahora hace 2 o 3 años atrás somos establecimiento propio. Donde hay una cantidad más grande de funcionarios, una planta más grande, pero el único

servicio que desaparece es alimentación, porque ropería, esterilización, son compras de servicio, ya las tenemos externalizadas.

E: ¿La ropería ya no está acá?

F6: No, está puesta por un administrativo, pero con compra hacia el exterior, antes había personal ahí, ahora eso no.

E: ¿O sea no se lava acá?

F6: Antes existía la central de abastecimiento, que tenía una lavandería exclusiva para toda el área de la salud, eso ahora no existe, entonces cada institución, buscó su mejor recurso, dónde lo podían abastecer de acuerdo a las necesidades y a un precio 30, 90, 120. Y aquí creo que se conectaron en ese tiempo por el Calvo Mackenna que trataron de igualar el trayecto, antes eran unos carros todos abiertos, hoy día son otro tipo de carros menos pesados. Con un auxiliar y un administrativo funciona ropería, antes teníamos esterilización compuesto por técnicos paramédicos y ahora eso se hace al frente. Entonces vamos a estar bien únicos con El Salvador, pero independientes, y se supone que antes que se fuera la Bachelet eso tenía que ser entregado, porque los recursos están, hoy día están y mañana no están.

E: A mi quedo una duda del comienzo, ¿Cuándo el hospicio se trasladó, los funcionarios se opusieron a eso?

F6: Lo que pasa es que creo que cuando estaba el gobierno de Frei, padre, en esa época el Hospicio de Santiago tenía alta calidad de pacientes, y el fuerte más grande era el paciente enfermo mental, y un porcentaje muy mínimo eran los abuelos, era una cuestión de 1200 pacientes, si había central de talleres, central de juguetes, de lavandería, entonces todo estaba centrado ahí donde está ahora la posta central, entonces cuando dijeron que eso se cerraba, algunos se fueron a Open Door, otros se fueron a psiquiatría y nadie pensó supuestamente en el adulto mayor, entonces algunos se fueron a casa de reposo, pero habían algunos que tenían que tener una atención, porque se hacían todo el día, estaban desnutridos, entonces los funcionarios salieron a dar a luz, a las calles a pelear por los viejos, que ellos no podían irse a cualquier lado y que necesitaban un establecimiento, entonces por aquí y por acá, un diputado no se cuanto, entonces le hicieron los contactos que aquí estaba el San Luis, que habían salas, entonces empezaron a compartir el San Luis con el geriátrico,

entonces todo lo que tu ves para adelante, todo eso eran salas, donde está hoy día el SOME, todo eso era San Luis, entonces se empezaron a venir aquí, tenemos una pieza decía mi papá, después eran como piezas intermedias y fueron limpiando los mismos funcionarios parte de estos terrenos abandonados, hasta que se habilitaron, de repente algún político debe haber dicho está buena la idea, habilitemos esto, y empezaron a habilitarlo como para el adulto mayor, de partida le doblamos la mano al San Luis, porque en ese estacionamiento había un edificio, que era de atención ambulatoria de las enfermedades venéreas y por lo tanto, todo eso se fue y nosotros nos quedamos, yo creo que hubo una argumentación bastante fuerte para que esto existiera, porque en esa época no había tanto adulto mayor como hoy en día.

2.4 ENTREVISTAS A RELIGIOSOS(AS)

2.4.1 ENTREVISTA R1

La entrevista que se presenta a continuación fue realizada a una de las religiosas que se ocupa de la espiritualidad de los enfermos y de conseguir todas aquellas cosas que les puedan hacer falta. Ella ingresó a la institución a trabajar el año pasado. Con el fin de clarificar al lector el desarrollo de la entrevista se etiquetará con la letra E al entrevistador y con el código R1 a la religiosa.

R1: Los jesuitas en 1872 construyeron esto para ser comunidad religiosa que se dedicaba a los colegios. El edificio del geriátrico era un colegio, porque ellos habían sido expulsados del país. Yo pertenezco a la congregación de los hijos de la caridad de San Vicente de Paul, que es una comunidad que se formó en París y llegaron para acá con el Presidente Bulnes cuando el Ministro del Interior le recomendó que trajeran a personas de esta congregación porque eran muy esforzadas, las primeras que llegaron se fueron al San Juan de Dios. Exclusivamente para los enfermos, era el Hospital San Vicente de Paul, las hermanas hacían clases en esta institución.

La parte administrativa del Hospital San Luis era gestionada por las hermanas de la congregación, específicamente Sor María Cuello. Actualmente yo vivo en el Hospital del Salvador, soy técnico paramédico, trabajo en enfermería hace 35 años, trabajando especialmente con ancianos, pobres, niños abandonados, niños para que no se sintieran discriminados por su pobreza. Había 8 hermanas que prestaban servicios en el San Luis.

E: ¿Qué la inspira?

R1: Me siento tremendamente querida, lo importante es el acompañamiento espiritual a los enfermos, el personal viene y me cuenta los problemas, el problema lo tienen ellos.

No tengo dificultades con las hermanas evangélicas, no tiene problemas con las personas con que sacaron las imágenes de Dios de la sala, se deberían querer identificar con algo antes habían imágenes, pero ahora no se puede tener nada, pero los enfermos igual tienen santitos.

E: ¿A dónde va el trabajo?

R1: Ellos se logran encontrar con el Señor, hay una preparación de su alma para el encuentro con el Señor, les invito a unirse al Señor a encontrarse con él, les entrego la espiritualidad vizantina.

E: ¿Están conscientes de la muerte?

R1: Hablo con ellos para prepararlos para el encuentro con el señor ha sido una vida muy libre, light. Todos los días les hablo del acompañamiento, pero las familias están más llanas, la han llamado para agradecerle.

E: ¿Cómo se producen los distintos procedimientos?

R1: Las enfermeras me avisan de las necesidades, si llega en situación de calle, si necesitan útiles de aseo personal, el problema es que no hay quién les lave la ropa, trato de ubicar a sus familias y no las encuentro. Los ayudo en la alimentación, la mayoría de las cosas que tienen yo las hago, pero lo más importante es darles amor a los enfermos.

Me dijeron que necesitaban helados, entonces tengo que ver como hacerlo, hago rosarios para darles plata a ellos, Savory ahora no me va a dar los helados. En general, a mi me involucran en todas las fiestas.

E: ¿Cuál es su rutina diaria?

R1: Ahora estoy recuperándome del riñón, pero mi rutina diario es que entre 7:30 y 7:45 paso a las salas de todos los enfermos, les doy la comunión los martes y jueves, después regreso al Hospital El Salvador a las 11:45 a la misa que se realiza en este establecimiento, a las 14:45 regreso para arreglar la ropa de ellos y reponer las cosas que a ellos les faltan. Restauré las imágenes del nacimiento del niño Jesús. Posteriormente a las 18 hrs. termino mi trabajo y vuelvo al Hospital Salvador, esta siempre disponible hasta las 21 hrs. Por si alguien la necesita y retorna al geriátrico si es necesario.

E: ¿Qué es lo que la motiva para realizar este trabajo?

R1: Es el objetivo de mi vida, me consagro al Señor, al amor a Dios se lo proyecto a los pobres, mi caridad la reflejo en alegría, me llaman de Aisén, de Puerto Montt, estuve 16 años trabajando en Concepción y los niños todavía me llaman. Cuando Fresia me ve dice que llegó mi mamá, me llama la atención que cuando fallecen los ex hospicianos no hay nadie, ni siquiera se les compra una corona, es triste porque ellos tienen pensión, es una frialdad, no se pueden velar porque está prohibido velarlos en la capilla. Juntamos millones para comprarles los nichos, al Sr. Rodríguez por ejemplo, que falleció hace poco, su funeral se hizo con plata de las voluntarias.

3 DOCUMENTOS RELEVANTES:

A continuación se presentan tres documentos que son relevantes para esta tesis puesto que nos aportan datos importantes principalmente respecto a la etapa de la institución en que fue el Hospicio de Santiago. Junto con estos documentos se presenta también la tesis efectuada anteriormente en el instituto que sirvió como base para la realización del presente trabajo. El primero de los documentos que se presenta es Fundación del Hospicio de Santiago de Enrique Laval, los que le siguen son Memorias del Hospicio de Santiago número 2 y 3 de Antonio Montauban y finalmente se presenta una recopilación de los aspectos más relevantes de la tesis Diagnóstico Organizacional Instituto Nacional de Geriátrica Eduardo Frei Montalva cuyos autores son Ignacio Espinoza y Maximiliano Orellana.

3.1 FUNDACIÓN DEL HOSPICIO DE SANTIAGO (LAVAL, ENRIQUE, 1938)

Enrique Laval (1938) en su Obra “Fundación del Hospicio de Santiago”, hace referencia a los orígenes de la preocupación por ancianos, indigentes y abandonados en Chile, lo cual tiene como una de sus consecuencias la fundación del Hospicio de Santiago, donde detalla su fundación e historia hasta mediados de los años 30’. Es por ello que recogemos su obra para mostrar los orígenes e historia del desaparecido Hospicio de Santiago.

La asistencia social en Chile en la época de la colonia estaba resuelta por el consejo de Indias, quien dictaba las leyes y resoluciones sobre la materia, los cuales debían cumplirse.

Las primeras disposiciones y recomendaciones del gobierno central en relación a la asistencia de los ancianos, indigentes y abandonados datan del 14 de agosto de 1768 y el 9 de julio de 1769, donde se recomienda a los distintos gobiernos la creación de hospicios.

Posteriormente es Carlos III en 1780, quien detalla y da instrucciones del funcionamiento de estos, ese mismo año el Consejo de Indias dicta normas y leyes sobre la construcción y habilitación de hospicios, así como también la fijación de doctrinas gubernamentales al respecto.

Es así como se empieza a dar forma no sólo al tipo de estructura física de los hospicios, sino que también a la disposición de las salas, su inmobiliario, la

distribución de los individuos dentro del hospicio e incluso la enseñanza e instrucción que los hospicianos debían tener.

Individuos debían ejercer un oficio.....se les enseñaba un oficio y se les guardaba una parte del dinero para cuando salieran de ahí...

También se enseñaba la doctrina católica, la moral y las buenas costumbres es por ello que los sacerdotes jugaban un rol importante dentro de los hospicios.

Antes de las disposiciones dictaminadas por el Rey, es Juan Nicolás de Aguirre, Marqués de Montepío, quien intenta dar solución al problema de niños abandonados, ancianos desvalidos y mujeres de vida "aireada", utilizando para ello una herencia otorgada por don Pedro Tisber, para la inversión en obras de caridad.

