

ETNOGRAFÍA:

REALIDAD Y ENTORNO LABORAL

DE LA ENFERMERA

EN UNA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL

AUTOR: M^a Antonieta Silva M.

PROFESOR GUÍA: Liliana Basso M.



REALIDAD Y ENTORNO LABORAL DE UNA
ENFERMERA DE URGENCIA INFANTIL

Tesis presentada a la Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería.
En cumplimiento parcial de los requisitos para optar al Grado de Magíster en Enfermería, mención
Gestión del Cuidado.

Por

María Antonieta Silva Muñoz

Valparaíso, Chile

2011.

DIRECCIÓN DE POSTGRADO Y POSTÍTULO DE ENFERMERÍA

UNA SONRISA

*Una sonrisa no cuesta nada y produce mucho.
Enriquece a quienes la reciben, sin empobrecer a quienes la dan.
No dura más que un instante, pero su recuerdo a veces es eterno.
Nadie es demasiado rico para prescindir de ella.
Nadie es demasiado pobre para no merecerla.
Da felicidad en el hogar y apoyo en el trabajo.
Es el símbolo de la amistad.
Una sonrisa da reposo al cansado.
Anima a los más deprimidos.
No se puede comprar, ni prestar, ni robar, pues es una cosa que no tiene valor, hasta el momento en
que se da.
Y si alguna vez se tropieza con alguien que no sabe dar una sonrisa más, sea generoso, dele la suya.
Porque nadie tiene tanta necesidad de una sonrisa como el que no puede dársela a los demás.*

Autor: Gandhi.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, esposo y e hijos, por todo el tiempo que les he robado para este trabajo, y que ellos han aprobado con paciencia, comprensión y cariño.

A mis compañeras del Magister de Enfermería Gestión del Cuidado con quienes comparto el amor por la Enfermería.

A todas las enfermeras de la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Gustavo Fricke, que han colaborado de manera desinteresada en la investigación y a los que en última instancia, deseo que este estudio les repercuta en mejoras para su condiciones y ambiente laboral.

Reciba también mi máxima gratitud mi Tutora de Tesis señora Liliana Basso, enfermera y académica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, quien me ha guiado y ayudado de manera fundamental en la realización de esta tesis.

INDICE DE CONTENIDOS

<u>TEMAS</u>	<u>PÁGINA</u>
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I	15
1.- DESCRIBIENDO EL PROBLEMA QUE MOTIVA LA INVESTIGACIÓN.	15
2.- PLANTEANDO EL PROBLEMA.	19
2.1.- LA INTERROGANTE.	19
3.- JUSTIFICANDO LA IMPORTANCIA Y RELEVANCIA DEL TEMA A INVESTIGAR.	19
4.- DESCRIBIENDO EL SUJETO DE ESTUDIO.	21
5.- OBJETIVO DEL ESTUDIO.	22
5.1- OBJETIVO GENERAL.	22
5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
5.3.- INQUIETUDES DEL INVESTIGADOR	23
6.- DESCRIBIENDO EL ESTUDIO.	24
7.- CRITERIOS DE SELECCIÓN	25
8.- DEFINIENDO CONCEPTOS	26
9.- DETERMINANDO LAS CATEGORÍAS.	27
10.- MAPA CONCEPTUAL DE LA INVESTIGACIÓN.	30
 CAPÍTULO II REVISIÓN DE LA LITERATURA.	 31
1.- DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA Y EL MUNDO.	31
2.- ESCENARIO LABORAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.	38
2.1.- SATISFECCIÓN Y ENTORNO LABORAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CHILE	38

2.2.- ESTÁNDAR DE INGRESOS ECONÓMICOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CHILE	53
3.- IMPLICANCIAS DE LA REFORMA EN SALUD PARA LA FUERZA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA	57
 CAPÍTULO III OPTANDO POR EL REFERENTE TEÓRICO.	61
1.- TEORÍA DE LA TRANSCULTURALIDAD UNIVERSAL DE M. LEININGER	61
2.- MODELO LITWIN Y STRINGER.	66
 CAPÍTULO IV DESCRIBIENDO LA TRAYECTORIA METODOLÓGICA	72
1.- METODOLOGÍA CUALITATIVA DEL ESTUDIO.	72
2.- UTILIZACIÓN DE INSTRUMENTOS.	76
3.- METODOLOGÍA GENERAL DEL ANÁLISIS	76
3.1.- PATRÓN DE ANÁLISIS DE LOS DISCURSOS	77
3.2.- METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS DE LOS ESTUDIOS DE CAMPO.	77
3.3.- METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS DE DOCUMENTOS.	78
3.4.- TRIANGULACIÓN DEL ANÁLISIS.	78
4.- CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	79
 CAPÍTULO V CONSTRUYENDO SIGNIFICADOS	80
1.- ANALIZANDO LAS CONDICIONES LABORALES DE LA ENFERMERA DE URGENCIA INFANTIL	80
1.1.- CATEGORÍA: CONDICIONES LABORALES	81
DIMENSIÓN IMPLEMENTACIÓN, ESTRUCTURA FÍSICA Y SEGURIDAD.	81
SUBDIMENSIÓN: DISPONIBILIDAD DE ESPACIO FÍSICO, TAMAÑO, DISPOSICIÓN DEL ESPACIO Y MOBILIARIO.	81
SUBDIMENSIÓN: EQUIPAMIENTOS BÁSICOS EN LA ATENCIÓN.	86

SUBDIMENSIÓN: ILUMINACIÓN, TEMPERATURA, VENTILACIÓN Y RUIDO.	92
SUBDIMENSIÓN: DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS DE SEGURIDAD FÍSICA.	96
SUBDIMENSIÓN: DISPONIBILIDAD DE ESPACIOS DE DESCANSO.	100
SUBDIMENSIÓN: HORARIOS Y CALIDAD DE LA ALIMENTACIÓN.	103
SUBDIMENSIÓN: DISTRIBUCIÓN Y TIPOS DE TURNOS EN LA UNIDAD.	105
SUBDIEMNSIÓN: SUELDOS, TIPOS DE CONTRATO, GRADOS, TIEMPO EN EL GRADO ACTUAL, TIEMPO EN LA UNIDAD.	107
2.- ANALIZANDO EL CLIMA ORGANIZACIONAL DE LA ENFERMERA DE URGENCIA INFANTIL	111
2.1.- CATEGORÍA: CLIMA ORGANIZACIONAL.	112
DIMENSIÓN: ESTRUCTURA FUNCIONAL.	112
DIMENSIÓN: RESPONSABILIDAD.	117
DIMENSIÓN: RECOMPENSA.	121
DIMENSIÓN: RELACIONES.	124
DIMENSION: DESAFÍO.	126
DIMENSIÓN: COOPERACIÓN.	129
DIMENSIÓN: ESTÁNDARES.	131
DIMENSIÓN: CONFLICTOS.	134
DIMENSIÓN: IDENTIDAD.	139
3.- ANALIZANDO LAS CATEGORÍAS PROPUESTAS POR EL INVESTIGADOR.	140
3.1.- AUTORREALIZACIÓN	141
3.2.- OPCIONES DE MEJORA	143
4.- SÍNTESIS DEL ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES LABORALES	146
5.- SÍNTESIS DEL ANÁLISIS DEL CLIMA LABORAL	153
6.- SÍNTESIS DEL ANÁLISIS DE LA INQUIETUDES DEL INVESTIGADOR	151

CAPÍTULO VI VISLUMBANDO CAMINOS	162
1.- DISCUSIÓN Y CONSIDERACIONES FINALES	162
2.- SUGERENCIAS	170
 CAPÍTULO VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 173
 CAPÍTULO VIII ANEXOS	 189
I. ANEXO CONSENTIMIENTO INFORMADO	189
II. PATRÓN DE ANÁLISIS GENERAL	191
III. ANEXO GUÍA DE PREGUNTAS EN LA ENTREVISTA	194
IV. ANEXO EXTRACTO RELEVANTE DE UNA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD	196
V. ANEXO ESTUDIOS DE CAMPO	212
VI. ANEXO ANÁLISIS DE DOCUMENTACIÓN	218
VII. ANEXO PLANO DE LA UNIDAD DE URGENCIA INFANTIL DEL HOSPITAL GUSTAVO FRICKE.	229

INTRODUCCIÓN

La Enfermería es una profesión de titulación universitaria que está dedicada al cuidado integral de las personas, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo, tanto en la salud como en la enfermedad y en diferentes niveles de atención. Esta disciplina en el último siglo y particularmente en los últimos años, ha ido definiéndose en un abanico de funciones dentro de las ciencias de la salud, y sus profesionales están capacitados para desempeñarse hoy no sólo en lo asistencial, sino también en lo gerencial y administrativo, docencia e investigación. La vocación de servicio, la sensibilidad humana y social, la capacidad de interactuar con los seres humanos en diferentes grupos socioculturales y de diversas edades, junto con la capacidad de tomar decisiones de manera juiciosa y afinidad por las ciencias de la salud, son los rasgos que caracterizan la valía de una enfermera. Además, se le exige que sea una persona ética, estable, sensata, respetuosa, lógica, asertiva, estudiosa, laboriosa y ajustada a un escenario cambiante. Todo ello requiere de un profesional de enfermería cada vez con mayor perfeccionamiento, con un sobresaliente desarrollo de las competencias valóricas, cognitivas y técnicas, necesarias para una labor cada vez más compleja. Hoy se encuentra inserto además como líder de un equipo de trabajo con otros profesionales de salud, en la que debe ser capaz de asesorar, participar y ejecutar apropiadamente las tareas, para responder a las exigencias diarias impuestas en su quehacer.

La prioridad de la política internacional por la eficacia y eficiencia en la atención de salud, parece haber llegado también a nuestro país, pero la brecha a nivel nacional se instala en la forma de cómo lograrlo. Mientras organismos internacionales elevan sus estándares en salud, paralelamente con una preocupación constante por mejorar las condiciones laborales para los profesionales que laboran en esta área, entre ellas las enfermeras, Chile se ha comprometido a mejorar su eficiencia en base a la gestión de recursos humanos y materiales, pero sin el suficiente interés por el manejo del medio laboral de los profesionales enfermeros, lo que se observa tanto en la salud pública como privada.

Para mejorar los estándares de salud, Chile al igual que muchas naciones del mundo, ha debido fortalecer las políticas públicas de esta área, lo que se ha conseguido a través de la Reforma de Salud y sus múltiples programas, causando efectos evidentes en las estadísticas y epidemiología chilena, programas como el de Garantías Explícitas en Salud (GES), la Autogestión en Red, Chile Crece Contigo, el Manejo y la Gestión de Las Camas Indiferenciadas, el Hospital Amigo y la normativa

de la Gestión del Cuidado entre muchos otros, han llevado hasta el límite las exigencias profesionales de la enfermera, en un contexto y entorno en que los recursos son siempre motivo de preocupación. Es así, que con los cambios en la organización de la salud y recientemente con los procesos de reforma en el sector salud, las instituciones prestadoras de salud se han vuelto más complejas. Las restricciones financieras, el déficit de enfermeras, de insumos para la atención en salud y de altos costos, las condiciones de la práctica, las ofertas de mercado y de puestos de trabajo en una inmersa gama de actividades para el profesional enfermera, la normatividad excesiva, la legislación, las exigencias de los usuarios con mayor educación e información, así como los cambios demográficos y epidemiológicos en salud, caracterizan hoy el entorno en el que se otorgan los cuidados. Todos estos aspectos constituyen un gran desafío para la práctica y la gestión del cuidado de enfermería y es en este escenario general, unido al escenario local de cada institución o Unidad, donde se espera que se desempeñe con eficiencia y excelencia profesional una enfermera.

Estudios de revistas internacionales (Arango, B. 2004) y de la Unión General de Trabajadores (UGT, 2007), revelan la importancia de estudiar la realidad laboral de la Enfermera en sus diferentes ámbitos de trabajo. Una preocupación por este tema conduciría probablemente, a un aumento en la productividad y eficiencia en la atención profesional y también, a un menor riesgo en su salud física y mental. Sin embargo, no hay estudios suficientes en nuestro país que avalen o refuten estas evidencias.

En ocasiones las instituciones de salud especialmente públicas, se encuentran con que, a pesar de los deseos y el fuerte compromiso con la tarea, no cuentan con recursos suficientes para llevar adelante un proyecto, lo que agrega nuevas dificultades al trabajo de las enfermeras.

La claridad acerca de las dificultades que entorpecen el trabajo de la enfermera, de los obstáculos que existen en su entorno y de los recursos con que cuenta, deben ser considerados para mejorar la calidad de la atención que se presta. La realidad y el entorno laboral forman parte del escenario diario de trabajo y deben ser elementos indispensables para crear y desarrollar acciones innovadoras y enfrentar así, aquello que puede inmovilizar hacia el logro de la excelencia profesional. Los elementos que conforman este entorno laboral son complejos y variados, y probablemente, muchos de ellos específicos para una realidad local determinada. Aspectos físicos o de infraestructura, administrativos, organizacionales y emocionales deben ser claves para cada Unidad o Institución.

Leddy, S., Pepper, J. (1989) afirman que para otorgar un cuidado profesional de enfermería es necesario que las enfermeras organicen su trabajo bajo “una profunda y permanente conciencia de propósitos y dirección, en lugar de un conjunto determinado de objetivos o normas”

En la medida que se conoce lo que se está haciendo, y manteniendo presente la realidad local y personal de cada Unidad, los directivos pueden identificar con más claridad los posibles aportes o mejoras apropiadas. De aquí la importancia de realizar una valoración completa, especialmente bajo la mirada y percepción de los propios actores como son las enfermeras, y que en definitiva nos permita conocer, con una mayor precisión la realidad laboral que enfrentan en cada jornada.

La investigación cualitativa puede ser usada para explicar la vida de las personas, historias, comportamientos, pero, además, el funcionamiento organizacional de los movimientos sociales o las relaciones interaccionales. Se instala a partir de la comunicación, la recolección de historias, narrativas y descripciones de las experiencias de otros. Esas experiencias y perspectivas subjetivas no deben, sin embargo, analizarse de manera aislada respecto de la organización social. Para Maxwell (1996), la investigación cualitativa puede ser empleada para cinco finalidades distintas: comprender los significados que los actores dan a sus acciones, vidas y experiencias, a los sucesos y situaciones en los que participan; comprender un contexto particular en el que los participantes actúan y la influencia que ese contexto ejerce sobre sus acciones; identificar fenómenos e influencias no previstos y generar nuevas teorías fundamentales en ellos; comprender los procesos por los cuales los sucesos y acciones tienen lugar, y desarrollar explicaciones causales válidas, analizando cómo determinados sucesos influyen sobre otros, comprendiendo los procesos causales de forma local y contextual. Agrega Vasilachis, I., et al. (2006), que los resultados de la investigación cualitativa pueden llegar a inspirar y guiar a la práctica, dictar intervenciones y producir cambios importantes en las políticas sociales.

La identificación, vinculación y compromiso de la enfermera con los objetivos sanitarios del país se vive en un contexto y entorno local. El desafío de llevarlos a la práctica puede verse afectado forzosamente por variables culturales, sociales, económicas y personales de los profesionales de un determinado lugar. Ante esto Madeleine Leininger nos muestra a través de su “Teoría de la Diversidad Y de la Universalidad” (Leininger, M. 1995), que los valores culturales de los individuos brindan información de sus costumbres y de la cosmovisión de un grupo en particular. Por ello se ha decidido utilizar su teoría como marco referencial que ilumine esta investigación.

Para fundamentar, analizar y evaluar las condiciones laborales de la enfermera, se optó por utilizar los conceptos de La Oficina Internacional del Trabajo (OIT) en la que se basa también la Central Unitaria de Trabajadores de Chile (CUT), que definen las Condiciones Laborales y Salud Laboral, en donde se propone una visión integral de la salud humana, que involucra aspectos físicos, metales y sociales. Ambas organizaciones postulan que el trabajo es fuente de salud y que mediante el trabajo, las personas logran acceder a una serie de cuestiones favorables, para la mantención de un buen estado de salud. Agrega que, una comunidad o un país mejoran el nivel de salud de su población, cuando aseguran que todas las personas en condiciones de trabajar puedan acceder a un empleo, que satisfaga no sólo sus necesidades básicas, sino que llene también los otros aspectos positivos del trabajo. También recalcan, que las condiciones sociales y materiales en que se realiza el trabajo pueden afectar el estado de bienestar de las personas en forma negativa, y que los daños por efecto del trabajo son el resultado de la combinación de una serie de factores físicos, materiales y mecanismos propios de la organización del trabajo y de las relaciones laborales. Señala además, que la salud laboral debe ser una preocupación y responsabilidad de las propias personas involucradas en el trabajo, vale decir, trabajadores y empleadores (Parra, M. 2003).

Aparece entonces, la necesidad de incluir un modelo teórico, que apoye y fortalezca el análisis y evaluación del Clima Organizacional, ya que los conceptos claramente establecidos por La Oficina Internacional del Trabajo y Central Unitaria de Trabajadores de Chile se orientan a la evaluación de factores de riesgo más bien físicos y materiales, aunque manifiestan la importancia de otros componentes propios de la organización como factor clave en las condiciones laborales, estableciendo que las personas interpretan lo que sucede a su alrededor, correspondiendo esto a uno de los factores psicológicos más complejos y difíciles de evaluar en el trabajo; reiterando además, el carácter social de esta actividad y la necesidad de su estudio integrado (Parra, M. 2003).

El clima organizacional es una variable de naturaleza multidimensional, pues considera factores de los individuos, los grupos y la propia organización. Las definiciones de clima hacen referencia a percepciones individuales y compartidas. El clima organizacional generalmente se siente, se experimenta o se percibe antes de cualquier intento por analizarlo. La mayoría de las personas perciben esa sensación en lo agradable o en la pesadez de la atmósfera en alguna organización. Es un fenómeno, que interviene y que media entre los factores del sistema organizacional y las tendencias motivacionales, que se traducen en un comportamiento que tiene consecuencias sociales sobre la organización, como productividad, satisfacción, rotación entre otros (Díaz, A. 2006; Arnoletto, E. 2005; Brunet, L. 1987).

Era necesario entonces incluir un referente teórico que apoyara este importante eje conductor. Por ello, se optó por el Modelo de los investigadores Litwin y Stringer, el que cubre nueve aspectos: (*Estructura, Responsabilidad, Recompensa, Riesgo, Relaciones, Apoyo, Normas o Estándares, Conflictos e Identidad*), todos ellos enfocados a la delimitación de los factores que impactan en la motivación, satisfacción y la productividad (Litwin, G., Stringer, R. 1968; Gongalves 1997).

A partir de esto se ha decidido entonces, realizar una investigación cualitativa descriptiva de corte etnográfico. Sin considerarnos etnógrafos ni querer pasar por etnógrafos, en nuestro trabajo investigativo intentamos crear espacios para una práctica etnográfica, que proporcione datos desde la mirada de los propios actores y con la finalidad de poder describir sus vivencias diarias profesionales, detallando lo más fielmente posible la realidad laboral en que está inserta la Enfermera que desarrolla su actividad laboral en una Unidad de Emergencia Infantil.

El interés personal suscitado y el gran objetivo de esta investigación es exteriorizar y hacer visible la realidad y entorno laboral del profesional de enfermería desde el interior de una Unidad hospitalaria, pretendiendo con ello evidenciar las condiciones laborales que enfrenta diariamente una enfermera de Atención Pública de Urgencia de nuestro país.

CAPÍTULO I

1.- DESCRIBIENDO EL CONTEXTO DEL PROBLEMA QUE MOTIVA LA INVESTIGACIÓN.

La atención de salud que prestan la enfermera y los profesionales de salud en un Centro Asistencial Público de Urgencia de nuestro país, hoy debe amoldarse a un escenario cambiante, que se compone de varios elementos, entre ellos el cambio del perfil epidemiológico y obsolescencia del Modelo de Atención anterior, unido a una necesidad de mayor eficacia y eficiencia en la gestión. El aumento de las expectativas de vida, la disminución drástica y a nivel de países desarrollados de la mortalidad infantil, ha producido un aumento del número de pacientes con patologías crónicas, el mismo que hoy ha sido declarado como grupo prioritario por la Organización Mundial de la Salud (OMS), según el Balance de Gestión, hecho por el ex Ministro de Salud (Erazo, A. 2010). Durante el 2009, la masiva circulación del virus de la nueva influenza humana tensó al máximo las capacidades del sistema de salud público y privado, provocando un millón 400 mil consultas ambulatorias más que el año 2008. La instalación del Programa Chile Crece Contigo, ha significado un aumento de cobertura de servicios públicos sin precedentes en la historia del país. Por otro lado, hoy también a las instituciones públicas de salud se les ha aumentado el nivel de exigencias en el control de la calidad. Los procesos de acreditación, evalúan hoy los procesos de gestión en busca de la mejora de la calidad de atención, trato al usuario, gestión de la calidad, acceso, oportunidad y continuidad de la atención, gestión clínica, competencias del recurso humano, registros, seguridad del equipamiento y las instalaciones y servicios de apoyo. A este contexto se agrega la formación de la Autogestión en Red, en donde el Ministerio de Salud desde el año 2007 ha debido desarrollar un programa de capacitación y acompañamiento, para el logro de los objetivos planteados (Erazo, A. 2010). Este escenario es un reflejo evidente de un escenario de mayores exigencias; que dan paso a un ambiente laboral más desgastante para el personal de la salud.