El 30 de abril de 1759 la real audiencia elevó los antecedentes al Consejo de Indias, y el 2 y 4 de mayo el obispo y el cabildo, reforzaron esa petición, pidiendo al rey que concediera al Marqués de Montepío la autorización para la fundación del hospicio, además de pedir contribuciones para la mantención de este.

El 23 de enero de 1761, el rey otorgó la licencia al Marqués para la "formal erección de la casa en hospicio de pobres, hospital de expósitos y recogimiento de mujeres arrepentidas", así como también designó de forma vitalicia al Marqués en la administración del recinto, otorgó contribuciones y estableció indicaciones para que el hospicio funcionara acorde a las ordenanzas vigentes en otras ciudades cercanas, como la de Lima.

"El establecimiento de estas casas ha sido el deseo de todas las repúblicas ordenadas, y un acuerdo que han aspirado todos los derechos: como que el principal motivo que lo excita es la caridad y las utilidades que resultan de tanto provecho, así para los infelices que participan de este beneficio, como para el público que distingue de este modo los verdaderos pobres de tanto holgazán que, sin la capa de esta mendicidad pueden aplicarse al trabajo y adelantamiento común".

Según un informe del archivo nacional: "la casa fundada por el Marqués de Montepío no tuvo jamás pobres ni mujeres arrepentidas y es probable que también en 1798 este hospicio aun no hubiera sido abierto o estaba sin niños porque en esa época hubo una gran epidemia de viruela y se vio obligado a transportar las enfermas al hospicio de expósitos.

Las autoridades de la colonia se preocuparon de establecer un hospicio no solo para paliar el abandono de los ancianos sino que también para disminuir u ocultar la mendicidad en las calles.

Solución que da Ambrosio O'higgins, como señala en la carta siguiente:

“Tratose por el expresado señor marques de Osorno establecer esta útil casa para lo que no había fondo alguno y por esta causa se había pensado reunir en una (como tengo referido) los espositos, recogidas y los pobres, para que con la poca renta que tienen aquellas dos, se pudiese dar principio y se pensaba solicitar a S.M consignase el colegio San Pablo que fue de los jesuitas y hoy sirve de cuartel para la asamblea”.

A pesar que la Real Cedula aceptó que se utilizara el colegio San Pablo como Hospicio de pobres, este fue destinado finalmente como alojamiento del destacamento de infantería del batallón que guarnecía la frontera.

Es en el gobierno del Presidente Luis Muñoz Guzmán, donde se establece la misión de crear el hospicio de pobres. Esta tarea es encargada al Regidor don Manuel de Salas, a través del presente comunicado:

“Señor Regidor don Manuel de Salas:

Habiéndose pasado del Hospital antiguo llamado según tengo entendido, de la Ollería⁶, a los enfermos que están al cuidado de los religiosos de San Juan de Dios a su nueva Casa, he meditado que la que han dejado vacía se aplique a Hospicio de Pobres, de que hay grave necesidad en esta ciudad”.

El presidente Muñoz de Guzmán procedió a nombrar una junta o diputación para el hospicio, la cual estaba compuesta por el Conde de la Conquista don Mateo de Toro Zambrano, don Pedro Flores Cienfuegos, coronel del ejercito, don Joaquín de Sotomayor y don Manuel de Salas. El director fue el Conde de la conquista.

Luego de la adquisición del edificio y su posterior reconstrucción y equipamiento, es a mediados de 1804 cuando el Hospicio pudo abrir sus puertas y recibir aproximadamente 200 asilados. El edificio luego quedó estrecho, si se consideraban las pequeñas industrias que debían establecerse en el recinto, es por ello que se anexa la Chacra de la Ollería.

⁶ “El nombre de la ollería con que se conoció la chacra ubicada entre Cañada y el Zanjón de la Aguada, lo que hoy se conoce como Av. Portugal, deriva de que los Jesuitas instalaron allí una gran fabrica de ollas, lebrillos, platos, tazas, azafates, etc., de barro cocido”. (Enrique Laval, 1938: 16)

La diputación convino que los herederos del Hospicio se harían cargo de los derechos y obligaciones respectivas, las cuales no fueron cumplidas por estos, generando una gran deuda y dificultades para el Hospicio. El Hospicio no contaba prácticamente con entradas propias fijas; por lo cual vivía el día, de lo que la caridad pública le brindaba, ya sea en dinero, especies o suscripciones.

Ante compleja situación económica, se acude al Soberano para solicitar la condonación de la deuda, petición que no fue resuelta ni por el Consejo de Indias ni por el Rey, es por ello que a través de una ley de la república, dictada el 29 de Diciembre de 1828, el Hospicio se desliga de su deuda, además de ser autorizado para vender en lotes la chacra.

Pero es Don Manuel de Salas quien propone en 1804, una solución para la mantención económica del Hospicio, la cual tiene importantes implicancias en la organización del Hospicio, el día a día y la florecencia de este en los años venideros.

Manuel de Salas propuso la implantación de algunas industrias en el Hospicio, lo cual tenía dos grandes fines: la obtención de recursos para su mantenimiento y la preparación de obreros competentes y honestos para las incipientes actividades industriales del país.

Las principales industrias instaladas en aquellos años fueron: la de hilados de cáñamo y lino, la de tejidos para velamen de los buques y la de extracción de aceite de linaza, lo que llegó a constituir una de las principales áreas de exportación.

A continuación se presenta un escrito de Manuel de Salas, donde se muestra la época de bonanza del Hospicio.

“Estaban asistidos en sus indigencias del cuerpo y del espíritu. Se les vestía, se les suministraba medio pan de almuerzo, tres platos buenos y un pan para el medio día; y uno con igual cantidad de pan para la noche. Se les daba tabaco, papel, ante, carbón y luz, ocurriéndose igualmente a todas sus necesidades y prestándoles todos los posibles consuelos, que les hacían solicitar una especie de asilo del que huyen en otras partes”.

En 1811, el Hospicio fue evacuado para convertirse en cuartel, tanto por las tropas españolas como también por las patriotas, quedando en ruinas y derrumbando los sueños de quienes lo fundaron y trabajaron por la prosperidad del Hospicio.

No obstante, después de la batalla de Maipú se volvieron a efectuar activas y reiteradas gestiones con el fin de reabrir este establecimiento. Estos esfuerzos

liderados por don Manuel de Salas, rindieron frutos en el Gobierno del Dictador Supremo don Bernardo O'Higgins, quien dirigió al senado un mensaje con fecha 2 de junio de 1820 solicitando el restablecimiento del Hospicio de Santiago.

A continuación se presenta un extracto de aquel mensaje:

“El Hospicio que tuvo Chile habría extinguido la mendicidad y holgazanería, compañeras inseparables del latrocinio, sino son su causa y efecto. Es observación practica que en todo pais donde abundan los pordioseros, sobreabundan los ladrones; y por esto es que se cuida con esmero dar ocupación permanente a aquellos para que se extingan estos. Chile había resuelto el problema de la política económica cuando, con la formación del hospicio, ocupaba con utilidad a los pobres, haciéndolos industriosos. Pero esta obra, que ceso para aumento de cesadas desgracias, es ya tiempo que se restablezca para incrementar nuestra prosperidad y gloria. [...]

Teniendo el Hospicio claustros y oficinas separadas para mujeres, se lograra además el doble beneficio de contener los estragos de la vaga Venus y de mejorar las costumbres, dando ocupación a unas y claustro a otras, interin se establece la casa de recogidas cuya destrucción ha quitado a la policía un recurso poderoso. La casa de Huérfanos podrá incorporarse con sus rentas, saldrá así del abandono en que se ve, y los expósitos mamarán con la leche el deseo del trabajo y se habituaran a él de su primera edad”.

Sin embargo, a pesar de la aprobación del senado y el respaldo de O'higgins a la reapertura del Hospicio, es hasta el Gobierno del General Freire donde el Hospicio reabre sus puertas.

No obstante el Hospicio por un largo tiempo llevo una vida precaria y llena de incertidumbre, tanto que en reiteradas ocasiones se pensó en clausurarlo. Hasta el 1844, año en que el Supremo Gobierno dicto el reglamento del “Hospicio de Pobres”, donde la Junta pasa a llamarse “Junta Directora de los Establecimientos de Beneficencia”, a la cual se incorporo el Hospicio. Esto permitió regularizar su situación económica y continuar prestando sus servicios por varias décadas más.

3.2 MEMORIAS HOSPICIO DE SANTIAGO, NÚMERO 2, (MONTAUBAN, ANTONIO, 1887)

Al lado de conocidos establecimientos de la asistencia pública, hay otros que poco o nada han preocupado al espíritu médico de esta localidad. Tal es el Hospicio de Santiago. A pesar de la utilidad y conveniencia que presta al público menesteroso y así a la sociedad entera, a pesar de las relaciones que tiene con la medicina social y

didáctica, este asilo de la miseria, ha estado oculto a las consideraciones de los hombres de la ciencia moderna.

Mendicidad

En el centro de población crecida como la de Santiago hay siempre una masa considerable de individuos impotentes o debilitados, necesitando acudir a un asilo hospitalario de la desgracia.

A nadie se le oculta que aquí es bastante crecida la mendicidad: no hay calles ni plaza pública en donde no se encuentren mendigos. No son ya indigentes aislados los que viven de las dádivas mezquinas del hombre caritativo, no sin perjuicio de la tranquilidad y bienestar de la sociedad. Digo que la tranquilidad y bienestar se resienten y con razón, hay pordioseros de punibles intenciones disfrazados con el traje de la miseria que aprovechan el descuido público para dar rienda suelta a sus hábitos pérfidos.

Nuestro Código Penal, castigando el libre tráfico de la mendicidad, ha tratado de refrenar la práctica de aquellos abusos, en la medida de lo posible; y al efecto, la autoridad local hubo de exigir la estricta vigilancia y fiel cumplimiento de esa disposición legal. Se pudieron observar ciertos rótulos colocados en lugares públicos muy concurridos, en que se advertía: "La mendicidad es prohibida en el departamento de Santiago".

La mortalidad del pueblo aumentó por entonces, tan solo porque a la triste y popular miseria se le quiso contrarrestar con el castigo del abandono. Nuestro hospicio abrió sin reserva de ninguna especie anchamente sus puertas, pero no pudo dar cabida a todos los postulantes, sólo pudo cobijar a un poco más de seiscientas personas. El hospicio, por otra parte, siendo el único y natural y refugio de los infelices indigentes, hoy día tan numerosos, su relativa estrechez ha obligado a volver al antiguo orden de las cosas, cual es, la mendicidad pública con todos sus abusos, practicada actualmente con entera libertad.

La naturaleza de la invalidez de los mendigos verdaderos permite reconocer que son afecciones patológicas de curso crónico e incurables. De aquí que no pudiendo ser admitidos en los hospitales, por cuanto en estos se admiten casi solamente los

enfermos sujetos a un tratamiento corto. No sería posible realmente, que nuestros hospitales tuvieran que atender a esta clase de pobres, pues si así sucediera, saldrían de su principal, puede decirse, único objeto que consiste en el tratamiento corto y eficaz de las enfermedades agudas.

Nuestro hospicio es un complemento indispensable de los hospitales y su existencia tan necesaria como la de ellos.

Un hospicio es un hospital establecido con doble fin: porque si no devuelve la actividad ni la salud perdidos para siempre, al menos con solícitos cuidados, con buena higiene y con recursos médicos, se consigue detener en parte las causas de destrucción que continuamente amenazan a una población ya debilitada accidentalmente por guerras y epidemias.

Descripción del hospicio

A principios del siglo XIX, la antigua "Ollería de los Jesuitas", ocupaba una parte del terreno y edificios que poco después, por disposiciones gubernativas, pasaron a formar el hospicio que fue destinado a servir de asilo permanente a los pobres.

Situado en el barrio sur este de la ciudad, ocupa allí una extensión de 25000 metros cuadrados, el edificio vasto, muy bajo en general y de un solo piso da frente a la calle de la Maestranza.

Cuéntanse en el hospicio, propiamente dicho, once salas destinadas a los pobres y ocho patios que las separan.

En el primer patio que es el más extenso y que está a la entrada del establecimiento, se encuentran las oficinas de portería, de recepción, de botiquín y el refectorio de las mujeres.

El departamento de las mujeres se compone de siete salas y de dos patios. Divididas en dos grandes secciones según la clase de imposibilidad que tienen, la primera, formada de cuatro salas, alberga ancianos, tullidos y reumáticos. Las otras tres salas se reservan a las indigentes que no pueden abandonar sus lechos por la afección o deformidad que padecen.

Un poco más al interior del patio descrito existe la sección de dementes y epilépticas simples o dementes epilépticas. Las salas en número de tres, están situadas en un mismo cuerpo de construcción, de tal manera que dos de ellas dan al patio directamente y están en continuidad, la tercera al fondo de éstas comunicando con

una de éstas por medio de una sola puerta. La disposición y condición de estas salas dejan que desear por lo que toca a higiene.

A la izquierda del establecimiento está el departamento de hombres, separados como el de las mujeres también, según la clase de imposibilidad, en dos secciones: la primera comprende los ancianos y otros, la segunda los dementes y epilépticos.

El patio de los ancianos está formado por la reunión de las tres salas dormitorios y por la enfermería. Estos dormitorios son inadecuados, se respiran allí malos olores en virtud de su disposición y malas condiciones higiénicas, su piso de ladrillo, como el de casi todas las demás, mantiene continua humedad incompatible con la poca resistencia de los asilados, especialmente de los reumáticos.

Los fatuos, término común que comprende los imbéciles, dementes e idiotas, ocupan el último de los cuerpos del edificio. Los imbéciles que ocupan el primer escalón de la demencia han sido aprovechados en el servicio interior del establecimiento para desempeñar ciertos actos que requieren poquísimas aptitudes. Sin embargo, como suelen ser impulsados a cometer algunas faltas propias de sus hábitos deshonestos y reprochables, es precioso mantenerlos siempre bajo una inmediata vigilancia.

Las letrinas de los dementes existen en un mismo patio a poca distancia de sus asientos, y cuando el calor del medio eleva la temperatura, en ese patio la fermentación pútrida llega a su máximum, y la elevada temperatura de las murallas que lo encierran de todos lados hace imposible la renovación fácil de ese aire impuro.

La naturaleza perdida de la sensibilidad al gusto y olfato inclina a estos desgraciados a toda clase de actos sucios muy apropiados para el desarrollo de enfermedades contagiosas. Entregados a ningún movimiento en el reducido espacio de que disponen, su exposición permanente al frío en el invierno y la escasez de vestidos, que consisten en un largo saco azul de tela delgada, un pantalón de la misma tela y una camisa interior, estos dementes, descalzos y pisando el helado y húmedo asfalto, están muy predispuestos a las inflamaciones viscerales, sobretodo torácicas, que sólo se manifiestan al exterior en las últimas fases de su curso. Esta insensibilidad general del demente le presenta en un terreno muy poco satisfactorio al médico, porque apenas se puede contar con poquísimos tiempo para entrar a combatir la enfermedad tan adelantada.

Los dementes agitados no pueden ser atendidos en el hospicio en vista de la falta de elementos de represión de que adolece. Cuando un demente de cualquiera grado es atacado de ideas o hechos delirantes es enviado al manicomio para su tratamiento. Por fortuna estos dementes agitados se presentan rara vez en el hospicio.

Enfermería

La enfermería del hospicio está destinada a los hombres. Puede admitir hasta 35 enfermos, está situada entre el departamento de ancianos, por el sur y la iglesia por el lado opuesto, mide 40 metros de largo por 7 de ancho y 5 de alto. Allí se atienden a todos los enfermos del departamento de los hombres, siempre que no sean de afecciones muy agudas, en cuyo caso son enviados al hospital, o que no sean enfermedades contagiosas.

El departamento de las mujeres no cuenta hasta ahora con una enfermería propiamente dicha, las enfermas están distribuidas en los dormitorios correspondientes en donde son asistidas. Es un inconveniente serio que tiene la casa y su remedio es de urgente necesidad, pues, resulta que a menudo se presentan muchas enfermas al mismo tiempo y que están en una misma sala, y como las condiciones higiénicas de los dormitorios son medianamente regulares para este fin, deben serlo muy malas para que puedan servir de depósitos de enfermas en menor o mayor número.

Las enfermedades que han reinado en el hospicio en este último tiempo y que han sido tratadas allí en la enfermería o en los hospitales, son: en los viejos, hemorragia cerebral, con o sin reblandecimiento, parálisis agitante, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, insuficiencia mitral, estrechez orgánica del corazón, asistolias, asma, reumatismo agudo y crónico, reumatismo fibroso poliarticular. En los jóvenes; neumonías, bronconeumonía, bronquitis aguda y crónica, tuberculosis pulmonar, tumores cerebrales, congestión cerebral, congestión pulmonar, nefritis, catarro e inflamaciones del canal digestivo y urinario, úlceras varicosas y escrofulosas, catarros conjuntivales, entre otras.

Asistencia médica

Un médico que tiene una escasísima remuneración, 20 pesos mensuales, presta servicios a los enfermos del establecimiento. Su obligación es ir dos veces por semana de un modo fijo; y en caso de necesidad, cada vez que se la llame.

Bajo tales condiciones, la asistencia médica no puede menos que ser deficiente y poco útil. Por eso tienen que mandar con frecuencia a los enfermos graves a los hospitales, en busca de socorros dados y más eficaces.

La administración lamenta, con justa razón, un estado semejante y está dispuesta a ponerle remedio tan pronto como las circunstancias se lo permitan. Sólo la miserable escasez de sus rentas la hace mantenerse en esta situación.

Teniendo en consideración las causas de inutilidad de muchos de los asilados, creemos que un especialista podría prestar ahí servicios de grande importancia y aun cuando la ciencia médica haya adquirido gran desarrollo en la capital, el hospicio lamenta que esos alcances no hayan penetrado en él.

3.3 MEMORIAS HOSPICIO DE SANTIAGO, NÚMERO 3, (MONTAUBAN, ANTONIO, 1887)

Refecciones

Hay dos pequeñas salas destinadas a servir de comedores: una colocada en el primer patio para las mujeres y otra dependiente del departamento de hombres, al lado de la enfermería. Ahí acuden a ciertas horas los indigentes válidos para recibir su alimento, a los inválidos se les distribuye las raciones en el lecho mismo como en los hospitales.

Asilo de niñas

Esta sección, compuesta actualmente de 61 niñas de corta edad, ocupa el patio más grande, situado al poniente de la casa. Se compone su edificio de una construcción antigua de dos pisos destinados, el superior, a servir de taller de las pequeñas asiladas y donde permanecen en el día, el inferior, a servir de comedor una parte y de dormitorio el resto. Los salones son espaciosos, la ventilación natural se hace fácil, y en general, puede decirse que reúne casi todas las buenas condiciones propias a hacerlas muy adecuadas a su destino por su salubridad.

Anexos del hospicio

Entre los hospicios con que se cuenta el establecimiento debo contar el matadero, el servicio de cocina y el de lavandería, la iglesia, una escuela para externos, entre otros.

Sólo haré mención especial de la oficina de botica que surtida de los principales y más útiles medicamentos, está en muy buen pie para prestar casi todos los servicios

necesarios que se ofrecen en el establecimiento, provisto de un laboratorio de farmacia y de todos los requisitos exigidos.

Alimentación

El régimen alimenticio de los asilados en el siguiente:

“A las siete de la mañana se da a los hombres una taza de agua caliente y a las mujeres infusión de hierba mate. El almuerzo se sirve a las diez de la mañana, y consiste en un plato de puchero, de carbonada u otro guiso abundante. La comida se da a las cuatro de la tarde, a esta hora se les sirve dos platos, por lo común, puchero y frejoles. A más de esto, tres o cuatro panes de primera calidad, cada pan de 100 o más gramos de peso.

De estos datos se colige que la alimentación de los pobres aislados es suculenta, nutritiva y abundante.

Régimen interno

Las hermanas de la caridad, que han tomado desde algunos años atrás la dirección de la casa, cuidan del aseo, de a ropa, de la limpieza, de la alimentación de los pobres y están también encargadas de guardar el orden y la moralidad y de todas las demás incumbencias que esta clase de asilos necesitan y exigen.

Movimiento del hospicio

Desde el año 1869 hasta enero de 1887 han ingresado 2858 indigentes, de los cuales 1553 son hombres, y 1205 mujeres. La entrada media anual es de 153, la de los hombres, 85 y la de las mujeres, 68.

Las altas han sido: 892 hombres, 624 mujeres, en total son 1472.

La mortalidad fue: 748 hombres, 562 mujeres, en total son 1310

La existencia en 1 de mayo de 1887 es de: 198 hombres, 331 mujeres, en total son 528

Edificios, disposición interior

A pesar de que mucha parte del edificio ha ido construyéndose desde 15 años a esta parte, no está en buenas condiciones que lo acrediten de suficiente salubridad. Los patios son estrechos por la altura de las salas que les forman, no hay facilidades para la libre aireación y ventilación de sus diversos departamentos. Casi todas las salas de los dormitorios se reúnen entre sí formando ángulos, a donde no llegan las corrientes de acción renovadora del aire viciado.