El desafío de producir cambios en conceptos de cultura de salud, muy arraigados tanto en la población, como en la colectividad de los profesionales de la salud y en la alta gerencia de salud pública nacional, ha generado diferentes percepciones; grandes satisfacciones por los logros alcanzados, en cuanto a calidad y oportunidad en la atención de los pacientes con riesgo vital; pero así mismo ha sido motivo de desencuentros y cuestionamientos propios de la resistencia al cambio. Se ha evidenciado una brecha importante del modelo de atención, que busca la Dirección de Salud Pública de nuestro país, y la creciente demanda de pacientes cuya patología es de resolución de la atención primaria, y que consultan, como tradicionalmente ha sido en todos los centros de urgencia hospitalaria del país de forma espontánea, lo que acarrea problemas por la inadecuación de los

recursos existentes v/s la demanda de asistencia. La sobresaturación a que están sometidos los Servicios de Urgencia Hospitalaria, es debida fundamentalmente a que los pacientes acuden a estos servicios por iniciativa propia (Navarro, M. 2008). La visión del actual Ministro de Salud en una entrevista para el Colegio Médico es que, los servicios de urgencia son el síntoma más agudo de la enfermedad en el sistema de salud, porque la gente recurre a ellos, en su mayoría, porque su problema no es resuelto en otro nivel (Malavich, J. 2010).

Se considera que las condiciones en que trabaja el personal de la salud no son óptimas, como, por ejemplo, el tener que estar atendiendo pacientes hospitalizados en los pasillos de diversos servicios de salud. Es una condición que expone tanto al paciente como a los miembros del equipo de salud a riesgos mayores a los que presenta la enfermedad por si sola y que, sumado a la gran presión asistencial y a un usuario cada vez más exigente, aumenta la probabilidad de que se cometan errores. Esta situación crea grandes dilemas éticos a los profesionales, porque involucra aceptar trabajar en condiciones que frecuentemente resultan inapropiadas, produciendo gran frustración y desmotivación en ellos. “Deberían destinarse no sólo suficientes recursos para mejorar en forma notoria la salud, sino también para mejorar las condiciones en que ésta se realiza”. Hay que hacerse cargo de la urgencia de enfrentar el déficit en personal, tecnología e infraestructura que impiden dar a la gente la atención digna que se merece. Es decir, el problema no es si se aumenta o no el aporte a salud, o si sólo se mejora la administración y gestión. Son ambos (Sanhueza, E. 2007).

El escenario no parece ser diferente en la Quinta Región de nuestro país: el 18 de enero del presente año, la Asociación de profesionales Médicos, Odontólogos y Químicos Farmacéuticos (AFUMOQ) del Hospital Gustavo Fricke, interpuso un recurso de protección en la Corte de Apelaciones de Valparaíso, con el fin de resguardarse ante el colapso del servicio de Urgencia de ese recinto. Ese día, 38 pacientes se encontraban hospitalizados en la Unidad de Emergencia, en circunstancias de que en ésta sólo hay 11 camas; 17 personas eran atendidas en sillas o en camas improvisadas, provocando preocupación entre los profesionales de la salud. Lo anterior sumado a otros problemas graves tales como claras insuficiencias para atender a la población, falta de especialistas, rotación constante de los directivos, conflictos públicos entre funcionarios y jefes de servicio, y las enormes deudas que arrastran los hospitales, son signos claros de que la atención pública de salud en la V Región pasa por un momento muy difícil. La red asistencial de la V Región no es suficiente para satisfacer las necesidades de la gente, y el mayor peso de la atención recae en los hospitales base Carlos Van Buren de Valparaíso y Gustavo Fricke de Viña del Mar, que por su tradición y complejidad cuentan con especialidades que constituyen centros de referencia nacional.

Ambos centros asistenciales reciben, incluso, a pacientes de la zona norte de Chile y no dan abasto. A ello se suma una red de atención con importantes fracturas entre sus niveles y con excesivas derivaciones desde el nivel primario (Seguel, M. 2010).

Hay fallas en los recursos y la gestión explica el, presidente Regional del Colegio Médico y jefe del Servicio de Neurología del Hospital Van Buren: “Evidentemente faltan recursos y hay deficiencias en la gestión, pero también ha sido un problema grave la rigidez de la planta del personal, lo que viene desde 1982 por disposición del entonces subsecretario de Salud. Aquí, por ejemplo, no puede haber más que un determinado número de personas en un rubro porque no hay cargos. Y en los últimos gobiernos hubo escasísimos cambios”. Todo ello produce una enorme presión sobre el sistema y sus profesionales, quienes pese a todo, mantienen un espíritu de entrega (Seguel, M. 2010).

El Hospital Gustavo Fricke cuenta con su actual infraestructura general desde 1954, pertenece al Servicio de Salud Viña del Mar Quillota como hospital base desde 1980, tiene una población asignada de 921.587 habitantes en comparación con 466.143 habitantes del Servicio Valparaíso San Antonio y funciona con un presupuesto de entre 1.600 y 2 mil millones de pesos mensuales, bastante menor al que tiene el Hospital Van Buren (2,75 mil millones de pesos mensuales) y cuenta con poco más de 600 camas y con una población asignada que como se observa dobla a la del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. En enero de este año la deuda del Hospital Gustavo Fricke ascendía a 2 mil 800 millones de pesos y al 3 de marzo la lista de espera, sólo en lo quirúrgico, llegaba a 10.032 pacientes, de los cuales mil eran Auge. En cuanto a la lista de espera para atención de especialidades, el panorama es mucho peor: 51 mil personas. Tratando de explicar las causas de las dificultades, el actual Director Médico de éste hospital, señala: “No tenemos recursos humanos suficientes. Desde que nació este sistema dividido en servicios, no hemos recuperado o alcanzando el nivel que realmente requerimos. Esto se ha ido convirtiendo en una limitación para nuestro desarrollo, que en la actualidad se ha ido subsanando en alguna medida con contratos a honorarios para algunos programas específicos, pero que no nos solucionan toda nuestra brecha asistencial”. Este hospital carece de una infraestructura apropiada y tiene insuficiente número de funcionarios para la población a la cual debemos asistir. Producto de ello, es que hace ocho años fueron los mismos funcionarios quienes propusieron una completa remodelación del hospital, lo que finalmente desembocó en la decisión de construirlo de nuevo, y a petición de los propios usuarios, hacerlo en el mismo lugar donde se encuentra en la actualidad. En estos momentos, funcionarios y pacientes conviven con la construcción alledaña del nuevo consultorio de especialidades, hacia donde de seguir todo tal cual, en

los próximos meses debería trasladarse el hospital completo en una especie de transición que debería finalizar en cuatro años más (Seguel, M. 2010).

El presidente del capítulo médico del Hospital Gustavo Fricke, agrega, que según su análisis, en este hospital faltan muchos cargos por llenar, existen malas condiciones de trabajo y agravando la situación, los profesionales jóvenes tienen una mentalidad diferente. Ellos buscan estímulos más llamativos para quedarse en la Salud Pública (Seguel, M. 2010).

Las condiciones laborales de las enfermeras han sido también motivo de preocupación para el Colegio de Enfermeras de Chile (Colegio de Enfermeras 2007), porque afectan su salud, rendimiento laboral y calidad del cuidado que otorga.

Las condiciones laborales de una enfermera de un Servicio de Urgencia Infantil de un hospital de alta complejidad, resultan ser un buen modelo si se quiere investigar la realidad y el entorno laboral en que se desempeña este profesional. En esta ocasión, se optó deliberadamente por la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar. Primero por la facilidad de acceso personal y por ser una unidad operativa que califica, admite, evalúa, estabiliza e inicia el tratamiento a pacientes no programados con una alta demanda de asistencia, con estados de enfermedad de presentación súbita que comprometen la integridad y la vida del paciente y por lo tanto requieren de una atención inmediata. El retraso en la atención es una situación no poco frecuente, que provoca ansiedad y malestar en los familiares y usuarios y que se enfrenta muchas veces con un personal que debe reforzar turnos para completar la planta mínima de profesionales y que funciona las 24 horas del día, y en donde la permanencia de los usuarios en esta Unidad no supera las 24 horas.

La Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Gustavo Fricke se encuentra ubicada en sus actuales dependencias de 668 m² desde 1993. Presta atención de urgencia a las comunas del área correspondiente al Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, así como también, a aquellos derivados desde otros Servicios de Salud. Posee una alta demanda de atención, la que es asegurada a través de un sistema de turnos. Trabajan en total 82 personas, distribuidas en médicos, enfermeras universitarias, técnicos paramédicos, auxiliares de servicio y administrativos. La Unidad es campo clínico permanente para docencia en salud de Técnico Superior en Enfermería y estudiantes de pregrado e Internos tanto de Enfermería como de Medicina.

El personal tanto médico como técnico tiene el carácter de funcionario público, y se encuentran según nuestro ordenamiento jurídico, contratados en calidad de planta o a contrata. Los primeros son los que mantienen la propiedad del cargo y los segundos son contratados anualmente, es decir sus contratos duran hasta el 31 de diciembre y deben ser renovados anualmente (Art. N°4 Estatuto Administrativo para Funcionarios Públicos de la Contraloría General de la República de Chile Ley N° 18.834). Las enfermeras realizan su trabajo en horarios de cuarto turno, lo que significa dos días libres después de una jornada de 12 horas de día y de noche consecutiva, sin diferenciación de festivos ni fines de semana. La Unidad posee un médico y una enfermera coordinadora a cargo de las jefaturas correspondientes. En equipo de turno está compuesto por 3 médicos pediatras, 1 cirujano infantil, un segundo cirujano infantil de apoyo, 2 enfermeras, 7 técnicos paramédicos y 2 auxiliares de servicio. La Unidad tiene un compromiso médico de atención dentro de los 6 primeros minutos.

2.- PLANTEANDO EL PROBLEMA.

2.1.- LA INTERROGANTE:

- ❖ ¿Qué realidad y entorno laboral vive la enfermera en el escenario diario de trabajo de un Servicio de Urgencia Infantil?

El estudio intenta recopilar lo más fielmente posible las características de la realidad y entorno laboral que enfrenta la enfermera en su diario trabajo en la Unidad, detectando aquellos elementos que le involucran una situación de satisfacción y de conflicto. Todo ello a través de sus propios relatos, observación directa y un análisis de documentación.

3.- JUSTIFICANDO LA IMPORTANCIA Y RELEVANCIA DEL TEMA A INVESTIGAR.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), al igual que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han definido como tema prioritario el escenario y entorno laboral del personal de enfermería. Por esta razón se ha elaborado el lema: “Condiciones de Trabajo y Vida Favorables, Cuidados de Enfermería Seguros” (Colegio de Enfermeras 2006). En el ámbito de la salud, esta aseveración cobra mayor importancia dada la característica inherente, que se trata de personas que cuidan a personas y por tanto se requiere que estos profesionales posean la mejor actitud profesional posible con conocimientos permanentemente actualizados, con estabilidad emocional, con condiciones laborales y de seguridad

que les permita, entregar un aporte efectivo, eficiente y gratificante al mejoramiento del cuidado y de la atención de salud.

En la actualidad y desde hace mucho tiempo, las enfermeras en Chile, especialmente las del sistema público, usualmente no cuentan con condiciones laborales satisfactorias en materia de jornadas y sistemas de turno, dotaciones, carga de trabajo, capacitación, seguridad, sueldos y reconocimiento organizacional y monetario en relación a las altas responsabilidades que asume y por ser un profesional que otorga los cuidados de salud en forma continua.

La preocupación que asiste por este tema al Colegio de Enfermeras de Chile hace que se considere de máxima importancia que nuestro país ratifique el convenio 149, que dice relación con las condiciones de trabajo y vida del personal de enfermería, emitido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) hace casi 30 años, sin que hasta la fecha se haya logrado esta ratificación. El Colegio de Enfermeras ha propuesto al Ministerio de Salud una agenda que incluye temas de mejoramiento de las condiciones de trabajo del sector público y municipalizado y, un estudio profundo con participación del Colegio sobre las condiciones de trabajo de las enfermeras (Colegio de Enfermeras de Chile 2007).

La Reforma de salud y las propuestas en materia de salud durante esta década, han sido elementos determinantes para los hospitales públicos en Chile, sufriendo una serie de transformaciones en modelos de gestión, administración de recursos humanos sectoriales y la puesta en marcha de la Gestión del Cuidado con la instalación de la Subdirección de Enfermería. Pero se desconoce la evolución del personal de enfermería, en cuanto a sus características y funciones dentro de las instituciones de salud y las necesidades del personal en este nuevo escenario.

Durante el último año en los diferentes servicios del Hospital Gustavo Fricke, ha habido un creciente aumento de la demanda de atención. Esto ha provocado la necesidad de cubrir los turnos entre el mismo personal por falta de personal disponible, y en otras oportunidades, con personal de reemplazo sin gran experiencia especialmente en urgencia, disminuyendo la calidad de las prestaciones, lo que se refleja en el aumento del número de reclamos (Seguel, M. 2010).

El personal entonces, parece fundamental para lograr la calidad y la eficiencia en la atención, y el factor humano es clave para el éxito de esta tarea. Por ello, es indispensable conocer con la mayor

precisión posible su situación laboral, sus necesidades y grado de satisfacción, si se quiere mejorar la eficacia, eficiencia y calidad de atención en salud. Esta inquietud, despertó en mí el desafío por investigar la realidad y entorno profesional de las enfermeras desde la mirada y percepción de ellas mismas, a modo de levantar el velo de una realidad tan dinámica como silenciosa y desconocida, logrando así conocer su entorno laboral, a modo de tener en un futuro próximo la evidencia necesaria para gestionar cambios, que conlleven a mejoras en la Unidad.

4.- DESCRIBIENDO EL SUJETO DE ESTUDIO:

El estudio con excepción de la Enfermera Coordinadora (s) reúne a las 10 enfermeras de la Unidad de Urgencia Infantil del Hospital Gustavo Fricke, todas del género femenino. Proviene de diferentes Universidades y de diferentes regiones en algunos casos. Las enfermeras de mayor trayectoria laboral con 20 a 25 años en la Unidad pertenecen a la planta hospitalaria y tiene la titularidad, mientras que las enfermeras más jóvenes y de menor trayectoria se encuentran a contrata, en ambas situaciones con grados heterogéneos y edades diversas. Un grupo de ellas varía entre edades de 40 a 50 años, mientras que el otro grupo de enfermeras no alcanza los 30 años. Lo mismo ocurre con el grado de experiencia en la Unidad.

El sistema de turno en que se desempeñan las enfermeras de esta Unidad corresponde al cuarto turno (día –noche– libre – libre), en horario de 12 horas de 8:00 a 20:00 hrs de día y de 20:00 a 8:00 hrs de noche. Ellas completan un sistema de turno completo antes de rotarse, manteniéndose el equipo fijo. La enfermera de mayor trayectoria queda como jefa de cada turno. Laboran 2 enfermeras por turno, dividiéndose su trabajo una en Sala de Observación con dos paramédicos a su cargo y la segunda en Box de atención con un equipo de 4 paramédicos. Cada turno cuenta además con un auxiliar de servicio.

Se agrega a esta dotación una enfermera Selector de Demanda con horario de 8:00 a 17:00 de lunes a viernes, quien se incorpora a la rotación de turnos en el caso de licencias o permisos administrativos, lo que en la práctica se da con frecuencia.

Como regla general cuando se integra una nueva enfermera a turno, ésta permanece con una enfermera de mayor experiencia por el tiempo que sea necesario, hasta lograr las competencias

necesarias para hacerse cargo de esta responsabilidad. La cooperación entre ellas parece ser un término relevante en su quehacer.

Las enfermeras se encuentran a cargo de la Enfermera Coordinadora, quien realiza las labores de jefatura y gestión de la Unidad. En el momento del estudio este cargo se encuentra en situación de subrogancia en la enfermera de mayor tiempo en la Unidad, en espera de la elección por concurso.

En cada turno médico se encuentra establecido un jefe de turno y a cargo de ellos y de la Unidad misma un Médico Jefe de Servicio. La Enfermera Coordinadora y el médico Jefe de Servicio deben trabajar en forma organizada para llevar a cabo las tareas propias de la Unidad.

La forma habitual en que se organizan es a través de reuniones de trabajo que son acordadas por la enfermera coordinadora de la Unidad.

Las enfermeras de esta Unidad reciben una asignación económica y 10 días más de vacaciones compensatorias por su trabajo de urgencia, lo que se agrega a la asignación por el trabajo en cuarto turno.

5.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

5.1.- OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Conocer la realidad y entorno laboral que vive una enfermera de la Unidad de Emergencia Infantil.

5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Describir las características del ambiente y entorno laboral de la Enfermera de la Unidad.
- b) Describir las condiciones laborales, que a juicio de la enfermera desestabilizan su desempeño laboral.
- c) Describir el clima organizacional que percibe la enfermera de la unidad.
- d) Describir los elementos de satisfacción-insatisfacción laboral de la Enfermera de la Unidad.
- e) Describir la percepción de autorrealización profesional y personal a nivel laboral de la Enfermera de la Unidad.

- f) Describir a juicio de la Enfermera posibilidades de mejora de sus condiciones laborales en la Unidad.

5.3.- INQUIETUDES DEL INVESTIGADOR:

Las inquietudes que a continuación se presentan, intentan guiar la investigación para dar respuesta a la pregunta investigativa. Con el objetivo de determinar la realidad y entorno laboral de la enfermera, se determinó que era necesario establecer las Condiciones Laborales y el Clima laboral en que ésta se desempeña, para el primer concepto, se basó en la Declaración de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y para el concepto Clima Laboral se basó en la Teoría de Litwin y Stringer. Ambas referencias serán abordadas en el marco conceptual.

Con la finalidad de que esta investigación pueda servir de evidencia y ser un aporte para obtener mejoras laborales para la enfermera de la Unidad, se agregaron dos objetivos que serán incorporados en el estudio, una de ellos pretende conocer desde la propia percepción de la enfermera, el grado de autorrealización profesional y personal y el segundo las sugerencias y opciones de mejora que ella misma propone para optimizar su realidad y entorno laboral.

- ❖ Cuáles son las características del ambiente en relación a la seguridad con que se desempeña la Enfermera de la Unidad.
- ❖ Cuáles son las condiciones físicas del entorno laboral de la enfermera.
- ❖ Cuáles son las condiciones laborales, que a juicio de la enfermera desestabilizan su desempeño laboral
- ❖ Cuáles son los elementos de satisfacción-insatisfacción laboral que describe la enfermera.
- ❖ Cómo es el clima organizacional que percibe la enfermera en su lugar de trabajo.
- ❖ Cómo es la percepción de autorrealización profesional y personal a nivel laboral de la Enfermera.
- ❖ Qué posibilidades de mejora puede describir la Enfermera en sus condiciones laborales.

6.- DESCRIBIENDO EL ESTUDIO:

Se ha partido del supuesto que las enfermeras se enfrentan al estrés en: situaciones de vida y de muerte, sus cargas laborales que incluyen esfuerzo físico y mental; requieren de conocimiento actualizado sobre cómo utilizar numerosas técnicas de equipamiento y responsables permanentemente de las consecuencias de los errores del equipo. Deben mantener informados a numerosos jefes y están al tanto de problemas entre miembros del personal, médicos, familias y de otras áreas de sus entidades de salud (Marriner, A. 2009).

Un hospital es uno de los ambientes laborales más estresantes y la enfermera se encuentra inserta en esta realidad laboral, con la que debe convivir, adaptarse, enfrentar, sobreponerse y superar a diario en cada turno, para dar respuesta a las exigencias de su rol. Una realidad que no sólo pasa por la infraestructura, insumos o espacio físico, sino por la organización, liderazgo establecido y funcionamiento mismo de la Unidad en que se desempeña.

Esta investigación cualitativa descriptiva de características etnográficas, radica y responde a la necesidad de adentrarse en un grupo humano, que es por género eminentemente femenino en esta Unidad, que antropológicamente vive una cultura que le es muy propia y que tiene por objetivo transparentar y evidenciar el ambiente en que se desenvuelve su desarrollo laboral profesional.

Serra, C.(2004) considera que la etnografía es la ciencia de la descripción de aspectos concretos de una cultura; señala que la etnografía debe permitir acceder tanto al conocimiento cultural que poseen las personas, como al modo en que lo utilizan en la interacción social; afirma también que la práctica de la etnografía permite descubrir el saber cultural.