Cada sala contiene un número excesivo de camas por ser aquella muy baja, angosta y poco ventilada.

El piso actual de ladrillos que tienen las salas en general, tiene muy serios inconvenientes, absorbe la humedad del agua con que se lava y los productos de fermentación. La influencia patogénica de esta clase de piso es muy grande y se hace sentir especialmente en los reumáticos que proporcionan la mayor mortalidad.

3.4 SEMINARIO DE TÍTULO: DIAGNOSTICO ORGANIZACIONAL INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA, EDUARDO FREI MONTALVA. ESPINOZA, IGNACIO; ORELLANA, MAXIMILIANO, (2009)

El Instituto Nacional de Geriatria Presidente Eduardo Frei Montalva, es el único hospital público del país orientado a la atención exclusiva de pacientes de la tercera edad, con una oferta de camas de Hospitalización de Agudos y de Media Estadía, con criterios de ingreso cuya finalidad es el tratamiento del paciente geriátrico. Se integra en la Red de Establecimientos Públicos del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO), en los Servicios de Salud de la Región Metropolitana (RM), y en general, en el Servicio Nacional de Servicios de Salud (SNSS)

El instituto está encargado de realizar las siguientes tareas:

- Entregar atención y cuidados de salud de atención cerrada y abierta al paciente geriátrico.
- Capacitar al cuidador principal del adulto mayor.
- Formar Recursos Humanos, tanto profesionales como técnicos para la atención y cuidados de la salud de los adultos mayores, como integrantes de un equipo multidisciplinario.

- Investigar temas que impactan el estado de salud funcional de los adultos mayores.
- Asesorar en temas de la especialidad al Programa del Adulto Mayor de MINSAL y otros organismos públicos.

Los orígenes del INGER se remontan a 1968, año en que parte de los residentes del Hospicio de Santiago son trasladados a las que son actualmente las dependencias del establecimiento, constituyéndose así en el continuador del ex Hospicio hasta 1976, año en que pasa a denominarse Centro Geriátrico. El 28 de mayo de 1999, el ING pasa a llamarse "Instituto Nacional de Geriátrica, Presidente Eduardo Frei Montalva".

Los pacientes objetivo del instituto son aquellos pacientes frágiles –autovalentes con riesgo- y aquellos en situación de dependencia, principalmente aquellos parcialmente dependientes. La Misión del Inger se define como “Somos una Institución pública que atiende al Adulto Mayor (AM) frágil, en la especialidad de Geriátrica a través del Modelo de Atención Geriátrica Integral (MAGI).

El instituto ejecuta tareas en extremo complejas, con limitaciones de recursos humanos y económicos; en un contexto de rigidez en la ejecución presupuestaria y en la configuración de su estructura, debido a las disposiciones del MINSAL; y con un entorno poco preparado para enfrentar la problemática del adulto mayor de forma integral.

En su Planificación Estratégica 2008 – 2010 el INGER plantea objetivos Estratégicos, tanto generales como específicos que deben ser llevados a cabo durante el presente trienio.

Objetivos Generales

- Mejorar la calidad de atención mediante la creación de un modelo de atención integral especializado para el adulto mayor.
- Gestionar el campo clínico para desarrollar investigación clínica y docencia a clientes internos y externos.
- Contar con servicios de apoyo para lograr mayor resolutiveidad en las prestaciones.
- Promover e impulsar la participación de los funcionarios, mejorando el clima organizacional y fortalecer los equipos de trabajo, así como la red de comunicación interna y externa.

La tarea básica del INGER es multidimensional, incluyendo no solamente el recuperar la funcionalidad y la salud del paciente adulto mayor de una manera integral –médica, kinesiológica, terapéutica, nutricional, psicológica y social, entre otras-, sino además el capacitar a la familia del paciente

La estructura del INGER presenta las características propias de una burocracia profesional, donde el poder y la autonomía de los expertos que desarrollan las actividades de producción –médicos y, en menor medida, otros profesionales del área salud- resulta gravitante.

Con respecto a los recursos humanos de la institución se aprecia que cerca de la mitad del personal pertenece a los estamentos de médicos y profesionales no médicos, cuya gran mayoría se desempeña en funciones de producción clínica. De lo anterior se desprende que el personal es altamente calificado. Esta tendencia es alcista, puesto que se han contratado un número significativo de profesionales, lo cual contrasta con una disminución moderada del personal auxiliar.

En el ámbito financiero, podemos decir que los ingresos más relevantes están relacionados con las transferencias efectuadas por FONASA, como contrapartida de las prestaciones efectuadas por el INGER, de las cuales las más relevantes son las transferencias institucionales. Además, los ingresos propios del INGER –que permiten mayor flexibilidad en su utilización– sólo representan un 6% de su presupuesto, lo que implica que existe bastante rigidez en cuanto a la ejecución presupuestaria del INGER. Los costos más relevantes del INGER son los gastos de personal, lo cual es razonable para una organización que ofrece servicios de especialistas altamente calificados.

El INGER debe desarrollar tareas en extremo complejas, enfrentando la dificultad adicional de limitaciones en cuanto a recursos humanos y económicos; en un contexto de rigidez en la ejecución presupuestaria y en la configuración de su estructura, debido a las disposiciones del MINSAL; y con un entorno poco preparado para enfrentar la problemática del adulto mayor de forma integral.

La producción clínica del INGER presenta los siguientes aspectos:

La **Unidad de Gestión del Usuario (ex SOME)**, encargada de las de la admisión de pacientes y de la generación de las estadísticas de producción del INGER. Ésta es una unidad de apoyo, que cumple con la función de proveer de pacientes a las distintas unidades clínicas y evitar a médicos y demás profesionales de la salud el desgastarse en las labores realizadas en la frontera del INGER, en relación con el contacto con pacientes y otras unidades. El flujo de interconsultas, derivaciones y contra derivaciones de pacientes resulta complejo de comprender y de gestionar, lo que plantea uno de los grandes desafíos de la UGU. El otro problema lo constituye la significativa cantidad de pacientes que cancelan sus horas médicas y aquellos que confirman y no se presentan. Todas estas labores, que resultan claves en el proceso de atención del INGER, son efectuadas de manera eficiente por esta unidad. La Subdirección de **Gestión del Cuidado** también realiza la función de apoyo consistente en proveer los recursos humanos de enfermería necesarios para el funcionamiento de las unidades de producción clínica -CEA, Camas Indiferenciadas y Hospitalización Diurna-.

Con respecto a las unidades de producción, podemos señalar que el **CEA**, unidad fundamentalmente dedicada al diagnóstico y evaluación de pacientes que éste realiza sus labores de manera adecuada. Por su parte, **Camas Indiferenciadas** cumple con sus objetivos de producción y realiza su tarea de forma adecuada, siendo el principal problema que afecta a esta unidad el hecho de que algunos pacientes no desean ser dados de alta o bien, no tienen a dónde vivir una vez que dejen la institución.

Hospitalización Diurna realiza una importante labor en la atención ambulatoria y de media estadía a pacientes con enfermedades y síndromes geriátricos específicos. Resulta una unidad clave en el modelo de atención del INGER y resulta altamente innovador para la realidad chilena, cumpliendo además la importante función de atender a adultos mayores que padecen enfermedades cubiertas por GES. La producción clínica de Hospitalización Diurna se ve dificultada por dos motivos fundamentales. El primero es la extremada especialización de sus profesionales y la poca relación entre sus distintas subunidades hacen imposible que se comparta la carga de trabajo o exista un pool de profesionales compartidos por las diferentes unidades; lo que implica que pueden haber profesionales que no estén ocupados a máxima capacidad, pero que resulta imposible prescindir de ellos debido a que su función es clave para el funcionamiento de la clínica.

El cumplimiento de sus otros objetivos –capacitación e investigación- resulta menos evidente, debido principalmente a que la organización y sus trabajadores tácitamente le asignan prioridad al desarrollo de las actividades asistenciales por sobre estas otras actividades. Probablemente, en la medida en que el INGER cuente con mayores recursos materiales y humanos, estos objetivos alternativos adquirirán mayor relevancia y podrán ser desarrollados en mayor profundidad.

Los esfuerzos del INGER en la materia del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los adultos mayores pueden volverse del todo insuficientes si no forman parte de la elaboración de un completo sistema de apoyo y protección al adulto mayor, impulsado por el Estado y desarrollado por la sociedad como un todo, sobre todo si se considera el aumento de la población de adultos mayores que se producirá en Chile en los próximos años, situación que es percibida por los funcionarios del INGER.

El INGER cumple un rol fundamental dentro de esta configuración social. Constituye un eslabón importantísimo en la cuestión del Adulto Mayor en Chile, por lo cual no sólo se debe garantizar su existencia, sino que debe ser potenciado, mediante el esfuerzo del Estado –por cierto-, pero también mediante esfuerzos de privados.

CAPITULO 5:

Exploración y análisis de la historia

1 CRONOLOGÍA DE LOS PRINCIPALES HITOS

1.1 HOSPICIO DE SANTIAGO:

1768-1769: Primeras disposiciones y recomendaciones del Gobierno central en relación a la asistencia de los ancianos, indigentes y abandonados datan del 14 de agosto de 1768 y 9 de julio de 1769.

1761: Rey otorga licencia al Marqués de Montepío para erigir formalmente el Hospicio de pobres, Hospital de expósitos y mujeres arrepentidas. Sin embargo el hospicio no fue abierto después de esta disposición.

1804: El hospicio de Santiago abre sus puertas y recibe aproximadamente 200 pacientes. El lugar donde se ubica es la antigua Ollería.

_Manuel de Salas propone una solución económica para al mantención del hospicio; la creación de industrias dentro del Hospicio.

1811: El Hospicio es evacuado y se convierte en cuartel de las tropas españolas y también en su momento de las patriotas, quedando en ruinas.

1820: Se restablece el Hospicio de Santiago por ordenamiento del Dictador Supremo don Bernardo O'Higgins.

1844: Después de varios años de precariedad e incertidumbre, el Hospicio de Santiago regulariza su situación. Esto debido al dictamen del reglamento del "Hospicio de Pobres", donde se incorpora a la junta directora de establecimientos de beneficencia.

Finales de los años 60': El Hospicio de Santiago cierra sus puertas y sus pacientes son trasladados a distintas instituciones tales como Paz de la Tarde, El Peral, El Open Door y las instalaciones del Hospital San Luis.

1967: la Posta Central es trasladada desde la calle San Francisco al actual edificio que ocupa en Portugal 125. La posta central se instala en los terrenos que ocupó hasta ese entonces el Hospicio de Santiago.

1.2 HOSPICIO EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL SAN LUIS

1968: Desde el ex Hospicio de Santiago, se trasladan algunos pacientes a las instalaciones del Hospital San Luis, ocupando el primer piso del sector A.

1.3 CENTRO GERIATRICO

1976: La institución pasa a llamarse Centro Geriátrico⁷

1983: Nombramiento de la Doctora Juana Silva como directora de la institución, quien sucede al Médico Lubjetic.

1984: El servicio de Salud metropolitano oriente, le da el carácter de centro de atención especializado de atención de salud de la población anciana⁸.

1984: Se dicta resolución con nuevas exigencias para el ingreso de pacientes

1.4 INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

1997: Fue el 21 de agosto de 1997, cuando se le reconoce y recibe el nombre de Instituto Nacional de Geriatría y cambia su clasificación de establecimiento tipo 3 a 2, con lo que adquiere una jerarquía mayor en el Ministerio de Salud⁹.

1.5 INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA, EDUARDO FREI MONTALVA

1999: El instituto pasa a ser un establecimiento único en su especialidad y de cobertura a nivel nacional, adoptando el nombre del ex presidente Eduardo Frei Montalva¹⁰.

2004: autoridad sanitaria promulga la ley 19937¹¹, que impone nuevas exigencias en la parte administrativa

⁷ Fuente: www.ingerchile.cl

⁸ Fuente: www.ingerchile.cl

⁹ Fuente: www.ingerchile.cl

¹⁰ Fuente: www.ingerchile.cl

2 DIRECTORES DE ESTA INSTITUCIÓN

Uno de los objetivos de esta investigación era poder descubrir quienes fueron los directores de esta institución, y en que etapa ejercieron la dirección del INGER. Sin embargo, al intentar responder a esta interrogante, descubrimos que no existe total claridad para cumplir de forma cabal este objetivo. Algunos entrevistados señalan que fueron entre 3 a 5 directores que precedieron al doctor Lujbetic (predecesor de la actual directora).

A pesar de lo anterior, en las entrevistas abiertas se rescatan algunos nombres de directores de esta institución, los cuales son mencionados a continuación:

- El Medico Dreckman, quien la directora cree que fue el primer director de esta institución, también fue mencionado por funcionarios antiguos como participe del traslado de los pacientes proveniente del ex Hospicio de Santiago a las instalaciones del ex Hospital San Luis.
- La medico Escobar, mencionada en varias entrevistas como Directora
- La medico Maria Hamuy, la cual es mencionada por un funcionario antiguo¹² proveniente del Hospicio de Santiago.
- Medico Lujbetic: Predecesor de la actual directora de la institución. Fue director en la época en que la institución era Centro Geriátrico.
- La Medico Juana Silva: Medico especializada en Geriatria, desde el 1983 hasta la fecha ocupa el cargo de directora de esta institución.

¹¹ Entrevista a autoridad

¹² Entrevista a funcionario

3 UNA APROXIMACIÓN AL CONOCIMIENTO DE CADA ETAPA

3.1 HOSPICIO DE SANTIAGO

Basados en los documentos relevantes, y entrevistas a funcionarios, es que hemos reconstruido la historia del hospicio de Santiago desde la época de la colonia hasta a mediados de los años 60' cuando esta institución cierra sus puertas.

De los documentos relevantes es posible rescatar el origen del Hospicio de Santiago, que se remonta a la época de la colonia.

La intención de crear un hospicio empieza a gestarse en el siglo XVIII, a través de disposiciones y recomendaciones del gobiernos central y la iniciativa del Marqués de Montepío por la fundación del un hospicio para niños abandonados, ancianos desvalidos y mujeres de la vida "aireada".

A través de las disposiciones y creencias de las distintas partes involucradas (Estado y benefactores), Se empieza a dar forma no solo al tipo de estructura física de los hospicios, sino que también a la disposición de las salas, su inmobiliario, la distribución de los individuos dentro del hospicio e incluso la enseñanza e instrucción que los hospicianos debían tener, ya sea en lo referente a lo laboral como también en lo religioso.

Cabe destacar que la preocupación de establecer un Hospicio no solo tenía la finalidad de paliar el abandono, también se observa en distintos relatos de los documentos recolectados, la intención de disminuir u ocultar la mendicidad en las calles.

Es importante señalar que a pesar de que la Real Cedula acepto la fundación del Hospicio de Santiago e incluso designo los terrenos pertenecientes al ex colegio San Pablo como hospicio, no es hasta el siglo XIX, durante el gobierno del Presidente Luis Muñoz Guzmán, donde se re-establece la misión de crear el hospicio de pobres.

Es en la Ollería (terrenos que ocupa actualmente la Posta Central), lugar que estaba a cargo de los religiosos del San Juan de Dios, donde se instala finalmente el Hospicio de Santiago. El presidente Luis Muñoz Guzmán designa esta tarea a Manuel de Salas, quien finalmente jugó un papel importante dentro de la historia de esta institución.

Luego de su fundación, El Hospicio se ve enfrentado a una compleja situación económica, que deriva en deudas y un porvenir lleno de incertidumbre. Pero es Don Manuel de Salas quien propone en 1804, una solución para la mantención económica del Hospicio, la cual tiene importantes implicancias en la organización del Hospicio, el día a día y la florescencia de este en los años venideros.

Manuel de Salas propuso la implantación de algunas industrias en el Hospicio, lo cual tenía dos grandes fines: la obtención de recursos para su mantenimiento y la preparación de obreros competentes y honestos para las incipientes actividades industriales del país. Las principales industrias instaladas en aquellos años fueron: la de hilados de cáñamo y lino, la de tejidos para velamen de los buques y la de extracción de aceite de linaza, lo que llegó a constituir una de las principales áreas de exportación.

La situación política de la época de la colonia, provoca la evacuación y destrucción de las instalaciones del Hospicio y a pesar de los intentos de restaurar el Hospicio después de la independencia, no es hasta el Gobierno del General Freire donde el Hospicio reabre sus puertas.

Ahora damos un salto en el tiempo para mostrar como era el Hospicio de Santiago en su última década de existencia, los años 60', según los relatos orales recogidos a lo largo de nuestra investigación.

Algunos relatos orales, recogidos hacen cuenta de que dentro del Hospicio se llegó a albergar a más de 1000 hospicianos, de todas las edades y de diversa condición física y cognoscitiva. También se menciona la existencia de diversas fabricas tales como fabricas de escobas, panadería, fabricas de juguetes, grandes jardines, una bomba de bencina e incluso una lavandería central, la cual lavaba a todos los hospitales de la zona central de Santiago. También se señala la participación de los Hospicianos en algunos quehaceres o labores dentro del Hospicio.

Esto nos lleva a concluir que la finalidad por la cual se fundo el hospicio de Santiago se mantuvo hasta el final de los años de esta institución, ser un refugio para los desamparados, mujeres, bebes, niños, hombres y ancianos. También se deduce que así como otras instituciones, tales como la casa de orates, el Hospicio sirvió para esconder realidades de las distintas clases sociales, pacientes que estaban ahí más que por enfermedad, sino más bien como forma de ocultarlos a la sociedad.

Al realizar el nexo entre los documentos que hacen referencia al Hospicio de Santiago en la época de la Colonia, observamos que las ideas de Manuel de Salas de promover

dentro del Hospicio la creación de diversas industrias para la mantención económica del Hospicio y para que los residentes trabajaran en ellas, se mantiene hasta el fin de los días del Hospicio.

Otro punto mencionado en las entrevistas son las contribuciones a la medicina y a la geriatría, a través del Doctor Froimovich, quien a través de una mirada bastante particular y en general no muy bien recibida por otros geriatras o personas relacionadas al mundo de la salud, realizaba investigaciones y según algunos relatos, experimentos con los pacientes ancianos del Hospicio.

En relación al cierre del Hospicio de Santiago, este se produce a finales de los años 60', durante el gobierno de Eduardo Frei Montalva. A las instalaciones del Hospicio de Santiago, ubicadas en Avenida Portugal, se traslada el 1967 la Posta Central desde la calle San Francisco donde ocupaba una gran casona.

El cierre del Hospicio genera un traslado masivo de los residentes de esa institución a distintas instituciones de Salud. Algunos pacientes son enviados a Putaendo, otros a la Paz de la Tarde, al Peral, y a al Open Door, también se trasladan pacientes a las Instalaciones del ex Hospital San Luis, dando origen posteriormente a esta Institución, Instituto Nacional de Geriatría Eduardo Frei Montalva.

3.2 HOSPICIO EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL SAN LUIS

El 1968, se trasladan pacientes y funcionarios provenientes del ex Hospicio de Santiago a las instalaciones del ex Hospital San Luis, ocupando el primer piso del sector A.

Según el relato de un funcionario proveniente del Ex Hospicio de Santiago, el traslado se realiza de forma paulatina, primero se derivaron aproximadamente 30 pacientes a estas instalaciones y posteriormente fueron llegando el resto de los pacientes provenientes del Hospicio.

Además de los remanentes de Hospicio, se empieza a recibir a nuevos pacientes no hospicianos, muchos de ellos en precarias condiciones físicas y económicas, personas sin techo. Es así como poco a poco, el hospital San Luis fue cediendo parte de su estructura física ante las nuevas necesidades y el crecimiento explosivo en el número de pacientes. Finalmente el Hospital San Luis se traslada a las instalaciones del

Hospital Salvador, quedando a total disposición la infraestructura física para el Instituto Nacional de Geriatría.

En relación al número de pacientes hospitalizados en aquella época, según los datos recolectados en algunas entrevistas, se dice que llegaron a ser más de 400 e incluso 600 pacientes, provocando una sobrepoblación de paciente en las habitaciones y en las dependencias en general, incluso en varios relatos se comenta el uso de la iglesia como albergue de pacientes.

En lo que respecta a las relaciones interpersonales, varios de los entrevistados, hacen referencia a la cercanía y unión que existía entre los funcionarios, y también entre funcionarios y pacientes. Esto se observa en los relatos de varios entrevistados, quienes utilizan términos o palabras tales como “vivían integrados”, “ambiente familiar”, “unión”, “domestico”, “el funcionario era como su familia” al referirse al ambiente de trabajo y la relación con el paciente existente en este periodo. También algunos comentan sobre las celebraciones de cumpleaños, fiestas para los niños e incluso candidaturas a Reina.