Los estudios *descriptivos*, también llamados por Taylor-Bogdan (1990) etnografías, tratan de responder a las preguntas de qué está sucediendo y cómo pretenden proporcionar una imagen «fiel a la vida» de lo que la gente dice y del modo en que la gente actúa, lo que es avalado por la Teoría de Enfermería de la Trasculturalidad de Madeleine Leininger. Esta es la razón de por qué se optó por una investigación de carácter etnográfico, que pudiera graficar en forma precisa y fiel la realidad laboral de la Enfermera de esta Unidad.

Al ser un estudio cualitativo, se determinarán algunas categorías con sus dimensiones correspondientes, que responderán a las inquietudes e intereses del investigador. Estos antecedentes se obtendrán, a través de la triangulación de tres fuentes de información: la información obtenida del discurso de las enfermeras con las entrevistas a profundidad, la revisión del libro de registro de entrega de turno, y de la observación directa del medio laboral donde se desempeñan estos profesionales. Esta triangulación no tiene otro objetivo, que cotejar tres puntos de referencia para obtener una comprensión más amplia y cabal de la realidad y entorno laboral de la enfermera de la Unidad de Urgencia Infantil del Hospital Gustavo Fricke.

7.- CRITERIOS DE SELECCIÓN:

7.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- La enfermera debía desear participar en forma voluntaria en la investigación y estipularlo por escrito a través de un consentimiento informado.
- La enfermera participante debía tener una antigüedad laboral de más de un año en la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar.
- El número de entrevistas estuvo determinado por el punto de saturación, es decir, hasta lograr la información necesaria que diera respuesta a las inquietudes del investigador, lo que se alcanzó efectivamente con la entrevista en profundidad número 5, con 3 estudios de campo y el análisis de un año del Libro de Novedades de Enfermería de la Unidad.

7.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Como criterio de exclusión se planteó no incluir a la Enfermera Coordinadora subrogante, con el objeto de evitar cualquier grado de influencia en las respuestas de las enfermeras, especialmente durante las entrevistas.

La siguiente tabla describe el universo de estudio y la participación de las enfermeras de la Unidad en las diferentes estrategias utilizadas en la investigación.

UNIVERSO 10 ENFERMERAS			
	ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN.	ESTUDIOS DE CAMPO
NÚMERO DE ENFERMERAS PARTICIPANTES	5	10	8

8.- DEFINIENDO CONCEPTOS:

Como definición del concepto de: Realidad y Entorno laboral se incluye a las Condiciones laborales o de trabajo y al Clima Organizacional.

8.1.- **CONDICIONES LABORALES:** son un área interdisciplinaria relacionada con la seguridad, salud y la calidad de vida en el empleo. El término "Condiciones de Trabajo", corresponde al "conjunto de variables que determinan la realización de una tarea en un entorno, determinando la salud del trabajador en función de tres variables: física, psicológica y social" (Unión General de Trabajadores, 2007).

Desde la Enfermería, esto mismo puede explicarse a través de lo que Madeleine Leininger define como Contexto ambiental, es decir, la totalidad de un hecho, de una situación o de las experiencias particulares que dan sentido a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales humanas en determinado entorno físico, ecológico, sociopolítico y/o cultural (Marriner, A. 1999).

8.2.- *EL CLIMA ORGANIZACIONAL*: es la imagen que como trabajador tiene del entorno laboral. Se refiere al conjunto de condiciones psicológicas y sociales que caracterizan a una organización en un momento dado. Estas condiciones son percibidas directa o indirectamente por los trabajadores que se desempeñan en ese medio ambiente. Litwin y Stringer (1968), definen el clima como el conjunto de propiedades medibles del entorno de trabajo, basado en las percepciones colectivas de la gente que vive y trabaja en dicho entorno y que influye en su comportamiento. El Clima tiene repercusiones en el comportamiento laboral, motivación, productividad, satisfacción, rotación y adaptación. Se da como una característica relativamente permanente en el tiempo, se diferencia de una a otra organización y de una sección a otra dentro de una misma institución (Segurado, A., Agulló, E. 2002; Sandoval, M. 2004; Arnoletto, E. 2005).

9.- DETERMINANDO LAS CATEGORÍAS.

En esta investigación se han determinado dos grandes categorías que son: Las Condiciones laborales y el Clima Organizacional y dos categorías incorporadas por el interés personal del investigador. Cada uno de ellos con sus correspondientes dimensiones y subdimensiones.

9.1.- Las Condiciones laborales que se presentan en el desempeño laboral de la enfermera de la Unidad, fueron determinadas, en base a la presencia del factor de riesgo de Implementación, Estructura Física y Seguridad, que corresponde a agentes establecidos en un estudio que realizó la Oficina Internacional del Trabajo, en conjunto con la Central Unitaria de Trabajadores de Chile, en las que se establecen siete dimensiones de riesgo (Parra, M. 2003).

9.1.1.- Dimensión: Implementación, Estructura Física y Seguridad.

➤ Subdimensión:

- Equipamientos básicos en la atención.
- Disponibilidad de elementos de seguridad.
- Disponibilidad de espacio de descanso.
- Horarios y calidad de la Alimentación.
- Disponibilidad y características del espacio físico, tamaño, disposición del espacio, iluminación, temperatura, ventilación y ruido.

- Distribución y tipos de turnos en la Unidad
- Sueldos y grados.

9.2.- El Clima Organizacional, es el segundo eje estructural de la investigación. Este concepto se refiere a las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico en que éste se da, las relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales que afectan a dicho trabajo (Litwin, G., Stringer, R. 1968; Gongalvez, C. 1997).

Litwin y Stringer (1968), citados también por Gongalvez, C. (1997) postulan con su modelo, la existencia de nueve dimensiones que explicarían el clima existente en una determinada institución, las que aparecen descritas en el Capítulo IV de Trayectoria Metodológica. En consecuencia, las dimensiones que serán desarrolladas son:

- Dimensión:
 - Estructura Funcional.
 - Responsabilidad.
 - Recompensa.
 - Desafío.
 - Relaciones.
 - Cooperación.
 - Estándares.
 - Conflictos.
 - Identidad.

A partir del marco Conceptual y teórico revisado, se han considerado dos razones fundamentales para optar por estas categorías y sus correspondientes dimensiones. La primera razón se refiere a que se ajustan y concuerdan más ampliamente al estudio de este trabajo de tesis. La segunda razón es la simplicidad conceptual de los ejes y dimensiones seleccionadas, las que permitirán argumentar mejor el tema de la implementación física y de seguridad de la Unidad y de su correspondiente clima organizacional, incorporando las expectativas de los miembros de la organización.

9.3.- A las categorías mencionados se les sumarán, por el interés personal de la investigadora, las categorías de: Autorrealización profesional de la enfermera a nivel laboral y la Categoría de Opciones de Mejora con el objetivo de determinar el grado de satisfacción profesional de la enfermera y las expectativas de mejora que ella ve para esta Unidad.

9.3.1- La Autorrealización profesional a nivel laboral para Maslow (1958), es el llegar a ser lo que se puede ser, para estar en paz consigo mismo. Se manifiesta tanto en los aspectos de desarrollo físico, como psicológico o social y es capaz de conducir a niveles mayores de eficiencia (Palomo, T. 2001).

➤ Dimensión: Autorrealización

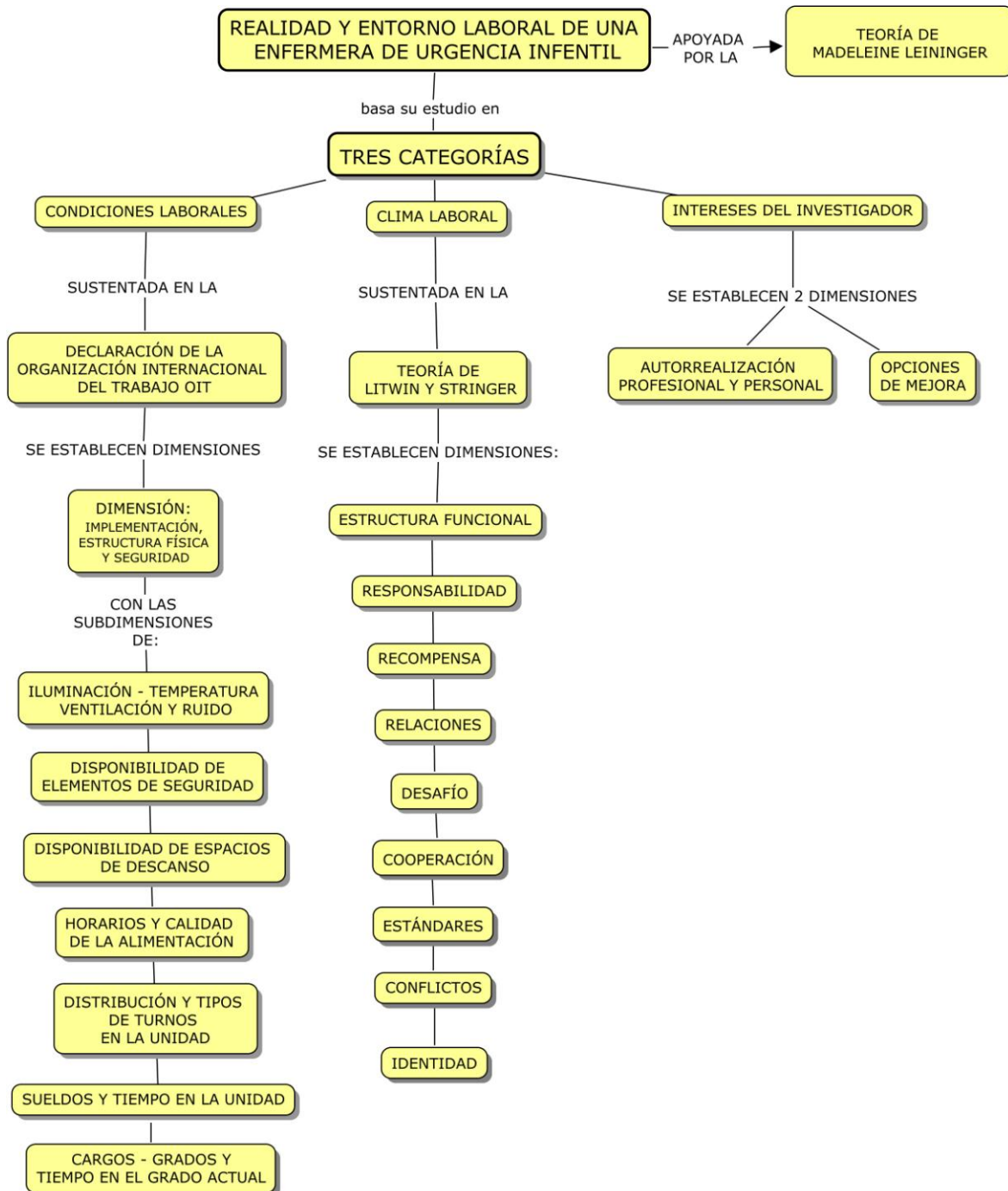
- Experiencia por parte de la enfermera de sentimientos de autorrealización y o decepción en lo profesional y personal laborando en la Unidad.

9.3.2.- Opciones de Mejora: Aspiraciones de mejora por parte de las enfermeras de la Unidad.

➤ Dimensión: Opciones de Mejora.

Las categorías del estudio se ordenaron y se complementaron con el análisis de documentación, los estudios de campo derivados de observaciones directas y los relatos obtenidos de entrevistas individuales en profundidad a las Enfermeras, para posteriormente ser agrupados, según similitud en los contenidos, triangulados y analizados.

10.- MAPA CONCEPTUAL DE LAS CATEGORÍAS ESTABLECIDAS EN LA INVESTIGACIÓN



CAPÍTULO II REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.- DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA Y EL MUNDO

El trabajo es una actividad por la que el hombre transforma la realidad para satisfacer sus necesidades físicas y espirituales (Davis, K. 1993).

Para Marx (1847), el ser humano no puede ser identificado con una esencia o "naturaleza" humana en general; el ser humano está siempre condicionado históricamente por las relaciones en que interviene con los demás seres humanos y con la naturaleza, por las exigencias del trabajo productivo, es un ente social, y socialmente determinado. Su "naturaleza" viene definida por las condiciones de la sociedad en la que se desarrolla su existencia. La esencia humana es, en cada momento resultado de un proceso interminable y complejo, de enfrentamiento entre los hombres y la naturaleza exterior. Por tanto, lo que somos y lo que hacemos según Marx, depende de la sociedad en que vivimos. "Las relaciones sociales están íntimamente vinculadas a las fuerzas productivas". "Con la adquisición de nuevas fuerzas productivas, los hombres cambian su modo de producción, y con el, cambian la manera de ganarse la vida, cambiando a su vez, todas sus relaciones sociales en consonancia con su producción material".

El trabajo es una actividad de vastos alcances, que se refleja e influye sobre casi todos los aspectos de la conducta humana, por lo que los individuos al desempeñar un trabajo, no sólo trasladan a él sus habilidades intelectuales y motrices, sino también sus individualidades. El trabajo le entrega al individuo, la sensación de pertenencia a una sociedad que se considera importante, necesaria y valiosa. Para un individuo trabajar significa tener un propósito, expresarse y sentirse satisfecho de contribuir a la sociedad (Robbins, S., 1987; Milcovich, T., 1994; Fernández, B., Paravic, T. 2003).

El trabajo debiera ser una herramienta para la realización personal y para la autoestima de los seres humanos, por lo mismo juega un papel destacado en la vida del hombre. La mayoría de las personas pasan una tercera parte del día trabajando y lo hacen la mitad de su vida. Sin embargo, pese a ello, sólo recientemente en la era moderna, se ha comenzado a estudiar el trabajo desde el punto de vista científico. El concepto, la utilidad y función del trabajo han sido objeto de grandes

controversias a lo largo de la historia. En la mayor parte de las sociedades la generalidad de las personas debe adecuarse de alguna manera a la exigencia de trabajar (Fernández, B., Paravic, T. 2003; Gutiérrez, M. et al. 2004).

Durante siglos el trabajo como ocupación estuvo asignado al género masculino. Hoy por hoy mujeres en el mundo entero se ocupan de tareas productivas dentro y fuera del la casa. La naturaleza exacta de este trabajo varía de una cultura a otra. Muchos observadores han señalado que el alcance real del trabajo femenino se ha subestimado en forma sistemática (Beneria, 1982, Boserup, 1970; Boulding, 1983; Deere, 1983; Dixon, 1985). Varias son las razones de esta situación, pero lo más importante es sin duda la definición de “trabajo”. Trabajo no es sólo lo que hace la gente, sino además las condiciones en que se realiza la actividad y su valor social en un contexto cultural determinado (Burman, 1979; Wallman, 1979). La aparente invisibilidad del trabajo de la mujer es una de las características de la división sexual del trabajo en muchas sociedades, y se ve acentuada por la óptica etnocéntrica de investigadores y políticos, y por las ideologías tradicionales sobre el género. Si el trabajo se entiende normalmente como “Trabajo remunerado fuera del hogar”, entonces las labores domésticas y del cuidado (propio del género femenino), desempeñadas por la mujer quedan infravaloradas (Moore, H. 1996).

En Enfermería existe una alta feminización de la profesión, tan sólo en Estados Unidos, de los más de 2.25 millones de enfermeros registrados a fines del siglo XX, más del 95% son mujeres; en la Unión Europea representan más del 2% de la fuerza total de trabajo. En Chile según datos del Colegio de Enfermeras el 94% de las enfermeras universitarias son mujeres y ocupan un alto porcentaje de la fuerza de trabajo considerado típicamente femenino (Colegio de Enfermeras de Chile 2007).

Tradicionalmente el sector salud ha tendido siempre a absorber un gran número de mujeres, ya sea por las características propias de los servicios prestados o por la tradición de la profesión. Éste es el caso del área de enfermería, la cual ha contado con un personal mayoritariamente femenino (Machado, M.1993). Vale advertir que aunque en la actualidad en los hospitales y consultorios se han ido incorporando hombres a la enfermería, todavía se trata de un grupo minoritario.

La tendencia a un enfoque economicista de las políticas neoliberales impulsadas en Latinoamérica en la última década, han impulsado una serie de cambios sustanciales que han afectado seriamente el sistema de salud. Uno de estos campos ha sido específicamente el talento

humano. La enfermera se ha visto enfrentada al fenómeno del desempleo, a la pérdida de espacios de convocatoria y de liderazgo, a una disminución de ingresos y a una serie de modificaciones en los tipos de contratación, entre otros. Estos elementos han afectado directa o indirectamente en las condiciones de trabajo y la calidad de vida de este profesional (Gutiérrez, M., Hernández, J. Villanueva, A. (2004).

En el área de gestión de recursos humanos en el sector salud, estudios indican que las inversiones en desarrollo y en aplicación de una política y práctica de mantenimiento de recursos humanos de salud eficaces, contribuyen de una manera positiva, eficaz y medible a los resultados de la organización (Citado por Buchan, J., Calman, L. 2006). Las pretensiones de unas mejores prácticas universales son prematuras; la mera adopción de un determinado conjunto de estrategias de recursos humanos no conducirá al éxito de la organización y puede ser que el mismo conjunto de políticas de recursos humanos no resulte universalmente aplicable. De ello radica la relevancia que en Enfermería, existan Indicadores que pueden llegar a mostrar el rendimiento del trabajo de este profesional, y que se conviertan en importantes instrumentos de evaluación para el empleador, permitiendo mejorar la calidad de la atención de salud, facilitar la contratación y retención, la efectividad y funcionamiento de los equipos. Esto ha estimulado el interés por las medidas estructurales, de los procesos y de los resultados, y desde hace poco los investigadores se centran en éstas últimas. En lo que se refiere a su empleo, se ha citado la dificultad de evaluar la participación de esta profesión en el equipo de trabajo multiprofesional, y entre esto, la dificultad de medir y evaluar aspectos importantes de la atención de enfermería, y el estrés adicional que los indicadores de resultados pueden suponer para el personal ya sobrecargado de trabajo. Un conjunto de pruebas cada vez mayores indica, que algunos pequeños cambios de las características de los recursos humanos de enfermería, están relacionados con grandes cambios en los resultados obtenidos en los pacientes, por ejemplo, la combinación de capacidades de la enfermería, la formación, la experiencia y la carga de trabajo, influyen en la mortalidad de pacientes, en el fracaso de los cuidados, en los incidentes críticos y en la duración de las estancias hospitalarias (Farfán, M. 2006).

El trabajo multidisciplinario de la enfermera provoca frecuentemente que su trabajo profesional en el cuidado sea poco evidenciadle y complejo de medir. Para evaluar los resultados del trabajo de enfermería, deben tomarse en consideración las diversas dimensiones de los resultados, como el rendimiento individual y de los equipos, el rendimiento en cada tarea y en el contexto, y las mediciones del proceso y de los resultados. Para medir los resultados en la atención de salud, la gestión de los recursos humanos ha de seguir de cerca los antecedentes de los resultados en la tarea

concreta y en el contexto. Hasta hoy el centro de interés se ha puesto predominantemente en los resultados de las tareas (Citado por Rafferty, A. et al, 2006).

La escasez de enfermeras en todo el mundo está causando efectos adversos graves para la salud y el bienestar de las poblaciones, planteando problemas sin precedentes para los encargados de la política general y los planificadores en los países ricos y pobres. Un reciente informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2005), revela que la falta de profesionales de enfermería está poniendo en alto riesgo la atención sanitaria en la región, que en Latinoamérica esta escasez es producto del deterioro de las condiciones laborales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una proporción mínima de 100 enfermeras por cada 100.000 personas, pero muchos países pobres ni siquiera se acercan a esa proporción. El número de profesionales de enfermería por cada 10.000 habitantes varía de 1,1 en Haití a Chile que alcanza a 6,7, hasta la cifra ideal de 97,2 en Estados Unidos. Según datos del Banco Mundial, gran parte de la asistencia en salud en el Hemisferio, recae sobre las espaldas del personal de enfermería. El 90% de los cuidados infantiles de niños sanos en los servicios de salud de Chile, son prestados por personal de enfermería. También el 90% de los servicios públicos de salud mental y psiquiatría en Belice. En la costa atlántica de Nicaragua, el 88% de las consultas ambulatorias las resuelven los profesionales de enfermería. Además, el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) asegura que "las enfermeras están desarrollando cada vez más trámites administrativos que disminuyen el tiempo para cuidar a los pacientes, situación que se agrava con su escasez" (Waak, A. Informe OPS 2005).

La escasez de enfermeras pone en riesgo una atención de enfermería integral, segura y de calidad. En efecto, se observa con mayor frecuencia que profesionales de otras disciplinas, y también auxiliares y técnicos, asuman funciones de la enfermera que importan un criterio profesional. El problema se torna crítico si se consideran las condiciones epidemiológicas actuales que generan mayores necesidades de cuidado, el envejecimiento profesional y el compromiso con la calidad en salud (Milos, P., Larrain, A., Simonetti, M. 2009).