3.3 CENTRO GERIÁTRICO

En el año 1976 pasa a llamarse centro geriátrico y es en 1984, cuando el servicio de Salud metropolitano oriente, le da el carácter de centro de atención especializado de atención de salud de la población anciana¹³.

Durante el periodo en que esta institución fue centro geriátrico (1976-1997), llega a la institución la Doctora Silva, en aquella época recién egresada de la carrera de medicina y según lo que ella nos comenta, con gran interés por especializarse en geriatría. El director de ese entonces, el medico Luis Lujbetic, la invita a integrarse en un contexto de investigación, porque como señala la misma doctora “no había cargo en el que la pudieran contratar”, esa así como parte actualizando las fichas medicas de los pacientes.

A comienzos de los 80' la institución tenía aproximadamente 240 camas, y la dotación de médicos y profesionales en aquel entonces, en palabras de la directora:

“La dotación de médicos que había para esa cantidad de camas eran el director y dos cargos más, o sea habían tres cargos médicos para toda esta institución y habían

¹³ Fuente: www.ingerchile.cl

cuatro cargos de enfermeras que solamente venían en horario diurno, o sea había enfermera hasta las cuatro cinco de la tarde, había dos kinesiólogos y dos terapeutas, en ese instante, una asistente social y una nutricionista, ese era todo el equipo de profesionales que existía”.

La labor que realizaba el centro geriátrico a principios de los años 80’ según lo que nos comentan varios de los entrevistados, era ser una institución de larga estada, en otras palabras su función era generar bienestar a los pacientes pero sabiendo que en general los pacientes venían a morir. Algunas frases o palabras que reafirman lo anterior son “el Centro Geriátrico era la continuidad del ex Hospicio de Santiago”(entrevista A1), “era como un asilo”, “era como una casa de reposo”. Incluso, según nos señala una funcionaria de esta institución, esta percepción o creencia también la tenía la gente externa.

Esta percepción de “institución de larga estada” o “continuidad de Hospicio”, probablemente se debe al número de días de estada de los pacientes de la institución, que en aquella época según algunos relatos de los entrevistados, era de meses e incluso años. Además esta percepción se reforzaba con la presencia de los Hospicianos en la institución.

Cabe señalar que esta situación paulatinamente va cambiando, debido a nuevas disposiciones y exigencias para el ingreso de pacientes, por ejemplo el requerimiento redactado el 1984 por la doctora Silva, que hace mención a las nuevas exigencias.

También en el periodo en que esta institución es centro geriátrico, según algunas de las entrevistas efectuadas, empieza a efectuarse un proceso de capacitación al personal, dando la oportunidad a los trabajadores de esta institución de completar sus estudios o perfeccionarse. Algunas autoridades hacen mención de capacitaciones sobre las 1500 horas, y la formación de técnicos paramédicos. Este es uno de los primeros pasos en dirección a la profesionalización de la institución.

En relación al número de pacientes, según lo que comentado por varios funcionarios, a comienzos de los 90’ las camas habían sido reducidas prácticamente a la mitad, 120 camas aproximadamente, de las cuales 50 eran utilizadas por hospicianos y el resto eran pacientes que venían a rehabilitarse.

En lo que respecta a la dictadura, algunos entrevistados relatan como fue la vivencia de la dictadura dentro de la institución, en general de las entrevistas se concluye que el contexto político en el cual estaba inserta esta institución (dictadura) cuando fue centro geriátrico, no tuvo grandes incidencias dentro de la institución. Los directores de aquella época, trataron de no marcar diferencias, por lo menos en lo que respecta al contexto político, entre esta época y las otras en las cuales ha estado presente esta institución.

3.4 INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA Y SU POSTERIOR NOMBRAMIENTO COMO INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA, EDUARDO FREI MONTALVA

Fue el 21 de agosto de 1997, cuando se le reconoce y recibe el nombre de Instituto Nacional de Geriatría y cambia su clasificación de establecimiento tipo 3 a 2, con lo que adquiere una jerarquía mayor en el Ministerio de Salud.

Posteriormente, en el año 1999 el instituto pasa a ser un establecimiento único en su especialidad y de cobertura a nivel nacional, adoptando el nombre del ex presidente Eduardo Frei Montalva.

Cabe mencionar que el cambio de centro geriátrico a instituto fue realizado de forma paulatina, como señala el profesional entrevistado:

“El hospital llegó a ser instituto cuando puntuaba, por decirlo de algún modo, como para ser instituto. No es que de Centro Geriátrico le pusieron un nombre de instituto y había que prepararse para ser instituto, no. Insensiblemente, se iban aumentando, profesionalizando la actividad, y se iban llegando a niveles que acreditaban pasar a ser instituto”(Entrevista P1)

En relación a esta última cita se deben destacar otros aspectos que aparecen como relevantes durante este periodo, la profesionalización y el aumento de exigencias internas y también de parte del Ministerio de Salud.

Según los datos recolectados, es en este periodo donde se han incorporado más profesionales a la institución, en la actualidad el instituto cuenta con 22 médicos, entre 10 a 8 enfermeras, además de otros profesionales y técnicos.

El 2004 la autoridad sanitaria promulga la ley 19937¹⁴, que impone nuevas exigencias en la parte administrativa, las cuales ha tenido implicancias en la gestión del instituto así como también implicancias jerárquicas, en la estructura administrativa de la institución.

También en las entrevistas se hace referencia al tipo de paciente y promedio de días de estadía en la institución. En relación al tipo de pacientes, es posible señalar que son pacientes con enfermedades y tratamientos específicos a los cuales la institución les puede ofrecer algo real. En lo respectivo a los días de estada, en la actualidad el promedio corresponde a 22 días, una cifra muy inferior a las de otra época de la institución.

Una posible explicación a la disminución considerable en los días de estada se explica en parte por los cambios antes señalados, a esto se agrega los avances de la medicina que ofrecen tratamientos más concretos, efectivos o de menor duración.

4 CAMBIOS PERCIBIDOS EN EL TRANSCURSO DE LA HISTORIA DE ESTA INSTITUCIÓN

4.1 PRINCIPALES CAMBIOS QUE DETECTAN LAS AUTORIDADES

De las entrevistas realizadas a este segmento de la organización se puede deducir que las autoridades en general perciben los cambios ocurridos en esta institución de forma positiva, percibiendo el presente y futuro como mejores que el pasado.

En general se percibe un cambio en la labor que realiza el establecimiento, puesto que cuando el Hospicio de Santiago se trasladó a las instalaciones del Hospital San Luis era realmente una institución de larga estadía dónde los hospicianos venían a vivir y morir, es decir, era una especie de casa de reposo que servía como residencia para las personas desamparadas, lo que dista bastante de los servicios que se prestan actualmente que están enfocados en la recuperación de las patologías en pacientes adultos mayores. Este cambio se refleja también en que cuando se produjo el traslado habían 400 camas a diferencia de las cerca de 80 que existen actualmente, en cuanto a los requisitos de ingreso estos eran muy distintos antiguamente, puesto que como era

¹⁴ Entrevista A4

una institución de residencia se pedía traer una chata, ropa, juegos de sábana, e incluso algunas personas traían un baúl con sus objetos personales. El equipo de profesionales que existía en ese tiempo también era bastante reducido puesto que contaban con tres cargos médicos, cuatro enfermeras, dos kinesiólogos, dos terapeutas y una nutricionista. En este tema se observa que las autoridades perciben con una mirada positiva la profesionalización que ha experimentado la institución, lo que ha significado también una mejor atención para los pacientes, ya que actualmente se cuenta con 22 médicos que acuden en turnos tanto de día como de noche.

También es importante mencionar la precariedad de recursos con los que contaba el hospital, a diferencia de lo que sucede actualmente ya que esto ha disminuido considerablemente. Un aspecto en lo que se reflejaba esta carencia de insumos con los cuales trabajar era el tema de la ambulancia puesto que la institución no contaba con este vital elemento por lo que los pacientes eran trasladados en una camilla a través de la cuadra para llevarlos al hospital del Salvador, con todo el riesgo que conlleva eso tanto para el enfermo como para el personal que realizaba estas funciones, que al estar apurados pudieran ser atropellados. Por lo que también estos cambios se han notado en el hecho de poder tener mejoras en cuanto a los insumos y recursos con los que cuenta el hospital, ya que no sólo ha aumentado la profesionalización sino que también ha habido un aumento de la importancia en la mejora de las condiciones con las que se atienden a los enfermos, en cuanto a equipos médicos más especializados y la adquisición de una ambulancia que pudiese otorgar una atención más integral a los pacientes.

Es importante también mencionar los cambios que se han producido en las relaciones interpersonales que se dan entre los integrantes del personal, en cuanto a que anteriormente había más unidad entre ellos y se traspasaban los límites de lo doméstico a lo laboral. Como ejemplificación de esto la directora menciona el caso de una enfermera a la que el marido la estaba engañando y la amante llamaba al teléfono del hospital y todos los funcionarios sabían que la amante era la que estaba llamando y algunos la retaban y otros negaban a la enfermera. En esta historia se refleja la cercanía que existía entre los miembros del personal y de cómo estos que estaban enterados de detalles de la vida privada de los distintos integrantes. Lo que actualmente no sucede en gran magnitud puesto que los empleados están más enfocados en la realización de sus tareas debido a las nuevas exigencias que ha impuesto el Ministerio de Salud, principalmente a través de la nueva ley 19937¹⁵.

¹⁵ Ley realizada con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

Otro aspecto importante de mencionar es la relación entre los funcionarios y los pacientes que se establecía, tal como se reflejaba en las siguientes palabras de la directora:

“O sea ellos eran como una familia o sea, de hecho estas personas no tenían a nadie, reconocido en la vida, aunque algunos por ahí aparecían, entonces, ellos eran como su familia el auxiliar, el cuidador era la familia de este señor, que estaba acá, y también el personal de salud o el personal que atendía este lugar, tenía un sentido de vida.”

A través de este párrafo se puede extraer que los funcionarios establecían lazos muy cercanos con los pacientes llegando incluso a ser prácticamente como una relación familiar. Esto se ha ido perdiendo a través del tiempo ya que los enfermos pasan actualmente muchos menos días de lo que estaban anteriormente cuando pasaban meses en la institución en cambio ahora el promedio de estadía es cercano a los 25 días, por lo que es más difícil establecer un vínculo significativo con el paciente.