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) señalan (informe CIE/FIFN 2006), que "Si bien en los últimos años ha habido un reconocimiento cada vez mayor de los problemas críticos que contribuyen a la escasez de enfermeras en todo el mundo, la voluntad política de abordar estos problemas sigue siendo débil en la mayoría de los países".

Tabla 1: Población total y enfermeras por 10.000 habitantes en países de América Continental e Insular, 2003.

PAÍS	POBLACIÓN EN MILLONES	ENF/ 10000 HAB. 2000
Argentina	38.428	5,9
Bolivia	8.808	1,6
Brasil	178.470	5.2 (2001)
Chile	15.805	6.7 (2002)
Colombia	44.222	5.7
Costa Rica	4.173	3.2
Cuba	11.300	75 (2002)
Ecuador	13.003	4.6
El Salvador	6.638	8.1(2002)
Guatemala	12.347	4.1(2002)
Honduras	6.941	3.2
México	103.457	10.8
Nicaragua	5.466	3.3
Panamá	3.120	10.8
Paraguay	5.878	1.2
Perú	27.167	6.7
Republica Dominicana	8.745	3
Uruguay	3.415	9 (2002)
Venezuela	25.699	7.9
Canadá	31.510	74.8
Estados Unidos	294.043	97.2
Haití	8.326	1.1
Jamaica	2.651	16.5 (2002)
Puerto Rico	3.879	42.5

TABLA N°. 1. Fuente OPS/OMS disponible en Internet <http://www.paho.org>

De acuerdo a cifras entregadas en el VIII Congreso Latinoamericano y del Caribe de Bioética, la escasez de enfermeras sigue siendo un problema actual, en México por cada 100.000 habitantes hay 2,2 enfermeras. En otros países como en Uruguay el número de médicos supera ampliamente el número de enfermeras, llegando a encontrar 3,3 médicos por cada enfermera (Neri, A. 2011; Bepali, Y. 2011).

En otros continentes, por ejemplo en África Subsahariana, faltan más de 600.000 enfermeras, en relación con el número que, según las estimaciones, se necesita para ampliar las intervenciones prioritarias, según recomendaciones de la Comisión de macroeconomía y salud. En muchos países no es raro actualmente encontrar situaciones en las que una enfermera está encargada de 50 pacientes. La escasez de enfermeras no es un fenómeno nuevo. Muchos países han experimentado en el pasado escasez cíclica, generalmente causada por un aumento de la demanda superior al número de enfermeras disponibles (Informe CIE 2006). Sin embargo, la escasez actual es muy diferente de las anteriores, pues los sistemas de atención de salud actuales difieren claramente de los del pasado. La demanda de servicios de salud y de enfermeras hoy se agrava por el aumento del envejecimiento de las poblaciones, las mayores tasas de crecimiento de la población, y una mayor carga de las enfermedades crónicas. Al mismo tiempo, el número de enfermeras disponible en algunos países sufre oscilaciones y es de prever que disminuya por el envejecimiento de los recursos humanos de enfermería, lo inadecuado de la financiación para prestar apoyo a los que ingresan en la profesión y el aumento de otras oportunidades de carrera profesional para la mujer (Estivill, E., Rodríguez, A. 2006).

Las políticas macroeconómicas condicionan el gasto global en los presupuestos nacionales, la financiación de la salud, los niveles de dotación de personal y el desarrollo de los recursos humanos. Para conseguir unos recursos humanos idóneos del sector de salud, es imprescindible que los países apliquen políticas macroeconómicas y prácticas sólidas y sensibles. Sin embargo, muchos países, especialmente los fuertemente dependientes de la ayuda financiera exterior, sufren limitaciones macroeconómicas que restringen su capacidad para ampliar el gasto social sumamente necesario para la salud y el desarrollo de los recursos humanos (CIE 2004) y (Bayer 2004).

Los desequilibrios en la distribución del personal de enfermería son una característica en los países desarrollados y en los países en desarrollo y se han detectado en todas las regiones, sectores de salud y especialidades clínicas. Se observan frecuentemente desequilibrios entre las zonas urbanas, las zonas rurales y las zonas remotas. Varios países han comenzado a aplicar iniciativas de política general para abordar los desequilibrios de los recursos humanos de enfermería, sin embargo, esas iniciativas han conocido un éxito limitado (CIE 2005).

En las medidas de dotación de personal de enfermería, muchas veces se establece como indicador la cantidad de los recursos de enfermería disponibles en relación con el número de camas ocupadas. Sin embargo, si nos limitamos a contar las camas, obtendremos escasa información acerca de los cuidados que precisan los pacientes que las ocupan.

Las medidas de la carga de trabajo de las enfermeras, se centran en los requisitos de cuidados de enfermería de los pacientes. La carga de trabajo y los sistemas de clasificación de los pacientes se utilizan sobre todo, para adoptar decisiones sobre el personal en las organizaciones. Cuando se emplean con experiencia y juicio, en el contexto de la validación continua y de la fiabilidad constante, estos sistemas pueden aplicarse eficazmente para orientar las decisiones sobre la dotación de personal. Los datos sobre la carga de trabajo en los hospitales, son necesarios para la gestión local y nacional de los recursos de enfermería pero, por sí solos, son insuficientes para planificar los recursos humanos de salud y los servicios (CIE 2005).

2.- ESCENARIO LABORAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

2.1.- SATISFACCIÓN Y ENTORNO LABORAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CHILE.

Se concibe como *condiciones de trabajo*, al conjunto de factores que actúan sobre el individuo en el medio laboral. Existen condiciones materiales, entre ellas, las de higiene, seguridad y comodidad, que se relacionan con políticas institucionales, horario, salario y estabilidad laboral. Otras son de orden psicosocial, y corresponden a las características del trabajo en relaciones horizontales y verticales de autoridad y canales de comunicación (Castrillón, M., Malvarez, S. 2006).

Los aspectos que contribuyen a los entornos de práctica deficiente, han sido objeto de amplios estudios y debates en los últimos decenios. El trabajo de las enfermeras y el ambiente donde lo desarrollan, pareciera no ser siempre el más propicio para derivar en satisfacción laboral. El cansancio, las escasas posibilidades de capacitación debido a los sistemas de turnos y la escasez de personal, traen como consecuencia fatiga y desmoralización entre estas profesionales. El deber de realizar muchas tareas, cuya complejidad es inferior a su formación y que comprometen su tiempo, le impiden concretar su función fundamental, que es estar junto al paciente, la entrega de atención y cuidados de éste (Fernández, B., Paravic, T. 2003). Por otro lado, los turnos le dificultan la vida matrimonial y familiar, ya que éstos no coinciden con las rutinas y actividades normales de las otras personas, por lo que la enfermera requiere de muchos esfuerzos para compatibilizar sus propias actividades con las de su familia. Toda esta problemática le trae inevitablemente consecuencias negativas en la vida personal (Fernández, B., Paravic, T. 2003).

Las condiciones de trabajo se caracterizan por sobrecargas de trabajo, extensas jornadas, carencias de los recursos materiales y humanos, salarios inapropiados e insuficiente capacitación, lo que supone una gran insatisfacción por parte del personal de enfermería (Castrillón, M., Malvarez, S. 2006).

El trabajo hospitalario es vertiginoso, sobre todo en los servicios de urgencias y unidades de cuidados intensivos, donde se combina una gran responsabilidad y una continua disponibilidad a las necesidades de los enfermos, lo que produce estrés emocional. Así mismo, las distintas especialidades en el campo de la enfermería, pueden tener diferentes impactos en la salud de las

enfermeras. Se trabaja al límite de la resistencia, con organizaciones jerarquizadas que algunas veces obstaculizan el trabajo fluido (Castrillón, M., Malvarez, S. 2006).

Un estudio para capacitación de trabajadores, de la Organización Internacional de Trabajadores (OIT), en Chile en conjunto con la Central Unitaria de Trabajadores, precisa Conceptos Básicos de Salud laboral. El estudio recomienda que, cuando los trabajos se realizan en locales cerrados, éstos deben contar con techumbre, pisos, paredes y ventanales en buen estado, lo cual permite protección contra el frío y reducción del riesgo de accidentes. Una buena ventilación e iluminación general, son factores que no sólo permiten disminuir los riesgos de accidentes, sino que también, mejoran la sensación de confortabilidad. Agrega, que en casos en que las personas se vean obligadas a alimentarse en el trabajo, se requiere la existencia de comedores limpios y con agua y mobiliario suficiente. En casos especiales recomienda, como cuando hay riesgo de contaminar la ropa de calle, la existencia de duchas y casilleros guardarropas, para realizar el cambio de ropa de calle por ropa de trabajo (Parra, M. 2003).

Un estudio cuantitativo de aproximación al clima organizacional de las Instituciones Públicas de Salud realizado en la cuarta y quinta región de nuestro país en el 2006, revela que una de las variables peor evaluadas fue el “espacio, entorno físico e infraestructura”, observándose insatisfacción generalizada con las condiciones físicas y ambientales del trabajo. Cuando los espacios de trabajo no son suficientemente amplios ni están apropiadamente acondicionados para su funcionalidad no se dan las condiciones ambientales para trabajar adecuadamente y el desempeño laboral se verá perjudicado. Mientras mejores sean las condiciones de espacios físicos de trabajo mejor será la percepción y desempeño de las labores de los trabajadores sanitarios (Marchant, L. 2007).

Las enfermeras manifiestan incomodidad por el escaso espacio de los lugares de trabajo, muy reducido o a veces inexistente, sumado a tener que trabajar con equipos y materiales deficientes. También sobrellevan los conflictos que se generan dentro de los equipos de trabajo, las dificultades con sus jefes directos, con sus pares y con el personal a su cargo, éstos entorpecen la comunicación, alteran la armonía y el desarrollo del trabajo, y lo tornan dificultoso y poco gratificante. Es frecuente encontrar criterios sobre el poco reconocimiento social y profesional de la Enfermería, lo que ellas perciben como falta de reconocimiento hacia su grupo profesional por parte de la institución en que se desempeñan (Aguirre, D., 2009).

La Dirección del Trabajo del Gobierno de Chile hace un reporte a través de la Unidad de Condiciones y Medio Ambiente del Trabajo, en donde se reconoce la existencia de trabajos que contienen una carga física y/o psicológica importante, con pocos o ningún período de pausas y descansos, con horarios de trabajo poco habituales, como sistemas de turnos y trabajo nocturno. (Espinoza, M., Morris, P. 2002).

Para Chile ya en el año 2000, el número de enfermeras era un problema que no sólo se reducía al déficit de enfermeras, sino que era mucho más complejo, porque involucraba aspectos tan serios como la no participación en la toma de decisiones en materias del propio quehacer, manteniendo a estos profesionales relegados a un plano operativo y de asesoría, incluso en aspectos de su propia competencia; las deficitarias condiciones de trabajo y de ejercicio profesional con sobrecarga de horarios y turnos dobles entre otras (Minsal y OPS, 2000). Posteriormente y de acuerdo a la información entregada en agosto del 2006, por el Colegio de Enfermeras de Chile los enfermeros son: en Atención Primaria 1.634, en Atención Secundaria: 4.900 y en Atención Privada: 4.000, con un total de Enfermeras activas de 10.534, existiendo un déficit de un 48,4%. La Presidenta de éste colegio, enfatizó la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo y de vida de las enfermeras del país, con el objetivo de brindar cuidados de enfermería seguros, recalcando la importancia de la instalación de las Unidades de Gestión del Cuidado en los hospitales del sector público. (VI Seminario Internacional de Enfermería. 2009).

El Colegio de Enfermeras de nuestro país, apoyada por la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN), mantiene vigente la solicitud para que nuestro país también corrobore el convenio internacional 149 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), pendiente desde hace casi 30 años, sin que hasta la fecha se haya logrado su ratificación, y que dice relación con el entorno laboral del personal de enfermería, estableciendo demandas a las autoridades en relación a condiciones de trabajo justa y vida digna (Reporte y Declaración del Colegio de Enfermeras de Chile. 2009).

La escasez de enfermeras que se experimenta hoy en todo el mundo, amenaza claramente la consecución de las metas de desarrollo para el milenio. La falencia de enfermeras en Chile, especialmente en el Sistema Público de Salud, ha sido producto de una falta de regulación en la formación de los Recursos Humanos. Ajustes en el sistema no han permitido aumentar la planta de profesionales por un problema de costos. El Ministro de Salud refrendó el Protocolo de Acuerdo del año 2006, y dio un carácter de urgente a materias como es la de aumentar la cobertura de Enfermeras

en el sistema público, en condiciones salariales que permitan a este sector ser realmente competitivo con el sector privado, dada las evidentes brechas de Enfermeras existentes en los diferentes sectores de salud hospitalaria y de la atención Primaria. El Colegio de Enfermeras y el Ministerio de Salud, han estudiado las dotaciones de enfermeras en las unidades de paciente crítico de los 22 hospitales de alta complejidad del país, estableciendo que se requiere de por lo menos 100 enfermeras para alcanzar una dotación mínima que les garantice un cuarto turno efectivo, con jornadas laborales razonables y con tiempo de descanso (Colegio de Enfermeras de Chile 2009).

Para enfatizar lo expuesto anteriormente, existe un déficit en las unidades médico quirúrgicas no críticas, en las cuales se evidencia una carencia de enfermeras de aproximadamente un 50% en el ámbito de la atención directa, junto con una realidad de inequidad severa de cobertura entre las jornadas diurnas y nocturnas, ocasionando con ello una interrupción de la indispensable continuidad de cuidados profesionales de enfermería y un consecuente deterioro en la calidad global de la atención. Una enfermera se estaría haciendo cargo de 80, 100 o 150 enfermos hospitalizados en muchos hospitales de Chile, asumiendo además que el 70% de los cuidados sanitarios de un enfermo hospitalizado los entrega la enfermera, según la Organización Mundial de la Salud (Reporte y Declaración del Colegio de Enfermeras de Chile, 2009).

Por otro lado, en Chile un estudio del Colegio de Enfermeras en el 2005, revela que la falta de Enfermeras es del 48,47%, mientras que en los consultorios del país es del 70%, y además cifra en 700 las enfermeras que faltan en hospitales públicos y 1.000 en la atención primaria, y acusó molestia por la falta de una propuesta del Ministerio de Salud para superar esta falencia. Es tal la falta de enfermeras, según la denuncia del Colegio de Enfermeras al Ministerio de Salud (MINSAL), que incluso en algunas universidades donde se imparte la carrera, se asegura que los estudiantes de los últimos semestres son tentados con contratos de trabajo que se hacen efectivos inmediatamente una vez titulados (Revista Electrónica Cambio 21, julio 2009). Dado el interés y apremio por formar enfermeras, en la actualidad existen 39 universidades e institutos que dictan la carrera, con más de 100 escuelas en todo Chile, pero sin certeza clara aún de la calidad de estos egresados (Latrach, C. et al.2009).

La apreciación de la “dotación de personal” y la “delimitación de funciones” es también negativa cuando la dotación de personal, sea en cantidad, cualidad o distribución por unidades y funciones, es inadecuada. La mala distribución del personal genera recarga de trabajo para algunos, lo que les impide desarrollarse técnica o profesionalmente en las tareas asignadas originalmente, con la

consecuente insatisfacción que deriva de lo expuesto. Además, cuando las funciones y responsabilidades de cada uno al interior de la organización no están convenientemente asignadas, las condiciones de trabajo no son suficientemente claras, específicas y delimitadas. Para llevar a cabo un buen desempeño es necesario el conocer las responsabilidades y labores, si estas no están o no se conocen, es difícil desempeñar bien una tarea. Es de suponer entonces que lo anterior repercute negativamente en la calidad del servicio prestado (Marchant, L. 2007).

Un estudio cuantitativo que realizó la Universidad de Concepción, Chile, en relación a la satisfacción laboral de las enfermeras de hospitales públicos y privados de la zona, destaca que las enfermeras hospitalarias se encuentran sólo levemente satisfechas en su trabajo, indicando mayor satisfacción las enfermeras de los hospitales privados. Las condiciones físicas del trabajo, se destacan por ser un factor de insatisfacción para las enfermeras hospitalarias, principalmente para las del sector público. Los factores remuneraciones, promociones y/o ascensos, son aquellos con los que se encuentran más insatisfechas las enfermeras de ambos grupos. La interacción con sus pares, su supervisor y las actividades que realizan, son aquellos factores con los cuales obtienen mayor satisfacción (Fernández, B., & Paravic, T. 2003).

Si bien no existen cifras respecto de cuántas enfermeras han emigrado desde los hospitales hacia clínicas privadas, un estudio presentado, a fines de 2008, por el Colegio de Enfermeras al Ministerio de Salud ahonda esta problemática, y afirma que si se consideran sólo los 22 hospitales de alta complejidad del país, existe una enfermera cada 31 camas, sin considerar la complejidad de los pacientes. La Oficina Panamericana de la Salud (OPS) señaló en el 2001 que por cada enfermera existen tres médicos y ocho auxiliares de enfermería o técnicos paramédicos. El estándar internacional al respecto habla de que en un Servicio de menor complejidad debe haber una enfermera cada 12 pacientes. Según la mesa de trabajo en el tema, 17.000 son las enfermeras que debiese haber (Diario el Mercurio de Santiago, febrero 2009).

El problema afecta también al sector privado, ya que con la expansión de clínicas de estas áreas ha habido un aumento en el número de camas, requiriendo un mayor número de enfermeras, por lo que se ha tenido que aumentar los sueldos que se les ofrecen.

El déficit de enfermeras en Chile en el Sistema Público, según catastro del Colegio de Enfermeras, realizado en los Hospitales de Antofagasta, Curicó, Talca, Los Ángeles, Valdivia, San

Borja, Asistencia Pública, Barros Luco y San José, para las Unidades Médico Quirúrgicas adulto e infantil asciende a 471 (48%), un 30% para las Unidades de Cuidados Intensivos y a un 33% para las Unidades de Cuidados Intermedios (Diario La Nación, marzo 2009).

Un estudio sobre carga de trabajo y mortalidad hospitalaria, muestra que, tomando como base una carga de trabajo óptima de cuatro pacientes por enfermera en unidades de mediana complejidad, si esa relación aumenta a seis, aumenta también en un 14% las probabilidades de que sus pacientes mueran dentro de los 30 días siguientes a su admisión. Cuando la carga de trabajo es de ocho en vez de cuatro, la mortalidad aumenta a un 31% (Malvarez, S., Castrillón, M. 2006).

Los trabajadores de turnos de noche pierden cinco años de vida por cada quince de jornada laboral, se divorcian tres veces más que el resto de sus compañeros y tienen un 40% más de posibilidades de padecer trastornos neuropsicológicos, digestivos y cardiovasculares. Estudios desvelaron que los accidentes laborales con mayores consecuencias, "suelen ocurrir de noche". Insomnio, irritabilidad, angustia, depresión, trastornos digestivos, ataques de pánico, enfermedades cardiovasculares por un estrés crónico, unido a adicciones a tranquilizantes, excitantes o alcohol y tabaco, son algunas de las consecuencias patológicas que acompañan a quienes trabajan sin sol, según los especialistas Estivill, E., Rodríguez, A. (2006).

Se reconoce en un informe del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) que en general, la calidad, diversa y muchas veces deficiente de los entornos en que las enfermeras ejercen su profesión, es uno de los factores que más contribuyen a la dificultad mundial de atraer nuevas candidatas a la profesión y de retener a los miembros actuales. Lo inadecuado del número del personal y las pesadas cargas de trabajo; las excesivas horas extraordinarias; la planificación inflexible; la exposición a riesgos profesionales, a la violencia del usuario; la falta de autonomía; las deficientes prácticas de gestión de los recursos humanos y de la dirección; la falta de acceso a los suministros, la medicación y la tecnología necesarias; la insuficiencia de los incentivos, y las escasas oportunidades de avance profesional son algunos de los factores que inciden en la calidad del entorno de la práctica profesional de las enfermeras. En este mismo informe se señala, que las mejoras que son críticamente necesarias en los entornos de trabajo de las enfermeras, son la creación de capacidades de planificación y gestión de los recursos humanos de salud, una mayor autosuficiencia nacional en la gestión de los asuntos internos de la oferta y la demanda, preparar medios presupuestarios que favorezcan el desarrollo de los recursos humanos de enfermería y mejores infraestructuras públicas (Informe CIE/FIFN 2006).

Otra especial dificultad surge del hecho de que por la lenta carrera funcionaria y el bajo nivel de preparación técnica promedio de los funcionarios y empleados de la Administración Pública suele ser más bajo que sus equivalentes de la actividad privada, lo que plantea la necesidad de un amplio proceso de capacitación y el replanteo de las actuales modalidades de admisión a la carrera administrativa pública (Arnoletto, L. 2005).