Otro de los cambios que se han producido en la institución es en la formalización de las relaciones y las instancias profesionales, tal como menciona el subdirector administrativo:

“Había mucho de doméstico en la gestión, había muchos que estaban rezagados, había un manejo poco profesional”

A través este párrafo y en otras entrevistas que se realizaron para esta investigación, se rescata cómo ciertas prácticas domésticas se llevaban a cabo en la institución tales como que los hijos de los funcionarios iban a almorzar, se ocupaban los estacionamientos para otros fines que no eran los institucionales, las personas hablaban por teléfono durante largas horas sus aspectos personales, todas situaciones que eran vistas como normales y permitidas en el funcionamiento de la organización. Esto se ha ido erradicando actualmente puesto que se han introducido mayores procedimientos profesionales en la gestión, esto se ha producido puesto que los requerimientos internos han sido elevados para cumplir con las exigencias externas que han sido mayores por parte del Ministerio de Salud.

4.2 PRINCIPALES CAMBIOS QUE DETECTA EL PROFESIONAL

Uno de los cambios que percibe el profesional entrevistado, guarda relación con los recursos materiales e instrumentos con los cuales trabaja, él señala que cuando llega a la institución a comienzos de 80 trabajaban con instrumentos bastante precarios como son una lámpara de infrarrojo y algunas sillas, en cambio, actualmente el

desarrollo tecnológico ha permitido que exista un equipamiento más avanzado, lo que permite realizar de una forma más adecuada los tratamientos kinesiológicos.

Otro de los cambios que percibe el kinesiólogo es en las exigencias mayores que se han ido produciendo a lo largo del tiempo, puesto que ahora hay muchos más requerimientos que provienen del Ministerio de Salud. Esto se refleja en que deben cumplir metas que son más altas, lo que genera una presión mayor en realizar una atención más rápida al paciente para poder cumplir con el periodo de permanencia, es decir, su patología hay que resolverla con mayor premura, lo que también determina una exigencia física mayor.

También un cambio relevante de mencionar es lo que ocurre con la relación que se establecía entre los integrantes del personal puesto que el kinesiólogo percibe que antes existía más tiempo para la socialización con lo que se generaban relaciones más cercanas entre las personas. Había celebraciones de cumpleaños, santos, entre otros, lo que se ha perdido en gran medida actualmente. Esto se puede explicar también según su visión por las mayores exigencias que se han generado en el último tiempo que no dejan suficientes instancias para que los miembros del personal interactúen entre ellos.

El kinesiólogo percibe también el cambio que se ha producido en el tipo de pacientes que se reciben, ya que antes por algunas presiones que se ejercían, las personas que ingresaban no cumplían con todos los requisitos de ser pacientes de la tercera edad, sin embargo esto ha cambiado actualmente y también las características de los enfermos que se reciben puesto que su estado de salud es más crítico por lo que requieren de una atención más acuciosa. En este sentido también ha habido un cambio en el enfoque de tratamiento con el paciente puesto que antes los enfermos pasaban la mayor parte del tiempo en la cama con las complicaciones propias que produce este tipo de prácticas. Sin embargo, actualmente se hacen planes de reactivación corporal por lo que a los pocos días después de que se ha realizado una intervención los pacientes se ponen nuevamente en actividad física.

4.3 PRINCIPALES CAMBIOS QUE DETECTAN LOS FUNCIONARIOS

De las entrevistas realizadas a varios funcionarios, se percibe una mirada más negativa del presente, sin embargo también los funcionarios rescatan cambios positivos que han surgido con el transcurrir del tiempo.

Dentro de los cambios percibidos por los funcionarios se encuentran: disminución de los días de estada de los pacientes hospitalizados, aumento en la dotación de personal, principalmente profesionales (médicos, enfermeras) y personal administrativo, algunos también señalan cambios en las exigencias para el ingreso de pacientes.

Uno de los principales cambios detectados por los funcionarios es respecto al sobreesfuerzo que se producía anteriormente puesto que ellos debían realizar mucha fuerza para trasladar a los pacientes desde el segundo piso al primero si es que era necesaria la realización de algún examen, también debían subir los tiestos con agua caliente para poder bañar a los pacientes con el riesgo que esto conllevaba de experimentar quemaduras, al igual que esto tenían que subir los tanques de oxígeno realizando una gran fuerza que dejó a algunos de los funcionarios incluso con problemas físicos. Todos estos sobreesfuerzos han sido aminorados considerablemente debido a que ya no hay pacientes en los segundos pisos por lo que ya no es necesario cargar cosas pesadas, al igual que esto también hay calefones habilitados por lo que el aseo de los pacientes se ha hecho una tarea más fácil. Respecto a este punto debemos mencionar que los funcionarios no perciben esta disminución del sobresfuerzo como algo que sea fruto de la preocupación de las autoridades, sino que ellos piensan que ha sido producto de las mismas exigencias que ellos han planteado a la organización.

Como parte de los progresos se han producido en la institución está la mayor profesionalización lo que observamos es percibido de una manera un tanto negativa por un sector de los funcionarios, esto se refleja en las siguientes frases vertidas por ellos:

“A veces encontramos difícil que hayan tantos profesionales, porque en ese tiempo había una enfermera y trabajábamos a conciencia, a morir, todos trabajábamos por una causa en común nunca estaban abandonados y trabajábamos muy tranquilos, aquí enfermeras no deberían de haber tantas porque ellas son más de escritorio deberían haber pero no en el exceso que hay hoy día”

“Imagínese, allá habían más de 1000 y con un solo director y con no tantos profesionales, porque usted ve aquí entra a cualquier oficina, profesional, gente por toda la oficina y gente que vaya atender el paciente directamente, uno”

Otro de los cambios que también perciben los funcionarios es el que se ha producido en las relaciones interpersonales que se establecen entre los miembros de la organización, ya que mencionan que antes había más unión, lo que se expresaba en diferentes actividades extra programáticas que se organizaban, tales como almuerzos especiales, juntas informales los días sábado o domingo, entre otras. Actualmente esto ha cambiado considerablemente puesto que este tipo de actividades son bastante escasas y las personas asisten a éstas obligadas por las autoridades, pero no realmente por una voluntad de querer interactuar con sus compañeros de trabajo. Es por esto que se ha deteriorado el ambiente de trabajo, lo que ha traído como consecuencia la desmotivación en la realización de los quehaceres que demandan las distintas ocupaciones.

Otro de los cambios que se destaca era la relación más cercana que se establecía con los pacientes, en esto también influía el hecho de que antes los familiares en numerosas ocasiones abandonaban a los pacientes en la institución por lo que estas personas no poseían nadie más con quien contar que con los propios funcionarios del instituto, lo que generaba un gran apego afectivo bastante grande con ellos. En cambio ahora se ha tratado de lograr que los familiares se involucren en el tratamiento de los pacientes y que ellos se hagan cargo de los enfermos. A su vez éstos también pasan en promedio un periodo menor en la organización por lo que no se produce un tiempo suficiente para establecer una relación más estrecha con los funcionarios de la institución. Al igual que esto en algunas de las entrevistas se menciona también que hay un desinterés por el trabajo, es decir, que el compromiso no es el mismo que se producía antes, en cuanto a que las personas se involucran menos y lo toman como un trabajo como cualquier otro, a diferencia de lo que sucedía anteriormente que los funcionarios sentían que había mayor vocación por lo que se hacía.

Un cambio que es valorado por los funcionarios es el progreso que han experimentado la infraestructura, la tecnología y los procedimientos de atención, tal como fue mencionado en las entrevistas se destaca la creación del policlínico que permite citar al paciente y que el médico pueda efectuar una evaluación integral con el objetivo de determinar las condiciones en las que se encuentra el enfermo y así poder saber si es que el hospital tiene algo que ofrecer en su recuperación. También dentro de los relatos se destaca la instauración del Hospital de día, que permitió que se pudiese asistir a los pacientes no sólo estando hospitalizados, sino que también se ha podido prestar ayuda médica a aquellos adultos mayores que requieren de atención ambulatoria. En este sentido también los funcionarios destacan como los avances de la tecnología les han permitido realizar un mejor trabajo, lo que se refleja finalmente en una atención de mayor calidad al paciente. Esto también se refleja en que antes sólo se hacía control a los pacientes más graves, por lo que de alguna manera iban a morir al

hospital, lo que es muy diferente hoy en día puesto que se les puede otorgar una recuperación real en sus patologías.

Otro cambio que es destacable también es el incremento en la capacitación que han tenido los funcionarios, ya que como se menciona en las entrevistas ellos han tenido que perfeccionarse, por ejemplo antes todo se llevaba a cabo mediante archivos, lápiz y papel, posteriormente se incorporó el uso de la máquina de escribir y finalmente se introdujo el uso del computador y de ciertos programas, lo que exigió destrezas diferentes por parte de los funcionarios que se encontraban en la parte de administración. Con respecto a los paramédicos, los más antiguos entraron a la organización como cuidadores, pero fueron instruyéndose dentro del mismo instituto respecto a la realización de diferentes procedimientos de asistencia médica a los enfermos.

4.4 PRINCIPALES CAMBIOS QUE DETECTA LA RELIGIOSA

El principal cambio que ha percibido la religiosa radica en el hecho de que antes estaba más permitido el desarrollo de la vida espiritual en la institución. Lo que se expresa en la siguiente frase expresada por la religiosa:

“No tengo problemas con las personas que sacaron las imágenes de Dios de la sala, se deberían querer identificar con algo antes habían imágenes, pero ahora no se puede tener nada, pero los enfermos igual tienen santitos”.

CAPITULO 6: CONCLUSIONES

En el presente capítulo revisaremos el cumplimiento de los objetivos propuestos en esta investigación, así como también los principales aprendizajes que se obtienen en el desarrollo del seminario de título.

De los objetivos propuestos es posible señalar que se cumplieron en gran medida, a continuación se abordan de forma más detalle cada objetivo:

Uno de los objetivos propuestos era lograr identificar los principales hitos que marcaron la historia de la institución, lo cual se logró en gran medida. Sin embargo queda un trabajo pendiente de determinar en detalle cuales han sido los acontecimientos que han marcado el devenir del instituto.

Otro de los objetivos que nos habíamos trazado era recopilar antecedentes respecto a los directores que precedieron la organización, sin embargo cabe mencionar que esto no se pudo lograr a cabalidad puesto que no se pudo establecer con exactitud cuales fueron específicamente estos directores ni el tiempo que ocuparon el cargo, lo que si se logró fue rescatar algunos nombres que estaban en la memoria de los entrevistados.

También dentro de este seminario buscamos aproximarnos al conocimiento de cada etapa, en la voz de algunos de sus protagonistas, es por ello que luego de realizar varias entrevistas a integrantes de esta institución y recopilar algunos documentos relevantes, logramos descubrir algunas características de cada etapa, la dotación médica, su funcionamiento, relaciones entre paciente-funcionario, funcionario autoridad, y entre pares.

Otro de nuestros objetivos era descubrir cuales son los cambios que las autoridades, profesionales, funcionarios y religiosos, perciben en el transcurso de la historia. Respecto a este objetivo podemos decir que se logró con bastante conformidad puesto que se pudieron establecer como los cambios han impactado de forma diferente a los diversos estamentos que componen la organización y como en ciertas ocasiones los mismos cambios pueden generar sensaciones positivas en algunos integrantes mientras que por otros son percibidos de forma negativa.

Algunos de los descubrimientos realizados durante este seminario, es que la historia del Instituto Nacional de Geriátrica, Eduardo Frei Montalva, traspasa siglos, partiendo en la época de la colonia con la intención de fundar el Hospicio de Santiago hasta el cierre y traslado de sus pacientes a distintas instituciones, luego el traslado de pacientes del hospicio a las instalaciones del Hospital San Luis, y su posterior nombramiento como Centro Geriátrico y finalmente su nombramiento como Instituto Nacional de Geriátrica y su renombramiento dos años después, como Instituto Nacional de Geriátrica, Eduardo Frei Montalva.

Cabe señalar que durante este proceso de investigación hemos tomado conciencia de los cambios que se han producido a lo largo del tiempo en esta institución, cambios geográficos, organizacionales. Cabe señalar que a diferencia de lo que ocurre usualmente con los procesos de cambio, estos han sido paulatinos a lo largo de las décadas de existencia de esta institución.

También se destaca una apertura en esta institución, lo cual ha generado una disminución progresiva de sus rasgos de institución total, presente sobre todo en la época en que funcionaba como hospicio.

Es importante destacar que el progreso de la medicina y el cambio en dirección a la profesionalización, han traído como resultado mejoras en la atención a los pacientes, ofreciendo diagnósticos y tratamientos específicos a estos. Los días de estada de los pacientes se han reducido de forma progresiva, ahora existen plazos pre-fijados de alta médica. Esto ha generado que los pacientes ya no vienen a pasar los últimos días de su vida como si esto fuese un asilo, vienen por soluciones específicas a problemas específicos.

También la profesionalización ha tenido implicancias en la estructura jerárquica y asignación de roles dentro del instituto, generando redistribuciones del personal, creación de nuevas secciones en el instituto, tales como el hospital de día.

Como aprendizajes personales en cuanto a nuestra formación como Ingenieros Comerciales, podemos mencionar que pudimos aprender un poco más sobre la forma de investigar y a través de este estudio poder determinar la manera de utilizar la historia para conocer más una organización y de esta forma poder introducir mejoras en la gestión. También nos introducimos en algunos aspectos teóricos y prácticos de cultura organizacional.

Otro aprendizaje esta relacionado a un tema que muchas veces es invisible para la sociedad como es la vejez y la geriatría.

Finalmente, con la realización de este seminario, iniciamos un proceso de aprendizaje para poder separar nuestra mirada personal de lo que objetivamente dicen los entrevistados o los integrantes de la organización, así como también el aprender a escuchar y respetar las diferencias de opinión.

Consideraciones finales:

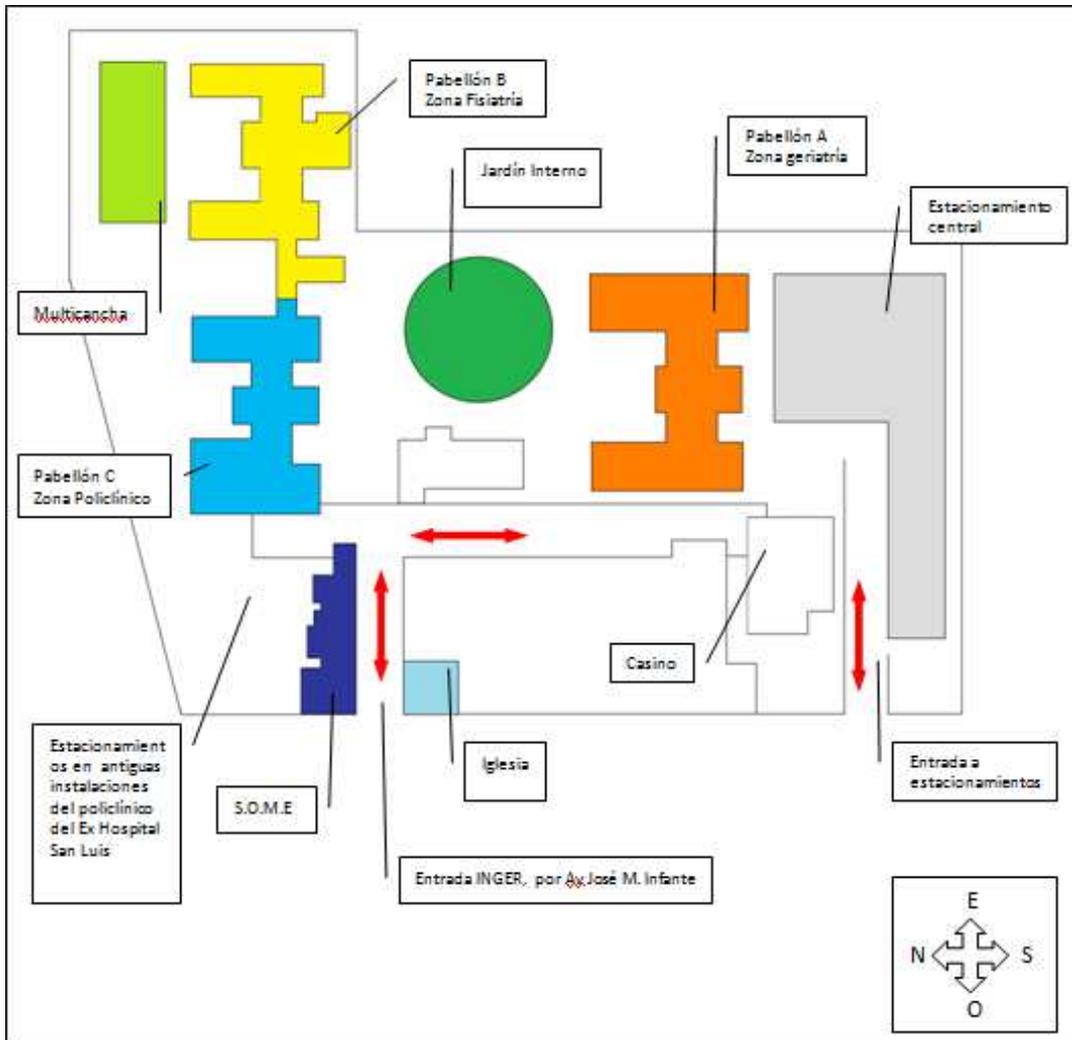
Lo que es el INGER en la actualidad, se debe al trabajo y compromiso de quienes pertenecen y han pertenecido a esta institución, de la visión de sus autoridades y el esfuerzo y muchas veces sobre-esfuerzo físico y emocional de sus trabajadores. Hoy en día el Instituto Nacional de Geriatría, Eduardo Frei Montalva es una institución única en su tipo en nuestro país, que ofrece una atención médica especializada para los adultos mayores, aportando con ello a una mejor salud y calidad de vida de este

segmento de la población, así como también al desarrollo de la geriatría en nuestro país.

Los esfuerzos realizados por esta institución a lo largo de su existencia, seguirán siendo insuficientes, sin un Estado e instituciones de salud que apoyen en esta tarea. Hay una tarea pendiente de esas instituciones para con el instituto, la geriatría y los adultos mayores; dar reconocimiento y apoyo a la labor que realiza esta institución en nuestro país.

ANEXO

Figura XX: Mapa Instituto Nacional de Geriátría, Eduardo Frei Montalva



BIBLIOGRAFÍA

Acuña, Eduardo. (2007), "Historias de trabajadores chilenos: símbolos y significados culturales", Estudios de Administración, vol.14, N°2, pp.65-118.

Czarniawska, Barbara. 1997. Narrating the organization: Dramas of institutional identity. Chicago: University of Chicago Press.

— (1999), Writing management: Organization theory as a literary genre. Oxford University Press.

French, Wendell L.; Bell, Cecil H. (1996), *Desarrollo Organizacional: aportaciones de las ciencias de la conducta para el mejoramiento de la organización*, capítulo 7: Investigación- acción y desarrollo organizacional. Prentice-Hall Hispanoamericana, 5ª edición, Mexico.

Frost P., (1985). *Organizational Culture*.

Gabriel, Y. (1991), "Turning facts into stories and stories into facts: A hermeneutic exploration of organizational folklore." *Human Relations* 44:857-875.

— (2000), *Storytelling in organizations: Facts, fictions, fantasies*. Oxford University Press.

Gabriel Y. y D. Griffiths (2004), *Stories in organizational Research*, en Casell y Symon", *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research*, Sage Publications Ltd., London.

Goffman, Erving (1961), *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (trad. española, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu, Buenos Aires, 1970).

Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (2006), *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana Editores, 4ª edición, México.

Kaes, René y otros (1989). *La institución y las instituciones*. Estudios psicoanalíticos. Bs. As. Argentina. Editorial Paidós

Laval, Enrique (1938) *Fundación del hospicio de Santiago*. Publicación de la asociación chilena de asistencia social, folleto nº88.

Long, Susan. *Action research, participative action research and action learning in organizations*.

Medina E., (2001). *Antecedentes para la Historia del Manicomio Nacional y de la Clínica Universitaria de Psiquiatría*.

Menzies I., (1974). *Defensas Sociales contra la Ansiedad*

Miller E. J., (1993). *From Dependence to Autonomy*, capítulo *Geriatric Hospitals as Open Systems*. London: Free Association Books

- (1993). From Dependence to Autonomy, capítulo *Dependence, Independence, and Counter-Dependence in Residential Institutions for Incurables*. London: Free Association Books.

Montauban A., (1887), Memorias Hospicio de Santiago, número 2 y 3.

Orr, Julian E. (1996). Talking about machines: An ethnography of a modern job. Press/Cornell, New York.

Pettigrew A., (1979). Studying Organizational Cultures.

Quijada M., Medina E., Escobar E., (2002). De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico: breve reseña de 150 años de historia de la psiquiatría chilena.

Schein E., (1990). Organizational Culture, journal American Psychologist.

Smircich L., (1983). Concepts of Culture and Organizational Analysis.

Taylor S.J.; Bodgan R, (1984). Introducción a los métodos cualitativos de Investigación. Ed. Paidós, Barcelona-España.