Un estudio cuantitativo en nuestro país, también detectó en las instituciones públicas de salud de la Cuarta y Quinta región insatisfacción acerca del perfeccionamiento y capacitación pertinente a la renovación tecnológica. Si bien los profesionales sienten que son suficientemente capaces de enfrentar los desafíos de la modernización, no atribuyen estas capacidades a facilidades dadas por la institución para perfeccionarse. Si en cambio la institución diera a los trabajadores la posibilidad de capacitarse de manera pertinente a sus funciones y a los cambios a los que deben ajustarse en su trabajo, se fortalecería la relación entre el tipo y grado de perfeccionamiento del personal y la efectividad de su desempeño y se disminuiría la frecuencia de problemas administrativos y técnicos. Además, esto último beneficiaría un mayor compromiso de las personas con su trabajo y especialmente con la institución. Este mismo estudio revela además, que la coordinación funcional de las unidades y la comunicación resultaron así mismo mal evaluadas. Las personas afirmaron que la comunicación organizacional era poco clara, imprecisa, poco oportuna y los canales de comunicación, inefectivos. Todo lo anterior dificulta el desempeño eficiente del trabajo. Por último, se observó insatisfacción con la dimensión reconocimiento. Las personas sienten que la organización está siempre pendiente de sancionar los errores que puedan aparecer. Sin embargo, cuando el trabajo se hace oportuna y correctamente, no existe acciones de reconocimiento ni retroalimentación. Esforzarse por hacer las cosas de mejor manera no resulta importante, dado que nadie parece detectarlo. En climas como éste es poco probable que se promueva un desempeño de calidad (Marchant, L. 2007).

Algunos autores intentando separar los factores organizacionales del trabajo de las percepciones que los trabajadores puedan tener de ellos, consideran a los factores psicosociales ligados a la actividad laboral, como las percepciones subjetivas que el trabajador tiene de los factores organizacionales, y estos últimos, son considerados como los aspectos objetivos de la forma como el trabajo es organizado, supervisado y efectuado. En consecuencia, los factores organizacionales y psicosociales pueden ser idénticos, pero los factores psicosociales movilizan un valor emocional en el trabajador, es decir, las percepciones que los y las trabajadores puedan tener de ellos (Borges, A. 1998).

Hay autores que consideran que el mejor clima organizacional es aquel que "ha demostrado mayor utilidad, el que utiliza como elemento fundamental las percepciones que el trabajador tiene de las estructuras y procesos que ocurren en un medio laboral" (Gonçalves, 1997). Esto significa que el comportamiento de un trabajador no es el resultado de como esté organizada la unidad, sino de la percepción que tenga el trabajador de esa organización. Podemos pensar que todo se ha hecho para obtener el éxito de las metas y los planes que se le han encargado a la unidad, pero sino no se hacen partícipe a todo el colectivo y éste se apropia de ello porque cree y lo siente como suyo, no se podrá hablar de Clima Organizacional favorable. El sentimiento de responsabilidad de los miembros de la organización acerca de su autonomía en la toma de decisiones relacionadas a su trabajo, los hace sentirse dueños de la tarea, y además el saber que esa autonomía no está dada irresponsablemente sino que es parte de la toma de conciencia, que el cumplimiento y la calidad será la máxima de cada trabajador comprometido (Álvarez, G. 1992; Marriner, A. 2001; Pérez, I. et al. 2006).

Las características de un sistema organizacional generan un determinado Clima Organizacional. Este repercute sobre las motivaciones de los miembros de la organización y sobre su correspondiente comportamiento. Este comportamiento tiene una gran variedad de consecuencias para la organización como, por ejemplo, productividad, satisfacción, creatividad, adaptación. Enfermera Docente de la Universidad de Chile en una entrevista del Diario Austral, con motivo de las IX Jornadas de Investigación de Enfermería realizadas en Valdivia, señala que: "El clima Laboral es muy importante para quienes ejercen la enfermería. Está comprobado que quienes prestan la mejor atención, son quienes se sienten más confortados en sus trabajos" (Verdejo, V. 2009).

El concepto de Clima Organizacional, en consecuencia, se refiere a las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto a las estructuras y procesos que ocurren en su medio laboral (Litwin y Stringer, 1968; Gonçalves, 1997). La especial importancia de este enfoque reside en el hecho de que el comportamiento de un trabajador no es una resultante de los factores organizacionales existentes, sino que depende de las percepciones que tenga el trabajador de estos factores. Sin embargo, estas percepciones dependen de buena medida de las actividades, interacciones y otra serie de experiencias que cada miembro tenga de su medio laboral. De ahí que el Clima Organizacional refleje la interacción entre características personales y organizacionales (Arnoletto, E. 2005).

La calidad de los entornos de la práctica profesional de las enfermeras se ha vinculado con aspectos de satisfacción en el trabajo, motivación, productividad, rendimiento y resultados en los pacientes. Las pruebas demuestran, que la sobrecarga de trabajo tiene efectos perjudiciales para la calidad de la atención dispensada a los pacientes y para las propias enfermeras. En un estudio reciente hecho con unas 10.000 enfermeras de 168 hospitales de los Estados Unidos se constató que, en los hospitales en que el coeficiente de pacientes por enfermera era elevado, los pacientes quirúrgicos experimentaban una mayor mortalidad dentro de los 30 días en función del riesgo, mayores índices de falla del tratamiento, y que era más probable que las enfermeras experimentaran agotamiento e insatisfacción laboral. (Segovia, C., Navalpotro, S., 2005). En otro estudio se constató, que unos coeficientes más elevados de pacientes por enfermera guardaban relación con una disminución del 3 a 12% de los índices de resultados posiblemente sensibles a la enfermería, entre ellos las infecciones del tracto urinario y la neumonía nosocomial (Correa, M., Robledo, P., 2004).

Los estudios demuestran que las enfermeras se sienten atraídas y permanecen en su lugar de empleo, cuando se ofrecen oportunidades de avanzar profesionalmente, de adquirir autonomía y participar en la adopción de decisiones, al tiempo que reciben una compensación justa (Brunner y Suddarth 1998). En el informe de la CIE (2004), se habla de que los estilos de dirección participativa, las posibilidades de empleo flexible, el acceso a la formación continua y al desarrollo profesional, pueden mejorar la retención del personal de enfermería y la atención dispensada a los pacientes.

El ausentismo laboral es un indicador de Gestión de Recursos Humanos y representa un desafío en la gestión actual de los servicios hospitalarios (Vargas, V., Hernández, E. 2007). El ausentismo laboral actualmente es uno de los más graves problemas económicos de la sociedad industrial. La literatura menciona que los índices han aumentado considerablemente en los países desarrollados y subdesarrollados (Herencia, A. 2003). Se considera que el ausentismo laboral, no sólo representa un problema médico, sino también un indicador del grado de satisfacción con el trabajo, por ello se insta a que esta problemática debiera ser abordada tanto por el empleador, como por los trabajadores con un enfoque interdisciplinario (Cabrera, C. 2009). El ausentismo afecta directamente en la continuidad laboral, calidad del servicio entregado, relaciones humanas, clima laboral, costos y eficiencia institucional (Demandes, I. 2009).

Combinando medidas de dotación de personal de enfermería y de medición de la carga de trabajo, para examinar las demandas de los servicios de enfermería en relación con los recursos de enfermería utilizados para prestar ese servicio, la utilización de la unidad de enfermería puede

proporcionar una comprensión mejor del efecto que la cantidad de los recursos de enfermería ejerce sobre los resultados, que la dotación de personal de enfermería o la carga de trabajo por sí solas. Realizando el cálculo del número de pacientes dividido por las horas de enfermera trabajadas, es posible determinar la medida de enfermería que requiere una unidad. Así se puede dotar de personal para satisfacer las normas y especialmente las necesidades de atención a los pacientes (Informe CIE 2005).

Se constató en un estudio del Reino Unido, que los elevados coeficientes de pacientes/enfermeras estaban relacionados con un mayor riesgo de fatiga emocional e insatisfacción en el trabajo, de igual forma, las enfermeras que hacen muchas horas extraordinarias o trabajan sin el apoyo adecuado, tienen mayor ausentismo y peor salud (CIE 2007).

Las expectativas no satisfechas son una de las causas de insatisfacción que se citan generalmente. También se ha demostrado que hay un nexo entre el compromiso y las primeras experiencias en el puesto de trabajo y se ha insistido en la importancia de un buen programa de inducción y una buena formación (Marchant, L. 2005; Rafferty, A., et. al. 2006).

Se han identificado cuatro sectores en los que puede desarrollarse el sentido de confianza del empleado en el empleador (O'Mally, 2000). Esos sectores son: el crecimiento (atender a las necesidades de desarrollo de los empleados), equilibrio de la vida laboral, aceptación individual (flexibilidad o benevolencia hacia los empleados), salud y seguridad.

El comportamiento de la organización y en el contexto en que éste se dé, serán especialmente determinantes en la calidad de la atención de salud, y para lograrlo, se requiere un elevado nivel de colaboración interdisciplinaria e interorganizacional (Marchant, L. 2005; Malvarez, S., Castrillón, M. 2006).

Según El Programa de Desarrollo de Gestión de Recursos Humanos en Salud de la Organización Panamericana de la Salud en conjunto con la Organización Mundial de la Salud, establece que algunos procesos incluidos en las Reformas, han sido determinantes para el cambio de las condiciones y las relaciones laborales en los servicios de salud. Por ello, este programa recomienda que en la gestión del recurso humano se utilice un enfoque de planificación que valore la

visión estratégica y la construcción participativa del plan adecuado a una realidad local; con una perspectiva de gestión de personal que subordine lo administrativo y que enfatice la organización, las relaciones sociales e institucionales y la cuestión del poder; y por último, en lo referente a la educación del personal, la negación de la mera capacitación reproductora, vertical y centralista, sustituyéndose por una práctica educacional basada en la premisa del trabajo como factor y espacio de educación, en el aprendizaje de adultos, en el constructivismo cognitivo y en la búsqueda activa de aprendizajes significativos sobre la base del rescate del saber y la experiencia del trabajador- aprendiz (Brito, P. 1999).

Una prueba de la importancia del recurso humano en salud, es que la contratación y la retención de personal adecuado, son los problemas principales a los que se enfrentan los encargados de la formulación de la política de esta área. Los resultados y la calidad de los sistemas de salud dependen en última instancia de la calidad y la motivación de sus recursos humanos (Marriner, A. 2009).

RELACIÓN ENTRE INCENTIVOS, MOTIVACIÓN Y RESULTADOS DE LOS TRABAJADORES DE SALUD

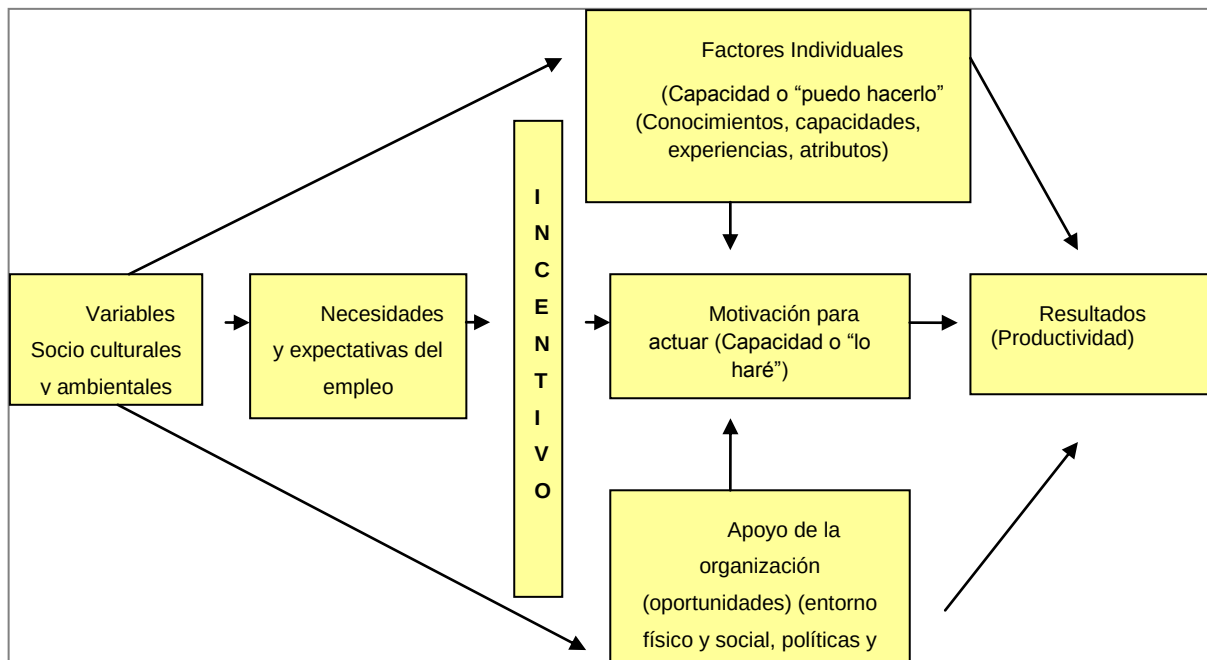


Fig. N°1. Fuente: CIE / FIFN / OMS (2006). Adaptado de Kanungo y Mendonca (1994).

Otro indicador de los puestos vacantes es la rotación del personal; ese indicador se emplea con frecuencia para evaluar los problemas de retención en los puestos de trabajo. En países tales como Estados Unidos de América, las tasas de rotación son bastante significativas, de alrededor del 20% al 30%, según estimaciones del 2002 (Informe CIE / FIFN / OMS, 2006).

Es probable que la elevada rotación haga que aumenten los costos de las Instituciones, de contratación y formación de personal nuevo y de horas extraordinarias. Entre los costos de la rotación hay que contar también con una moral de trabajo y una productividad del grupo más bajas. La naturaleza misma de la atención de enfermería supone un servicio que se presta durante las veinticuatro horas del día y que sólo puede mantenerse mediante el trabajo por turnos. Es sabido que este modelo de empleo exige que las enfermeras se adapten a él física, emocional y socialmente. Una investigación de la Universidad Autónoma de México D, F. sobre las condiciones de trabajo de las enfermeras nocturnas efectuada en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza con 50 enfermeras, indica que las trabajadoras de la jornada nocturna tienen mayor carga laboral, responsabilidades y tareas. El trabajo nocturno conlleva importantes consecuencias sobre el ámbito laboral, y el bienestar físico de las enfermeras que se traduce en menor rendimiento, mayor ausentismo, fatiga y trastornos del sueño (Castrillón, M., Malvárez, S. 2006).

Si bien el trabajo por turnos puede introducir cierta flexibilidad en el plan de trabajo de las enfermeras, y algunos ingresos adicionales, a menudo aporta nuevas dificultades para las que prestan servicios en entornos complejos y en situaciones interpersonales exigentes. Los turnos de tarde y de noche suelen estar dotados con menos personal y frecuentemente con calificaciones inferiores y las enfermeras tienen difícil acceso a un transporte seguro y a comodidades básicas, tales como las comidas calientes. Se sabe que el estrés del trabajo por turnos, aumenta los niveles de ausentismo y rotación del personal, con lo que afecta a la calidad de la atención de enfermería. La rotación de turnos se ha relacionado con un mayor número de perturbaciones del sueño, problemas digestivos, fatiga e ingesta de alcohol, y con una salud psicológica y resultados laborales menos satisfactorios. Se ha constatado que las enfermeras que trabajan por turnos toman más días de permiso por enfermedad y dan razones más graves para tomarlos que los trabajadores de turnos fijos. La remuneración con que se recompensa el trabajo por turnos no resuelve los riesgos de salud laborales que corren las enfermeras. Por razones obvias se hace necesario el trabajo por turnos. Lo que preocupa es la posibilidad de que el trabajo por turnos influya negativamente en la salud de la persona, en su capacidad para actuar en el grupo con el que coopera y en la continuidad de los cuidados, y que ello afecte a los servicios que se dispensan. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) estima que en los sistemas de trabajo por turnos que se aplican en todos los contextos de

trabajo de enfermería, deben tenerse debidamente en cuenta las consecuencias para la salud de éstas, además de las necesidades de los pacientes y las necesidades personales de las enfermeras, las estipulaciones de la legislación y de los convenios colectivos. (Informe CIE/FIFN/OMS 2006).

Otro factor que genera insatisfacción en el trabajo son las carencias en recursos humanos y materiales, con suministros de baja calidad y falta de mantenimiento oportuno de equipos que se deterioran progresivamente en los servicios de salud. Lo cierto es que cada vez más, los profesionales de enfermería se ocupan en primer lugar de las actividades de administración hospitalaria más que del cuidado. Una investigación multicéntrica en cinco países confirma, que en la actualidad las enfermeras están desarrollando trámites administrativos que disminuyen el tiempo para cuidar a los pacientes, situación que se agrava con la escasez de profesionales (Guevara y Mendias. 2001). Igual situación se encontró en la investigación sobre calidad de atención de enfermería en salas de trabajo de parto realizada en instituciones de salud del departamento de Antioquia (Colombia), donde las madres relatan la ausencia de profesionales de enfermería (Castrillón. 1997).

El entorno de elevada exigencia y competitividad, así como, las condiciones precarias en las que se desenvuelven muchos trabajadores, está ocasionando una aparición creciente de trastornos psicológicos derivados de esas circunstancias. Los elementos potenciales que ocasionan estos trastornos son entre otros: El trabajo estresante, la precariedad laboral, el trabajo nocturno y rutinario, el trabajo que involucra un esfuerzo mental y el acoso laboral (Contreras, G. et. a. 2008).

El ambiente laboral es el entorno humano y físico en el que se desarrolla el trabajo cotidiano. Es el medio dentro del cual se establecen relaciones y se desenvuelve la dinámica habitual de una organización. Tiene impacto directo en los niveles de satisfacción laboral y de productividad. De la misma manera que un buen clima laboral contribuye a maximizar el rendimiento de los trabajadores, alcanzar y superar metas, mejorar la eficiencia y la efectividad de las tareas; un mal ambiente laboral genera permanentes conflictos, desviación de las metas de la empresa, bajo rendimiento, aumento de costos por alto nivel de rotación, ausentismo debido a enfermedades psicosomáticas, y una serie infinita de obstrucciones a la operatoria normal de una organización. Una cultura centrada en las personas es fundamental para el logro de un excelente ambiente laboral. Las organizaciones que consideran a su gente como su mayor capital son las que consiguen de ésta, el mejor rendimiento. La experiencia demuestra que el bienestar del trabajador repercute directamente en calidad del producto y del servicio y consecuentemente en la satisfacción del cliente. "Un Gran Lugar para Trabajar es aquel donde usted confía en las personas para las que trabaja, siente orgullo de lo que hace y

disfruta con las personas con las que trabaja". Es así como existe la idea de que un gran lugar para trabajar se mide por la calidad de las tres relaciones interconectadas que existen: la relación entre colaboradores y jefes, la relación entre los colaboradores, su trabajo y la compañía y la relación de los colaboradores entre sí (Great Place to Work, 2010; Arnoletto, E. 2005).

El estilo de liderazgo también es clave para el establecimiento de un óptimo clima laboral. Es primordial que los jefes posean las habilidades necesarias para guiar y dirigir, motivar, estimular, coordinar los esfuerzos y generar sinergias. Una organización puede tener una planeación adecuada, control y buenos métodos, y no sobrevivir a la falta de un líder apropiado que logre cohesionar al equipo y conducirlo en la dirección de los objetivos. Los aspectos fundamentales que un líder ha de tomar en consideración, a fin de lograr un buen clima laboral, es la generación de confianza. Ésta es la capacidad de los directivos de establecer una relación franca con los trabajadores, basada no sólo en la entrega de una información oportuna, sino en una comunicación fluida y respetuosa, donde se reconozca a la persona como ser humano, con la multiplicidad de situaciones que pueden presentarse y que deben considerarse en forma particularizada. Un buen líder, consigue responder a diferentes demandas, negociando y acordando en forma colaborativa con los empleados (Pérez. I, et al 2006). La confianza es un requisito previo a todo intento de comunicación, ya que en especial en el caso de las enfermeras no compartirán sentimientos con personas en las que ellas no confían (Marriner, A. 2009).

El sentir de un individuo se refleja en todos los aspectos de su vida, por esto un buen ambiente laboral, escenario donde las personas desarrollan gran parte del día, es esencial para alcanzar un equilibrio en lo que a calidad de vida se refiere, comenta La Dirección de la Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello (Bonatti, C. 2008). "El entorno ejerce una particular influencia en el individuo y su bienestar; en este medio el hombre está expuesto a diversos agentes que pueden afectar su salud física y mental". "Un lugar de trabajo saludable es aquel que promueve el bienestar personal, familiar y social de sus trabajadores a través del fomento de estilos de vida saludables (alimentación equilibrada, evitar el abuso del alcohol y el tabaco, ejercicio físico regular), tiene un ambiente laboral ergonómico que protege de riesgos físicos y psicológicos. Así la persona puede desarrollar sus actividades productivas profesionales de manera más confortable".

Como elemento revelador de los alcances de esta problemática, aparece publicado (Radio Cooperativa. Noticias enero, 2010) el siguiente informe: "Debido a la inexistencia de materiales y la falta de recursos humanos para la atención de salud pública en un Hospital, los profesionales

agrupados en la Asociación de Funcionarios, Médicos, Odontólogos y Químico-Farmacéuticos (AFUMOQ) de ese centro asistencial, interpusieron en la Corte de Apelaciones de Valparaíso, un recurso protección en contra del Servicio de Salud respectivo. En el escrito los recurrentes señalan que “en este Hospital, como en otros de la red asistencial, no se cumple con las condiciones ni la calidad adecuada para la atención de los pacientes. Eso hace que las hospitalizaciones estén en camillas y en pasillos. Lo más dramático e indigno es que hubo hasta pacientes hospitalizados en sillas. En la unidad de emergencia infantil, muchas veces el cirujano está operando sólo y eso constituye una grave falta de servicio. La demanda ha superado la capacidad de atención del recinto, por lo que la espera de los pacientes puede llegar a las cuatro horas de espera” (Reyes, H. 2010).

Finalmente y como resumen, la insatisfacción de las enfermeras es una constante en diferentes investigaciones revisadas, que documentan la tensión que generan las difíciles condiciones de trabajo en los hospitales. La expresión “malestar de la enfermera” refleja la dificultad creciente de soportar una carga a menudo muy pesada y unos horarios particularmente constrictivos. En esta misma revisión autores vinculan la insatisfacción del personal como factor determinante en la calidad del servicio que se presta a los usuarios en las instituciones de salud.

2.2.- ESTÁNDAR DE INGRESOS ECONÓMICOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CHILE.

El trabajo en Chile, por definición del Código del Trabajo es una necesidad que el hombre percibe como absolutamente imprescindible, debido a que no solo proporciona los ingresos necesarios para adquirir los bienes necesarios, sino que también dignifica y aumenta la autovaloración. En nuestro país, como en la mayoría de los países, la inserción en el mundo del trabajo está regulada por dos factores: las leyes laborales fijadas por el Estado, pero también por las condiciones de oferta y demanda del mercado laboral. Con todo, es responsabilidad del empleador, por ejemplo, preocuparse que el lugar de trabajo esté provisto de la luminosidad necesaria para la realización de las labores, obligación que impone el artículo 184 de la ley 19.679 del Código del Trabajo (2000), norma que establece que el empleador está obligado a tomar todas las medidas necesarias para proteger eficazmente la vida y salud de los trabajadores, manteniendo las condiciones adecuadas de higiene y seguridad en las faenas, como también los implementos necesarios para prevenir accidentes y enfermedades profesionales (Gobierno de Chile., D. d. T.2006. Normativa Laboral. Código del Trabajo). El artículo N° 1 de la Ley 2005 (D.O.18-3-2005) agrega que: “las relaciones laborales deberán siempre fundarse en un trato compatible con la dignidad de la persona”, no obstante en el artículo primero de la Ley (Código del Trabajo artículo primero ley 19250 del 2005), se estipula claramente que, estas normas no se aplicarán a los funcionarios de la Administración del Estado, correspondiendo la facultad de regular las relaciones laborales de los trabajadores de las empresas públicas o instituciones del Estado, a la Contraloría General de la República, a través del Estatuto Administrativo (Ley 18.834, Art. 1º. Dirección del Trabajo de Chile 2009). De esta forma los enfermeros de hospitales públicos e instituciones públicas de salud en Chile, no se rigen por el Código del Trabajo, como lo hacen las clínicas o instituciones privadas de salud de nuestro país.

El sueldo mensual actual de una enfermera en nuestro país, varía si se trata de una institución estatal o privada de salud. La tabla que se muestra a continuación, nos muestra según el Colegio de Enfermeras de Chile, el ingreso de acuerdo a los grados de eslabón único en los hospitales e instituciones públicas de salud. Actualmente una enfermera recién egresada y sin experiencia laboral, podría ingresar en la modalidad de grado 15 a 13 a contrata.

SUELDO POR GRADOS DE LA ENFERMERA DEL SECTOR PÚBLICO			
GRADODESDE \$HASTA \$		GRADODESDE \$HASTA \$	
4	1.321.688O MAS	12	700.701.....761.926
5	1.251.452.....1.321.687	13.....	636.160.....700.700
6	1.181.214.....1.251.451	14.....	604.632.....636.159
7	1.078.245.....1.181.213	15.....	536.375604.631
8	982.733.....1.078.244	16.....	492.598536.374
9	903.217.....982.732	17.....	452.500492.597
10.....	828.803.....903.216	18	408.631.....452.499
11.....	761.927828.802		

TABLA N°2. Fuente: www.colegiodeenfermeras.cl. Publicado en Diario La Nación, febrero 2009.

Una clínica privada puede pagar hasta \$1.200.000 brutos a una enfermera al ingresar. Esto ha obligado al sector público a mejorar los salarios para competir con este mercado. Durante muchos años, la entrada de las enfermeras al sistema de salud público se hizo en el grado 17 de la escala única de remuneraciones, con un sueldo equivalente a \$452.500, pero actualmente ha mejorado, e ingresan en el grado 13 (\$855.233). Cabe mencionar, según un estudio de la Escuela de Gobierno y Gestión Pública de la Universidad de Chile (Castro, P. 2009), que el sueldo de la enfermera dependiente de una institución pública de nuestro país, se enmarca dentro de la escala única de sueldos, según el Artículo N° 1 y 2 del Decreto con Fuerza de Ley 249 (1974).

La propuesta que trabaja el Colegio de Enfermeras junto con el Ministerio de Salud es para mejorar la escala hasta el grado 12 (\$941.081).

¿CUÁNTO GANA UNA ENFERMERA EN EL SECTOR PÚBLICO? (Hospital Clínico San Borja)			
Grado	UCI	Unidad Coronaria	UCI Pediatría
15			\$925.660
14	\$794.301	\$1.005.773	\$1.003.000
13	\$1.154.966	\$1.079.423	\$1.087.272
12	\$1.375.522	\$1.158.954	\$1.352.419
10	\$1.364.359		
8		\$ 1.272.591	

TABLA N°3 Diario La Nación marzo 2009. Reporte del Colegio de Enfermeras y Minsal.

Al sueldo de una enfermera se le agrega la Gratificación Legal, la que entendemos es una recompensa pecuniaria, independiente del sueldo que se da por el desempeño de una función o servicio a cargo. En el caso de la legislación chilena está definida así en el artículo 42 del código del Trabajo, en que gratificación corresponde a la parte de utilidades con que el empleador beneficia el sueldo del trabajador. En el caso específico de la Enfermera de Urgencia, la gratificación la obtiene a título del trabajo por turnos (Art. 72 de la ley 19.937), la que corresponderá a un 38% para el cuarto turno, aplicado sobre la suma del sueldo base del grado en que este nombrado el profesional y a un 70% para el tercer turno, más la asignación de antigüedad, y las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la Ley N° 19185. Unido a esto, la enfermera le corresponderán mayor número de día de vacaciones en el año, por un derecho ganado por el trabajo en urgencia (Artículo 42 letra e Código del Trabajo) y amparado en el Artículo N° 5 de la Escala Única de Sueldos para empleados Públicos (Norma DFL 249, 1974).

A modo de ejemplo, haremos una simulación del sueldo de una enfermera que ingresa con grado 15 a contrata en marzo 2010, grado en que se encuentran varias enfermeras de la UEI del Hospital Gustavo Fricke.

ENFERMERA GRADO 15 A CONTRATA EN UEI HOSPITAL GUSTAVO FRICKE	SUELDO
Sueldo Base	\$753.533
Asignación de Urgencia	\$35.719
Asignación Cuarto Turno	\$231.502
Beneficio Feriado Compensatorio	\$10 días
Bono Trimestral Enfermera de UCI- UPC- Urgencia	\$169.891
2% de aumento en relación al sueldo base cada 2 años.	
Total	1.158.505

TABLA N° 4. Información Obtenida en marzo 2010 por el Departamento de Personal del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar.

Si las enfermeras quisieran integrar hoy un tercer o cuarto turno para acceder a los beneficios de la asignación de turno, no pueden hacerlo porque no es automático, ya que los cupos fueron predeterminados con criterios centrados en una racionalidad económica. A esto se suma el artículo 75 de la Ley 19.937, que implica que los trabajadores que hoy deben realizar turnos en modalidades distintos al tercer y cuarto turno no tendrían derecho a conservar las mismas remuneraciones por sus turnos, cuando se ausentan por enfermedad, embarazo y/o hacer usos de feriado, y eso les significa una disminución importante de su salario (Corral, G. Revista Gremial del Colegio de Enfermeras, 2009).

La situación económica de las instituciones de la salud cada día es más difícil, por lo que se ha impuesto el ahorro y la búsqueda de la optimización del rendimiento y de la calidad. Hoy a las instituciones de salud les preocupa primordialmente, la actualización tecnológica para ser competitivas y les preocupa menos, el hecho de que sin recursos humanos, de nada servirá la tecnología para alcanzar niveles satisfactorios de calidad en la atención, ni para minimizar los riesgos, que la misma tecnología puede generar en la población. La prensa de varios países, documenta una situación común sobre salarios y reivindicaciones, reflejando en la práctica los resultados de un modelo basado en la idea de minimizar los costos para maximizar los resultados, desde la racionalidad económica transplantada al mundo de servicios esenciales como lo son los de salud. (Diarios: La Jornada de México D.F., julio 2004; El Vocero del Pueblo (Puerto Rico) Edición agosto 2004; La Prensa Nicaragüense mayo de 2004; Malvarez, S., Castrillón, M.2006).

3.- *IMPLICANCIAS DE LA REFORMA EN SALUD PARA LA FUERZA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA.*

Los marcos regulatorios del ejercicio profesional y las reformas en salud realizadas en la mayor parte de los países de América Latina durante el último decenio del Siglo XX, se enmarcaron en el objetivo de disminuir los costos y mejorar la eficiencia y calidad de servicios y la cobertura. Esto impactó la forma cómo las enfermeras desempeñan sus funciones en el ámbito hospitalario y comunitario alterando la continuidad en el cuidado de los pacientes. A las reformas en el sector salud se sumaron otras reformas estatales como la reforma fiscal, la educativa y la laboral; estos procesos en conjunto modificaron las condiciones de trabajo del personal de salud, las formas de contratación, los salarios; introdujeron nuevas responsabilidades en la gestión de los servicios y de costos. La moral y motivación de las enfermeras mermó considerablemente, así lo expresaron en las entrevistas enfermeras de cinco países que vivieron directamente el proceso de reformas (Malvarez, S., Castrillón, M.2006).

La pesada agenda para quienes trabajan en el campo de la salud y en este caso para las enfermeras, tiene que ver con el desarrollo de capacidades que les permita: competitividad y productividad, calidad de la atención, disminución de costos, ejercicio de la ciudadanía, satisfacción de los usuarios, participación en las decisiones, desarrollo humano y adaptación a las innovaciones tecnológicas y a los nuevos paradigmas epistemológicos, culturales, ideológicos y políticos del actual contexto.

Un nuevo elemento se incorpora en el contexto sociopolítico en la década de los 80, con la imposición del modelo neoliberal de libre mercado en Chile y América Latina. Así es como la globalización también alcanza al sistema de salud chileno, dando el punto de partida a la carrera de la estandarización y acreditación internacional, vital para estar al día comercialmente.

A partir de la Reforma de Salud en Chile, debe agregarse al sistema de salud un nuevo reto la autogestión, que involucra mejorar la productividad y eficiencia con igual cantidad de recurso humano, con el mismo establecimiento, suministros y con una mejor disposición al usuario. Si bien es cierto que propicia un aumento en el presupuesto de salud en el gasto social del 2009 y 2010 respectivamente, para solventar el mejoramiento de los programas actuales, especialmente el aumento de patologías cubiertas por las Garantía Explícitas en Salud (GES), a nivel de los hospitales

e instituciones estatales de salud, el número de cargos públicos de enfermeras continúan estáticos (Proyecto de Presupuesto Nacional. Gobierno de Chile 2009).

Chile exhibe hoy indicadores de salud a nivel de países, de mucho mayor desarrollo económico y mayor inversión (como porcentaje de su PIB) en salud. Esto se ha producido gracias a la alta eficiencia alcanzada por el Sistema Público de Salud, y con mínimos recursos (Colegio Médico 2002).

La Reforma sectorial impulsó la expansión del mercado de trabajo, principalmente a través de la privatización de los servicios y la consiguiente expansión del número y la importancia de los prestadores privados, la municipalización de la Atención Primaria y la descentralización de la gestión de los recursos humanos dentro de los servicios públicos. Sin embargo la mantención del estatuto administrativo en el sector público de salud y una reforma laboral orientada a la flexibilización de las contrataciones de trabajo en general, en el sector privado, determinó la segmentación o funcionamiento dual del mercado de trabajo de salud. La expansión del mercado de trabajo es un proceso que, aunque continuo, resulta de medidas adoptadas en el curso de más de quince años y de su progresiva influencia en las prácticas de los trabajadores de la salud y de gestión de personal de los empleadores públicos y privados. Sin embargo, muchos siguen pensando que nada ha cambiado en el sector salud en materia laboral y que, por ejemplo, la solución de la dificultad de contratar enfermeras universitarias en muchos servicios públicos de salud o en los consultorios de atención primaria municipalizados, puede aún resolverse con la formación de un número mayor de estas profesionales, que basta con definir las categorías de auxiliares y técnicos en enfermería o crear cursos de especialización en enfermería, para que esas categorías o especialistas sean aceptadas por el conjunto de empleadores (Weintraub, M., Hernández, T., Flores, V. 1999).

En el VII Seminario Internacional de Gestión Hospitalaria “Nuevos Modelos de Gestión Hospitalaria” (Cooperación Internacional Franco Inglesa y MINSAL Noviembre 2002), se proponen nuevos standards de estrategias en la organización hospitalaria, en donde se consideran algunos principios orientadores. En ellos se vislumbran una serie de programas actualmente activos como el “Régimen de Garantías Explícitas en Salud, que busca disminuir la brecha de equidad que caracterizan al sistema de salud, y otros son vislumbrados, como el programa “Hospital Amigo”, el que integra a la comunidad y familia al quehacer hospitalario, el programa “Chile Crece Contigo”, que tiene como objetivo acercar al usuario y familia al trabajo del profesional de la salud en forma personalizada. La polifuncionalidad de un recurso humano flexible, organizado por complejidad (en Red) y orientado a la satisfacción usuaria, es un elemento que aparece como relevante también. Por

otro lado, la tendencia clara a la ambulatoriedad y a los procesos de corta o mínima duración, dan el norte a esta nueva estructura de organización. Pero nada de esto es posible llevar a cabo sin una infraestructura, recursos humanos y físicos acordes.

Numerosos informes sugieren que las inversiones en la aplicación y mantenimiento de políticas y prácticas eficaces de gestión de los recursos humanos, pueden contribuir de manera muy positiva a los resultados de la organización. La gestión eficaz de los recursos humanos puede estar relacionada con el personal y con los resultados de los cuidados en los pacientes. Además, la gestión del personal puede influir en medida importante en la salud y el bienestar de los empleados, y en los resultados de las personas, los grupos, y las organizaciones. A pesar de la importancia que tiene una buena gestión de los recursos humanos, su aplicación no es fácil en la práctica diaria de muchas organizaciones (Marchant, L. 2007; Bauman, A.; Informe CIE 2007).

En relación a este tema, la Reforma del sector salud en general carece de consideraciones sustanciales en cuanto al personal sanitario, nueva infraestructura, equipos y consumibles, lo cual se traduce en una de las grandes limitaciones al momento de ejecutar cualquier proceso de cambio. Tampoco aborda la introducción de nuevas formas de gestión para los directivos de acuerdo al nuevo escenario, ni una planificación del desarrollo profesional en consenso con los actores gremiales y políticos del sector. No incluye asimismo un sistema para determinar la necesidad de profesionales y técnicos en base a indicadores epidemiológicos y sanitarios, ni los requerimientos que conlleva la puesta en práctica tanto de las garantías en salud como los cambios introducidos en la gestión y la autoridad sanitaria. Lamentablemente, tampoco promueve una mejor combinación de destrezas en la formación de equipos para la gestión de las instituciones de salud (Brito, P., 2000).

Marchant (2007) en su estudio cuantitativo de Medición del Clima Laboral de Instituciones de Salud de la Cuarta y Quinta región de nuestro país evidencia una interesante línea de análisis; las organizaciones hospitalarias se definen como rígidas y burocráticas, con estructuras pesadas y verticales, con limitantes legales y centralistas en la gestión de los recursos financieros y humanos, y con una cultura muy poco sensible a las necesidades de las personas y a los cambios de entorno. Es muy probable que estos factores influyan en el clima organizacional y en el logro de los nuevos objetivos políticos propuestos.

Como se aprecia, son importantes los cambios que se han producido en los últimos años en salud en Chile, cambios en que la competitividad no está exenta. La pregunta nace espontáneamente; ¿Se encuentra suficientemente preparado el sistema de salud chileno para llevar a cabo tal cometido? Una respuesta a esta interrogante la entrega en su trabajo en este mismo seminario; “Hospitalización del niño con su madre” (Espinoza, E.,2002) , quien resalta la percepción de beneficio de la política de flexibilizar los horarios y estadía de la familia junto a su familiar, pero advierte una serie de debilidades en la infraestructura que deben corregirse, como el hacinamiento, desorden y otras importantes de atender, como conductas inadecuadas de los familiares con el personal hospitalario y la falta de comodidades básicas que se dispone para proporcionarles, lo que aumenta las tareas de quienes laboran en cada centro y que va de la mano con profesionales que no se encuentran adecuadamente capacitados para un usuario cada vez más exigente en la atención (Cooperación Internacional Franco Inglesa y MINSAL 2002).

CAPÍTULO III OPTANDO POR EL REFERENTE TEÓRICO.

1.- TEORÍA DE LA TRANSCULTURALIDAD UNIVERSAL DE M. LEININGER:

Las bases filosóficas que fundamentan la aplicación de la etnografía son comunes con las que fundamentan las corrientes del paradigma cualitativo. Los enunciados filosóficos sobre los cuales se apoya el paradigma cualitativo de la investigación se remontan a los planteamientos filosóficos de Nietzsche, Heidegger, Husserl.

Para Nietzsche el hombre moderno es apariencia, lo que representa no es visible y se oculta tras la representación. Por otro lado Heidegger resalta el proceso hermenéutico del conocimiento y sostiene que el ser humano es un ser interpretativo. Mientras que Husserl plantea que el método de aprehender epistemológicamente el conocimiento está relacionado con las características y estructuras de dicho conocimiento.

Los planteamientos filosóficos de la época permitieron al paradigma cualitativo fijar el propósito de la descripción e interpretación de la vida del actor y su entorno de manera sensible y subjetiva.

Desde épocas muy remotas hasta nuestros días, ha existido un desarrollo acelerado en la sociedad humana, en la que se destacan los avances médicos tanto a nivel mundial como nacional; en ellos, el hombre tiene en sus manos todo el conocimiento de una ciencia encargada de resolver o investigar el desequilibrio entre el proceso salud enfermedad con el entorno sociocultural en que vivimos. El término cultura ha sido definido en más de 200 formas; sin embargo, fue conceptualizado por primera vez, según registra la historia por Sir Edward Tylor (1871), quien sostuvo que son otras destrezas y hábitos que adquieren los seres humanos en cuanto son miembros de una sociedad (Citado por Castillo, J. 2008).

Toda organización crea su propia cultura o clima, sus propios tabúes, costumbres y usos. La cultura del medio refleja las normas y valores del sistema formal, así como las disputas internas y externas y el ejercicio de la autoridad dentro del sistema, que se transmiten a los nuevos miembros del grupo (Rojas, B. 2007).

La cultura es aprendida, compartida y transmitida. Es una combinación de suposiciones, valores, símbolos, lenguaje y conductas que manifiestan las normas y los valores de una organización y se convierten en la filosofía de este organismo; proporcionan un sentido de dirección y guía de la conducta diaria de sus miembros (Marriner, A. 2009).

Las organizaciones suelen ser multiculturales, con múltiples subculturas dentro de ellas. Esta idea de la multicausalidad, ha enriquecido el abordaje de los problemas de salud y ha favorecido que los investigadores sanitarios adopten paulatinamente métodos y técnicas que hasta ahora eran de uso exclusivo por los investigadores sociales. Incluso ampliando sus prioridades de investigación hacia dimensiones de los problemas que van desde lo conductual a lo social o lo cultural, lo cual favorece tanto la formación de equipos multidisciplinarios como la polivalencia de los investigadores en cuanto al uso de métodos y técnicas.

Un ejemplo claro resulta ser Madeleine Leininger, primera enfermera antropóloga profesional de Estados Unidos, que tras doctorarse en antropología trabajó con los Gadsup de las tierras altas orientales de Nueva Guinea (Papua), con quienes vivió sola durante año y medio, dirigiendo un estudio etnográfico de cuidados y salud, a partir del cual desarrolló su Teoría de los Cuidados Transculturales.

Entre los años 1950 y 1960, M. Leininger, señaló la existencia de varias áreas comunes de conocimiento y de interés científico-teórico entre la Enfermería y la Antropología; formuló diversos conceptos, teorías, prácticas y principios de la Enfermería transcultural. *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend*, fue su primer libro publicado sobre Enfermería Transcultural, que sentó las bases del desarrollo de este campo del conocimiento, de su propia teoría y de la asistencia sanitaria basada en las diferencias culturales (Leininger, M. 1970). Esta investigadora afirmó que era de vital importancia para el personal de Enfermería tener en cuenta la dimensión cultural en el actuar asistencial.

En el campo de la Enfermería la Dra. Madeleine Leininger (1978) define como cultura al conocimiento que se adquiere y trasmite, que incluye valores, creencias, reglas de comportamiento y prácticas en el estilo de vida, y que orienta estructuralmente a un grupo determinado en sus pensamientos y actividades.

Entre los años 50 y 60 identificó diversas áreas comunes entre la Antropología y la Enfermería, Leininger, que es también autora de un conocido manual de investigación cualitativa (Leininger, 1985), creando escuela en torno a sus estudios sobre etnoenfermería, siendo hoy muy frecuentes, al menos en América para los investigadores que se especializan en enfoques cualitativos en que la cultura condiciona muchos comportamientos sobre la salud (Morse, 1994; Denzin - Lincoln, 1994; Citados por Amezcua, M. 2000).

La construcción etnográfica, aunque siempre aproximada, se vuelve legítima si se logra identificar no sólo sistemas y estructuras de significados, sino también las tensiones y ambigüedades que alimentan a los actores y que les imprimen sus potenciales dinamismos. “Por ello es imposible el diálogo intercultural que nuestra época pretende, si éste está basado en el mutuo desconocimiento de sus protagonistas” (Bartolomé, M. (2002).

Resultado de la intersección entre Antropología y Enfermería, surge la dimensión cultural del cuidado enfermero. La relevancia radica en que los valores culturales de los individuos, brindan información de sus costumbres y de la cosmovisión de un grupo en particular. Por ello, Leininger sostiene que los cuidados culturales de Enfermería son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modo de vida de los individuos, grupos o instituciones, con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios. La cultura representa los modos de vida sistematizados y los valores de las personas, que influyen en sus decisiones y en sus acciones. Incluye los factores de la estructura social, el punto de vista del mundo, la trayectoria cultural, el contexto del entorno, las expresiones lingüísticas y los modelos tradicionales (genéricos) y profesionales. Leininger hermenéuticamente anima a obtener el conocimiento del interior de las personas o culturas, ya que este conocimiento tiene mayor credibilidad. Los valores, creencias y prácticas de los cuidados culturales tienden a estar arraigados y están influidos por los contextos del punto de vista del mundo, lengua, religión (o espiritualidad), parentesco (sociedad), política (o ley), educación, economía, tecnología, etnohistoria y entorno de una cultura particular (Leininger, M. 1995).

El Cuidado Cultural de Enfermería ha emergido como un importante tópico en la Ciencia de la Enfermería. Cuando se conocen los valores culturales, creencias y modo de vida de los individuos, el cuidado que se brinda es mucho más provechoso e integral.

Esta teoría se deriva de la antropología y la enfermería desde una perspectiva transcultural de la asistencia a los seres humanos, para lo que diseñó un modelo que describe sus componentes esenciales que facilitan el desarrollo de investigaciones que dan lugar al planteamiento de estrategias o sistemas de cuidados destinados a diferentes culturas. Este modelo fue nombrado "Modelo del Sol Naciente", donde la enfermería actúa como un puente entre los sistemas genéricos populares y los profesionales, permitiendo producir acciones y decisiones de enfermería, teniendo en cuenta a los seres humanos de forma inseparable de sus referencias culturales y su estructura social, visión del mundo, historia y contexto ambiental. Leininger desarrolló la etnoenfermería como método de investigación que parte de la etnociencia y que corresponde al estudio sistemático de la forma de vida de un grupo cultural determinado, para poder obtener un relato preciso de la conducta de sus miembros y del modo en que perciben y conocen su universo. Con esta teoría que es amplia, se insta a los profesionales a buscar la universalidad y especificidad cultural, manifestadas en los fenómenos propios de cada cultura. Leininger refiere que en virtud de su amplio enfoque multicultural, la teoría contribuye a la consolidación de la enfermería como disciplina y profesión dando respuesta a las necesidades encontradas en el mundo multicultural (Leininger, M. 1995). Es por esto, que, para entender bien los significados y alcanzar un conocimiento cultural preciso, son particularmente importantes los métodos cualitativos de investigación, los que proporcionan datos que ayudan a los profesionales no sólo de enfermería, a comprender el sentido de la asistencia en cualquier fenómeno que se estudie y a predecir la conducta humana dentro de un contexto cultural (Pérez, S. 2009).

Con estos métodos cualitativos, el investigador entra en contacto con las actividades cotidianas de la gente, para aprehender su mundo y obtener datos desde las observaciones, entrevistas, discusión de grupo y otras desde una actitud participativa lo que permite la "comprensión significativa y la interpretación motivacional (intencional) de la conducta social de los actores, de su orientación interna, creencias, valores, deseos, imágenes e intereses afectivos" (Marriner, A., Raile, M. 2003; Morse, J. 1991).

La perspectiva filosófica de Madeleine Leininger, le imprime además un sello de relativismo a la cultura, refiriéndose a la posición de que las culturas son únicas y deben ser evaluadas de acuerdo con sus propios valores y normas (Leininger, M. 1995). Su teoría revela que la cultura determina los patrones y estilos de vida y que determinan también las decisiones de las personas. El Modelo del Sol Naciente, describe a los seres humanos como entes, que no pueden separarse de la procedencia cultural y de la estructura social a la que pertenecen, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y del contexto de su entorno, lo que viene a ser el principio fundamental de su teoría.

El sexo, la raza, la edad, el status social, son factores de la estructura social y, por tanto, deben estar sometidos a estudio. La dimensión biológica, emocional y otras dimensiones se estudian bajo una perspectiva holística, por lo que no deben fragmentarse ni separarse (Marriner, A., Raile, M. 2003). Al participar de la vida cotidiana del grupo, al implicarse e interesarse verdaderamente por lo que es importante para ellos, el investigador se aleja del campo profesional y se acerca a los miembros del grupo estudiado, lo que nos insta a una forma reflexiva de conocer el cuidado universal y cultural, asociando el conocimiento a la investigación cualitativa de la experiencia de campo, sirviendo de guía para comprender otras maneras de ver el mundo, para conocernos mejor a nosotros mismos y para encaminarnos hacia un cuidado cultural, que implique asistir también al actor principal del cuidado mismo; la enfermera.

2.- MODELO LITWIN Y STRINGER:

La enfermera es un profesional que habitualmente trabaja para una institución, ya sea pública o privada, en donde se combinan ciencias, personas, tecnología y humanidad, por tanto, son igualmente consideradas como una organización (Pallares, A., et al. 2005). Allí, debe convivir a diario con profesionales, técnicos y administrativos, sin olvidar a los usuarios, que son el objetivo de su cuidado. Vale decir, es un profesional que trabaja y se desarrolla en el interior de una organización, la que posee una estructura física, gerencial, política, social y emocional; elementos que confluyen y determinan un entorno o ambiente laboral. Parte de ese ambiente es la cultura social, que proporciona pistas sobre cómo se conducirá una persona o varias en forma colectiva en determinado ambiente. De todos los enfoques sobre el concepto de entorno y cultura organizacional, el que cobra mayor importancia es el del clima organizacional, que se refiere a las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico en que éste se da, las relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales que afectan a dicho trabajo. Por ello, resulta indispensable incorporar este importante concepto en este estudio, el que utiliza como elemento fundamental las percepciones que el trabajador, tiene de las estructuras y procesos que ocurren en un entorno laboral (Litwin, G., Stringer, R. 1968; Gonçalves, 1997). La especial importancia de este enfoque, reside en el hecho de que el comportamiento de un trabajador, no es sólo una resultante de los factores organizacionales existentes, sino que depende también de las percepciones que tenga el trabajador de estos factores y de la cultura en donde éstos se desarrollen. Sin embargo, estas percepciones dependen en buena medida de las actividades, interacciones y otra serie de experiencias que cada miembro tenga con la institución. De ahí que el Clima Organizacional refleje la interacción entre características personales y organizacionales. Los factores y estructuras del sistema organizacional dan lugar a un determinado clima, en función a las percepciones de los miembros. Este clima resultante de una cultura organizacional induce determinados comportamientos en los individuos (Torecilla, O. Ensayo 2005; Brunet, L. (1987).

La *cultura organizacional* es el conjunto de los comportamientos socialmente reconocidos dentro de la organización. En palabras simples, “es el modo que tenemos de hacer las cosas por aquí”. Es el conjunto de los valores y normas (formales e informales) que respaldan tales comportamientos; y configuran el ambiente o “clima mental” en el que se desarrolla la convivencia del grupo, en donde la cultura es muy importante en la vida del grupo teniendo básicamente dos funciones: una función interna, la integración, y una función externa, la adaptación (Arnoletto, E. 2005).

La *función de integración* se refiere a la cohesión interna, a la aparición del “sentimiento de nosotros” por medio del acervo cultural compartido. Esto implica siempre la aparición del sentimiento de “los otros”, los que están fuera del grupo, distantes y al menos vagamente hostiles.

La *función de adaptación* se refiere a la adecuada y eficiente vinculación entre la organización y el medio externo, necesaria para la supervivencia y consolidación del grupo. Esta segunda función, la *adaptación*, suele ser la causa de los conflictos, sobre todo en tiempos de cambios acelerados, que exigen cambios en las actitudes culturales.

Como la *cultura interna* de la organización y el *ambiente externo* evolucionan en forma independiente o al menos no necesariamente convergente, las divergencias surgidas de los cambios en el ambiente externo pueden llegar a ser de tal magnitud que hagan necesario un cambio cultural profundo en la organización, lo que no siempre es advertido o aceptado por los integrantes del grupo. Estos, a veces, tienden a pensar que su cultura garantiza su supervivencia en el futuro, como lo hizo en el pasado, lo cual muchas veces no es cierto. Otras veces, aún advirtiendo la necesidad del cambio, no se lo acepta por temor a perder identidad y pertenencia, dos requerimientos vitales altamente valorados por los seres humanos en general (Arnoletto, E. 2005).

A pesar de que suele ser necesario para que una organización sobreviva, el *cambio de cultura organizacional* con frecuencia produce un cambio en su *clima laboral* y en las personas provoca una sensación de amenaza, real o imaginaria, un sentimiento de incertidumbre e inseguridad, que fomenta y es fomentado por rumores alarmistas, que son agravados por la falta de comunicación. El período de transición cultural suele ser un período conflictivo, en el que se acrecientan las incongruencias entre el discurso y la acción, con pérdida de coherencia interna. Cuando se encara un proceso de cambio en una organización, debe esperarse como algo normal la aparición *de resistencias al cambio* adaptación (Arnoletto, E. 2005).

En una organización se puede determinar su clima organizacional a través de diversas escalas. En esta ocasión, la investigación se orientó a conocer y describir el Clima Organizacional en el que se desenvuelve la enfermera de la Unidad de Emergencia Infantil, bajo la metodología propuesta por el *Modelo de Litwin y Stringer* (Gongalves 1997; Litwin, G. y Stringer, R. 1968), caracterizando estos elementos y examinando las nueve dimensiones de clima de dicha Unidad. La decisión fue tomada, con la finalidad de detallar más objetivamente la situación actual de la enfermera de la Unidad de

Emergencia Infantil del Hospital Gustavo Fricke, y para facilitar la descripción de fenómenos tales como: estructura, responsabilidad, recompensa, relaciones, conflictos, identidad, estándares, desafío y cooperación, que se originan en las organizaciones por causas internas, así como externas, que inevitablemente traspasan los límites permeables de las organizaciones, originando condiciones y hechos, que en una mayor o menor proporción impactan en los otros subsistemas de las mismas.

Litwin y Stringer con su principio de las nueve dimensiones explican el clima existente en una determinada organización. Cada una de estas dimensiones se relaciona con ciertas propiedades, tales como: la estructura que representa la percepción que tiene los miembros de la organización acerca de la cantidad de reglas, procedimientos, trámites y otras limitaciones a que se ven enfrentados en el desarrollo de su trabajo. La estructura no puede estar organizada sobre la base de una concepción burocrática, sino sobre la base de una flexibilidad suficiente para que no asfixie a la organización y permita que todo funcione coherentemente (Gongalves 1997; Litwin, G. y Stringer, R. 1968).

Cada una de estas dimensiones se relaciona con ciertas propiedades de la organización como:

1. Estructura: Representa la percepción que tiene los miembros de la organización acerca de la cantidad de reglas, procedimientos, trámites y otras limitaciones a que se ven enfrentados en el desarrollo de su trabajo. El resultado positivo o negativo, estará dado en la medida en que la organización pone el énfasis en la burocracia, versus el énfasis puesto en un ambiente de trabajo libre, informal e inestructurado.
2. Responsabilidad : Es el sentimiento de los miembros de la organización acerca de su autonomía en la toma de decisiones relacionadas a su trabajo. Es la medida en que la supervisión que reciben es de tipo general y no estrecha, es decir, tienen el sentimiento de ser su propio jefe y de no tener doble chequeo en el trabajo y cual es su función de la organización
3. Recompensa: Corresponde a la percepción de los miembros sobre la adecuación de la recompensa recibida por el trabajo bien hecho. Es la medida en que la organización utiliza más el premio que el castigo, esta dimensión puede generar un clima apropiado en la organización, pero siempre y cuando no se castigue sino se incentive el empleado a hacer bien su trabajo y si no lo hace bien se le incentive a mejorar en el mediano plazo.

4. Desafío: Corresponde a las metas que los miembros de una organización tienen respecto a determinadas metas o riesgos que pueden correr durante el desempeño de su labor. En la medida que la organización promueve la aceptación de riesgos calculados a fin de lograr los objetivos propuestos, los desafíos ayudarán a mantener un clima competitivo, necesario en toda organización.

5. Relaciones: Es la percepción por parte de los miembros de la empresa acerca de la existencia de un ambiente de trabajo grato y de buenas relaciones sociales tanto entre pares, como entre jefes y subordinados. Estas relaciones se generan dentro y fuera de la organización, entendiendo que existen dos clases de grupos dentro de toda organización los grupos formales, que forman parte de la estructura jerárquica de la organización y los grupos informales, que se generan a partir de la relación de amistad, que se puede dar entre los miembros de una organización.

6. Cooperación: Es el sentimiento de los miembros de la empresa sobre la existencia de un espíritu de ayuda de parte de los directivos, y de otros empleados del grupo. El énfasis está puesto en el apoyo mutuo, tanto de niveles superiores como inferiores.

7. Estándares: Esta dimensión habla de cómo los miembros de una organización perciben los estándares que se han fijado para la productividad de la organización.

8. Conflictos. Manejo de Conflicto: El sentimiento de que los jefes y los colaboradores quieren oír diferentes opiniones; el énfasis en que los problemas salgan a la luz y no permanezcan escondidos o se disimulen. En este punto muchas veces juega un papel muy determinante el rumor, de lo que puede o no estar sucediendo en un determinado momento dentro de la organización, la comunicación fluida entre las distintas escalas jerárquicas de la organización evita que se genere el conflicto (Bustos, A., Miranda, M., Peralta, R. 2001). Se puede también definir como las diferencias o desacuerdo entre dos personas, que acarrear generalmente conductas emocionales y que les afectan por ser desagradables y a la vez producir frustración. Un conflicto puede generar actitudes de temor y desconfianza amenazando la estabilidad. Los conflictos pueden darse física, biológica, psicológica y socialmente.

9. Identidad: Es el sentimiento de pertenencia a la organización, el sentir que se es un elemento importante y valioso dentro del grupo de trabajo. En general, es la sensación de compartir los objetivos personales con los de la organización.

Litwin y Stringer (1968) proponen el siguiente esquema de Clima Organizacional:

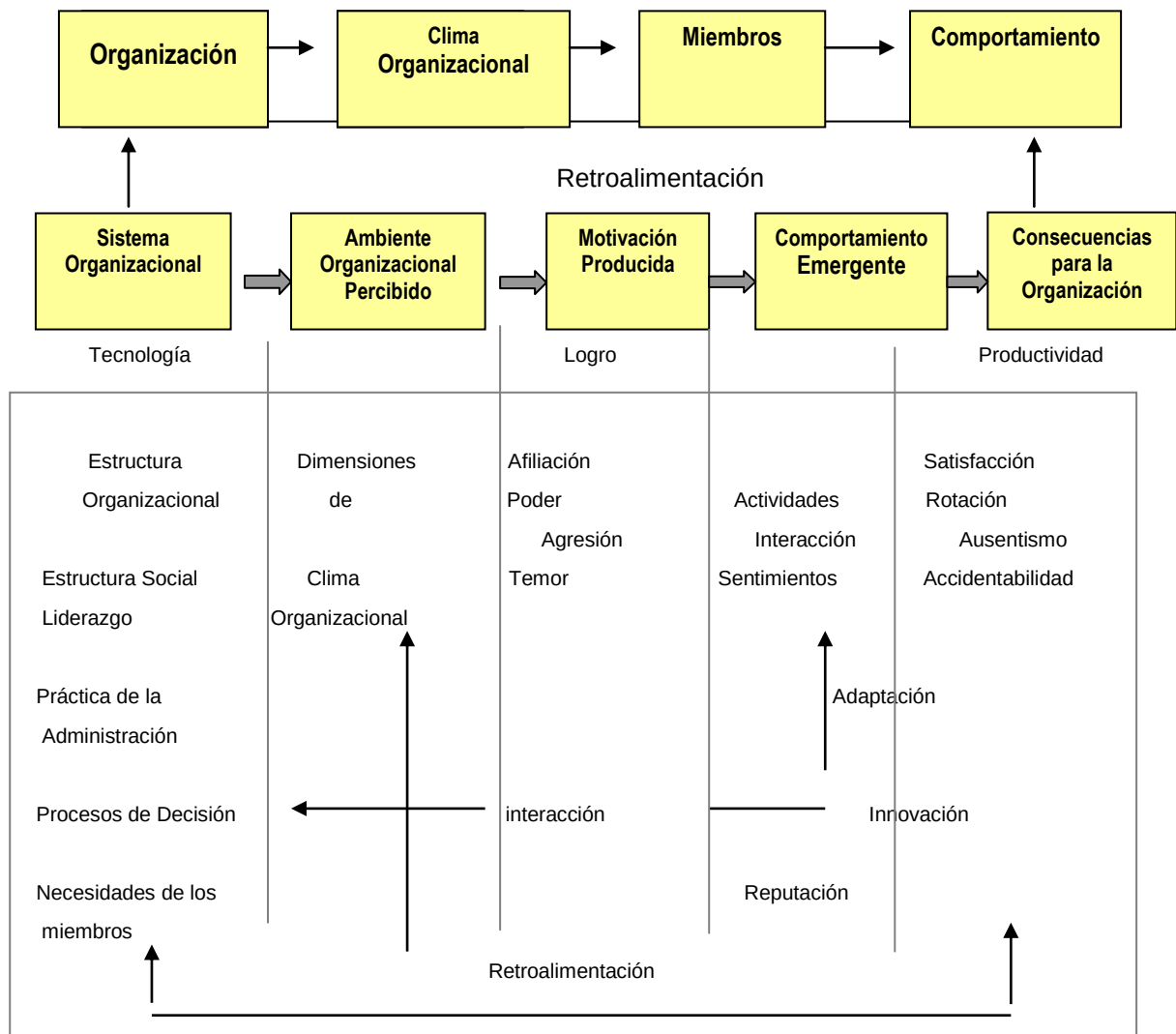


Figura N°2. Esquema de Clima Organizacional. Litwin y Stringer (1968)

Los fundamentos de Litwin y Stringer (1968), logran identificar en el estado en que está una organización y permite saber en qué medida se debe trabajar para que los miembros de una unidad laboral o de cualquier tipo, se sientan cada vez más identificado con ella, por otro lado el sentido de pertenencia se fortalece tomando las medidas que correspondan en cada caso.

Hoy resulta fundamental para el desarrollo de la organización, concebir como una necesidad que las prácticas laborales estén dirigidas a crear un clima o atmósfera efectiva, que facilite los procesos de desarrollo del personal de las organizaciones, pues cualquier proyecto que desestime la influencia del área afectiva del individuo en su actividad diaria, minimiza las ganancias que la organización pudiera obtener como consecuencia del mismo (Pérez, I. et al 2006).

Dado que el tema del clima organizacional se plantea desde la necesidad de enfrentar los fenómenos organizacionales en la globalidad, la definición del concepto de clima se compone de un grupo de variables que en conjunto ofrecen una visión global de la organización. A pesar que el estudio del clima organizacional se encuentra enfocado a la comprensión de las variables ambientales internas que afectan el comportamiento de los individuos en la organización, su aproximación a estas variables es a través de las percepciones que los individuos tienen de ellas.

Las dimensiones consideradas en el concepto de clima organizacional son:

- Ambiente físico, tales como espacio físico, condiciones de ruido, calor, contaminación, instalaciones, maquinas.
- Estructura, tales como tamaño de la organización, estructura formal, estilo de dirección.
- Ambiente Social, tales como compañerismo, conflictos entre personas o entre departamentos comunicacionales.
- Personal, tales como aptitudes, actitudes, motivaciones, expectativas.
- Propias del Comportamiento organizacional, tales como productividad, ausentismo, rotación, satisfacción laboral, tensiones y stress.

Todas estas Dimensiones configurarán el clima de una organización, a través de la percepción que de ellas tienen los miembros de la misma.

CAPÍTULO IV DESCRIBIENDO LA TRAYECTORIA METODOLÓGICA.

1.- METODOLOGÍA CUALITATIVA DEL ESTUDIO.

El estudio corresponde a una investigación cualitativa, etnográfica y descriptiva. Se intenta reflejar la realidad y entorno laboral de la Enfermera, a través de la observación directa en estudios de campo, del análisis de documentación y de los discursos derivados de entrevistas en profundidad, para lograr la comprensión de la percepción que tiene la propia enfermera de su realidad y experiencia laboral.

Cuando la mirada del investigador se dirige a problemas con una dimensión social y cultural (concepciones y representaciones, política, administración, instituciones, entre otros), los modos de análisis basados en la estadística se quedan casi siempre estrechos y comienza la búsqueda de instrumentos metodológicos más flexibles.

La investigación cualitativa abre un espacio en el análisis de los problemas del área de la salud desde una perspectiva social y cultural, adoptando para ello diversos procedimientos, como el análisis del discurso, que permiten un acercamiento a las formas de comunicación y escudriña en la ideología que se oculta tras el lenguaje, especialmente cuando se pretende ampliar la comprensión de la realidad, por lo que se trata de la mejor opción para investigar representaciones sociales y análisis de relaciones, que permiten captar en detalle y con mayor precisión características específicas de la realidad y percepción humana. La investigación cualitativa tiene una lógica de construcción en que prevalece el sentir de sus propios protagonistas, es decir, trabaja con una perspectiva interna.

Como primer paso en este estudio y con la finalidad de investigar un tema que fuera de utilidad para la Enfermería, la búsqueda se inicia con una entrevista a la enfermera supervisora de la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Gustavo Fricke, con el objetivo de indagar alguna problemática de interés. En esta entrevista ella señala que el equipo de enfermería al igual que otros servicios del hospital, presentaba un número importante de licencias médicas que se estaban haciendo complejas de manejar, lo que fue corroborado por el Director del Hospital de ese momento, agregando que existía un grado importante de descontento e insatisfacción laboral entre el personal de enfermería hospitalario y que la causa de esta problemática no era clara y que a pesar de algunas acciones no se habían obtenido resultados positivos.

Como segundo paso se escoge deliberadamente la Unidad de Emergencia Infantil, ya que se trata de una Unidad de alta derivación regional y con una alta demanda de atención diaria, siendo con ello un modelo referente para investigar las condiciones laborales y el clima laboral de una enfermera.

Una vez confeccionado el Protocolo de la Investigación se solicitó autorización del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Una vez obtenido este permiso, se solicitó los permisos a las jefaturas del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, del Hospital Gustavo Fricke y de la Unidad misma.

Como tercer paso se efectúa un acercamiento a las enfermeras de la Unidad y determinar el grado de cooperación con la investigación. Lograr la colaboración de las enfermeras para el propósito de la investigación, resultó un proceso lento y de difícil concreción. Fue necesario reunirse en varias oportunidades, para explicar en detalle los objetivos de la investigación, la metodología, la trascendencia de los resultados y la posible evidencia que podría significar en el logro de mejoras de la Unidad ante las autoridades de la institución. Se reconoce en este transe la contribución de la Enfermera Coordinadora(s), para estimular la participación de estas enfermeras.

Otro elemento limitante del estudio resultó la intensidad de la vida académica que unido a la evaluación de los informes de progreso de la investigación, se ejerce involuntariamente una presión centrada en el factor tiempo.

El tiempo de estudio se estableció entre Julio 2009 y mayo del 2010.

El estudio realizó entrevistas en profundidad realizadas en cinco enfermeras de la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Gustavo Fricke. Las participantes debían tener una antigüedad laboral mayor de un año, y fue la única condición para ser incluidas en el estudio.

La información se recopiló a través de los relatos de las enfermeras, derivados de las entrevistas en profundidad, de estudios de campo y de la lectura y análisis de los libros de novedades de turnos de enfermería, los que fueron realizados de la siguiente forma:

1.1.- ENTREVISTAS INDIVIDUALES EN PROFUNDIDAD: la fecha, hora y lugar de encuentro con las entrevistas fueron establecidas según la elección de las enfermeras. Todas las entrevistas fueron grabadas digitalmente previa autorización de los participantes, y luego vaciadas a un registro Word 2007 en el PC, a través del programa Digital Voice por el investigador. Por un detalle de orden en el trabajo, se identificó a través de un dígito a cada enfermera, adicionándole dicho número a la entrevista de la misma.

Se procuró en todo momento de la entrevista mantener un ambiente de confianza, invitando a la enfermera al comienzo de cada entrevista a hacer una reseña biográfica de su vida personal y profesional previa al ingreso a la Unidad, para adentrarse luego lentamente a los temas relacionados con su realidad y entorno laboral. Se utilizó un cuestionario de preguntas abiertas y semiabiertas, pero no se llevó un orden establecido en las preguntas, sino que se optó que emergieran en forma espontánea en la conversación, procurando profundizar en aquellos temas significativos de su realidad profesional, laboral, social, económica y cultural, en que se requería dar respuesta, aclarar o precisar. La duración de la entrevista estuvo determinada por la profundidad, nivel de claridad y término, de la entrega de información necesaria para llevar a cabo el cumplimiento de los objetivos planteados. Esto fue logrado en alrededor de la hora y media de entrevista.

Las preguntas orientadoras del estudio fueron la base de un temario de preguntas semiabiertas, que ayudaron a orientar las respuestas, según las dimensiones planteadas (Anexo III).

En las entrevistas no se incluyó a la Enfermera jefe de la Unidad, para evitar sesgos en las respuestas del resto de las Enfermeras.

1.2.- REVISIÓN DE LIBROS DE REGISTRO DE ENTREGA DE TURNO, la que fue realizada en la Unidad de Emergencia Infantil, antes del término de las entrevistas programadas, con la finalidad de profundizar y tener un registro que enriqueciera el estudio de campo. Dicho análisis se llevó a cabo tomando en cuenta los registros de un año calendario, desde el primero de enero del 2009 hasta el primero de enero del 2010. En estos Libros de Entrega de Turno, la enfermera completa un formato preestablecido que incluye ingresos, traslados, altas, asistencia del personal, recepción de medicamentos psicotrópicos, recepción y extravío de equipos e insumos, pero

también se agregan las novedades, dificultades, conflictos e información relevante del turno, transformándose en una herramienta valiosa de comunicación entre las enfermeras de la Unidad. Estos Libros son revisados diariamente por la Enfermera Coordinadora de la Unidad y tienen carácter de instrumento legal. Las anotaciones fueron transcritas de acuerdo a las dimensiones de las dimensiones preestablecidas, para su posterior análisis.

- 1.3.- ESTUDIOS DE CAMPO: en la metodología de los estudios de campo se primó la selectividad y la intermitencia. Esta modalidad supone una aproximación flexible al momento de realizar el trabajo de campo e intermitente, porque las observaciones se realizan cuando el contexto y las condiciones lo permiten, además en esta modalidad el investigador observa cuando lo considera apropiado. El número de visitas para realizar observaciones estuvo determinado por los objetivos de la investigación. Algunas visitas fueron sucesivas, otras esporádicas y selectivas porque se optó por los momentos y los espacios apropiados, considerando también a las enfermeras con quienes pasaría tiempo para recopilar información. El principal objetivo de esta modalidad fue profundizar en aspectos muy concretos determinados previamente por las categorías establecidas, pero sin perder con ello la sistematización y transparencia de lo observado referido a un contexto de estudio (Jeffrey; Geoff. 2004, citados por Silva, C., Burgos, C. 2011).

La metodología consistió en visitas a terreno: boxes de atención, sala de observación y sala de reunión de las enfermeras, para obtener una observación directa y en vivo de la realidad y entorno laboral de la Unidad de Emergencia Infantil. Los datos de interés fueron recogidos en forma presencial, lo que se llevó a cabo a través de dos métodos: Observación directa y Asistencia a reunión de enfermeras, ambas sin participación activa del investigador. Se utilizó un registro escrito en borrador de lo observado y presenciado, el que fue transcrito de acuerdo a las dimensiones preestablecidas, para su posterior análisis. A continuación se detallan ambos:

- 1.3.1.- OBSERVACIÓN DIRECTA EN LAS ENTREGAS DE TURNO: para ello se asistió a tres entregas de turno y rotación de enfermeras en días hábiles y festivos, permaneciendo como observadora y no como participante. La permanencia en la Unidad fue hasta dos horas después de la entrega de turno con el fin de observar la actuación de la enfermera en relación al manejo de prioridades en la gestión y resolución de los problemas de enfermería que se presentaban.

1.3.2.- ASISTENCIA A REUNIÓN DE ENFERMERAS DE LA UNIDAD: para ello se asistió a una reunión de enfermeras de la Unidad de Emergencia Infantil, en donde se hizo un registro lo más fiel posible de los temas tratados, la forma de manejar dichas situaciones, el contexto, el ambiente y la participación de las concurrentes. La investigadora no participó en forma activa, manteniéndose solo como observadora durante todo el tiempo que duró la reunión.

2.- UTILIZACIÓN DE INSTRUMENTOS:

Para realizar las entrevistas se utilizó una grabadora digital en formato MP3 y un cuestionario guía de preguntas semiestructuradas, que se aplicó a cada entrevistada y que fue diseñado para explorar puntos específicos en referencia a las dimensiones y categorías que interesaban en el estudio (anexo II). Ambos contenidos fueron traspasados a formato escrito a través del programa computacional digital voice.

Para los Estudios de Campo se utilizó un block de escritura manual. Finalmente se utilizó el formato Words Office 2007 PC, para la transcripción de las tres herramientas metodológicas utilizadas, las entrevistas, estudios de campo y el análisis de la documentación.

3.- METODOLOGÍA GENERAL DEL ANÁLISIS.

Para el análisis se trianguló la información obtenida de las entrevistas en profundidad con la información obtenida de los estudios de campo y el análisis de la documentación, con la finalidad de realizar un análisis completo de estos antecedentes en relación al modelo teórico establecido. Se intentó dar a este análisis un enfoque descriptivo, acorde a su corte etnográfico, identificando y categorizando elementos, explorando sus conexiones, determinando regularidades o singularidades y génesis.

Los textos obtenidos de los documentos analizados fueron interpretados usando la lógica del análisis del discurso de la investigación cualitativa. Fueron divididos en elementos de significados similares, agrupados y resumidos, en relación al referente teórico, lo que se ajusta para el estudio de las instituciones sociales y políticas, organizaciones, relaciones de grupo, estructuras, procesos y rutinas.

Con el objeto de hacer más objetivo el análisis, se utilizó un Patrón de Análisis General para el razonamiento y comparación de la información de los discursos, estudios de campo y análisis de la documentación. Este Patrón consiste en la identificación de las diferentes categorías y dimensiones establecidas en base al referente, tanto para las Condiciones Laborales como para el Clima Organizacional coloreadas con un color específico, lo que permitió más tarde la triangulación de la información.

El Patrón de Análisis utilizado para identificar las dimensiones determinadas en el referente en las entrevistas, estudio de campo y análisis de documentación se encuentra en el Anexo II.

3.1.- METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS DE LOS DISCURSOS.

Una vez concluidas y transcritas las entrevistas, se procedió al análisis del discurso implícito en cada una de ellas. Para ello se utilizó como estrategia el ordenamiento de las respuestas de las enfermeras, codificadas y agrupadas por color por medio de un Patrón de Análisis, de acuerdo a las categorías y dimensiones establecidas, para las Condiciones Laborales y Clima Organizacional, según el referente teórico elegido. Se optó por colorear de un mismo color las frases de texto relacionadas con las dimensiones categorizadas, para posteriormente agruparlas, sintetizarlas y triangularlas con elementos encontrados en los Estudios de campo y Análisis de la Documentación de igual significado.

3.2.- METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS DE LOS ESTUDIOS DE CAMPO.

El análisis del Estudio de Campo resultó enriquecedor para triangular la información. Era fundamental contar con un registro presencial, estructurado y objetivo para plasmar la orientación etnográfica que pretendía la investigación. En algunas situaciones fue necesario preguntar a la enfermera, para aclarar e identificar la orientación y el significado de lo observado. En cada una de las visitas, se realizó un registro de lo observado, para luego transcribir cada una de las visitas y se determinó la correspondencia de estos elementos con los ejes estructurales y dimensiones establecidos por el referente teórico.

En la reunión de enfermería, incluida también como estudio de campo, se realizó un registro por escrito, identificando los temas tratados, el nivel de asistencia, el comportamiento de las asistentes, la

forma de relacionarse, las situaciones de dificultad o de conflicto y el manejo de éstas, entre otras. Las observaciones fueron transcritas, para luego identificar la correspondencia de los elementos observados, con los ejes estructurales y dimensiones correspondientes en relación al referente teórico.

3.3.- METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS DE DOCUMENTOS.

Con el propósito de objetivizar las respuestas, se decidió triangular la información obtenida de las entrevistas, estudios de campo y el análisis de documentación con las mismas categorías y dimensiones. En el registro del Libro de Novedades la enfermera vierte en cada turno una serie de información. Parte de ella tiene un carácter predeterminado, pero la restante corresponde a novedades, dificultades, manejo de éstas, entre otras, que personifican su actuar, sus responsabilidades y reflejan en forma muy gráfica su realidad laboral. Aunque la utilización de esta estrategia pueda resultar para algunos cercano a lo cuantitativo, en la práctica resultó ser muy enriquecedora para acercarse a la realidad de enfermera y permitió apoyar y potenciar la triangulación de la información obtenida en las entrevistas y los estudios de campo.

3.4.- TRIANGULACIÓN DEL ANÁLISIS.

La categorización de las entrevistas, estudios de campo y análisis de documentación, se realizó en base a un patrón con identificación por colores de los temas emergentes, ajustados a las dimensiones determinadas por el referente preestablecido. Posteriormente se ordenó en planillas la dimensión con su correspondiente referente teórico. En cada planilla se presentaron paralelamente los fragmentos extraídos de las tres técnicas utilizadas, que se relacionaban con la dimensión y el referente propuesto para ésta, con la finalidad de triangular la información. Finalmente se redujo el análisis a conclusiones y hallazgos de cada dimensión propuesta.

4.- CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

Se cauteló en todo momento de la investigación, la participación voluntaria de las enfermeras y que la información obtenida de las enfermeras sea confidencial y no fuera usada para otros fines, más que para un reporte de investigación, en el cuál la identidad de cada uno de ellas se mantiene en el estricto anonimato. Es importante aclarar, que de cada participante del estudio se obtuvo un consentimiento firmado, previa aclaración de cualquier duda que se tuviese y permitiendo su retiro inmediato, si así lo decidiese. Los resultados de la investigación se integraron a un reporte que será divulgado entre las enfermeras de la Unidad de Emergencia Infantil, la Dirección del Hospital Gustavo Fricke y Colegio Regional de Enfermeras, para fines de mostrar evidencia en la materia sujeta a investigación a los profesionales y jefaturas que la requieran. Este punto fue informado a las participantes de la investigación. Se pretende además, que esta investigación pueda ser publicada en alguna revista de Enfermería nacional o internacional, para ello vale reiterar que, se ha cautelado la confidencialidad y objetividad en el procesamiento e interpretación de la información y datos recabados.

Al ser un trabajo de Tesis de postgrado se debió solicitar previamente autorización al Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, a modo de cumplir con las exigencias vigentes de toda investigación.

CAPÍTULO V

CONSTRUYENDO SIGNIFICADOS:

Como se explicó previamente los resultados fueron ordenados de acuerdo a los dos ejes estructurales: Condiciones Laborales y Clima Organizacional con sus correspondientes dimensiones, triangulando la información obtenida de las entrevistas, análisis de la documentación y estudios de campo con el marco referencial elegido. A modo de prólogo se hace la presentación en cada caso de una referencia bibliográfica pero considerada relevante.

1.- ANÁLIZANDO LAS CONDICIONES LABORALES DE LA ENFERMERA DE URGENCIA INFANTIL

Condiciones Laborales son un área interdisciplinaria relacionada con la seguridad, la salud y la calidad de vida en el empleo. El término "Condiciones de Trabajo", corresponde a "el conjunto de variables que determinan la realización de una tarea en un entorno, determinando la salud del trabajador en función de tres variables: física, psicológica y social" (Unión General de Trabajadores, 2007).

Las condiciones laborales que se presentan en el desempeño laboral de la enfermera de la Unidad, fueron determinadas en base a la determinación de factores de riesgo de trabajo, utilizando como dimensión la Implementación, Estructura Física y Seguridad y como sus subdimensiones: Equipamientos básicos en la atención, Disponibilidad de elementos de seguridad, Disponibilidad de espacio de descanso, Horarios y calidad de la Alimentación, Disponibilidad y características del espacio físico, tamaño, disposición del espacio, iluminación, temperatura, ventilación ruido, Distribución y tipos de turnos en la Unidad y Sueldos y grados. Todas estas subdimensiones corresponden a agentes de riesgo establecidas en un estudio que realizó la Oficina Internacional del Trabajo, en conjunto con la Central Unitaria de Trabajadores de Chile (Parra, M. 2003).

1.1.- CATEGORÍA CONDICIONES LABORALES

DIMENSIÓN: IMPLEMENTACIÓN, ESTRUCTURA FÍSICA Y SEGURIDAD.

SUBDIMENSIÓN: DISPONIBILIDAD DE ESPACIO FÍSICO, TAMAÑO, DISPOSICIÓN DEL ESPACIO Y MOBILIARIO.

Las enfermeras se molestan por el escaso espacio, muy reducido o a veces inexistente, asignado en sus lugares de trabajo, lo que ellas perciben como falta de reconocimiento hacia su grupo profesional de parte de la institución en que se desempeñan (Fernández, B., Paravic, T. 2003).

ENTREVISTAS	ESTUDIOS DE CAMPO	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN
La construcción es antigua y hemos tenido problemas también con la lluvia, se inunda la sala en una esquina de la sala de Observación. En cuanto a las pinturas se han ido haciendo lo que corresponde, se ve bien. (Entrevista N°1). La sala de enfermería de afuera (box) es chica, porque muchas veces tenemos tanto tratamiento, entre el paramédico y la enfermera, que se nos hace pequeña. La distribución de la zona de los box de la Posta es un espacio más largo que ancho, entonces de repente tú caminas demasiado, durante el día. (Entrevista N°2) Las ventanas de la sala de Observación están caídas y se filtra el agua lluvia. La infraestructura que les carga a todos. (Entrevista N°3) Se nota que la infraestructura no da, no da, o no está bien diseñada... a veces no damos abasto con la estructura física que tenemos acá. (Entrevista N°5)	Se dispone de salas de estar separadas. Hay sala de estar para las enfermeras, para los técnicos paramédicos y hay una residencia para los médicos. Y el resto son las dependencias que son, sala de hospitalizados, sala de atención de box y cada una con sus clínicas de tratamiento y en todas las dependencias hay baños. Hay baños para los pacientes y baños para el personal. (Nota de Campo N°1) El techo se encuentra descascarado y corroído. El paramédico menciona que se filtra la lluvia por las ventanas y por el techo. (Nota de Campo N°1) Se observa en la zona de box una Estación de Enfermería estrecha, en relación al número de funcionarios que la ocupan. Se encuentra ubicada en la mitad del pasillo central de atención.	Gotera en Sala de Observación se avis a Mantención. (20 registros) "Hoy a las 09:00 hrs se inunda Sala de Observación. Se llama a Mantención y se informa a médico jefe. Mantención plantea una solución momentánea, ante ello se deben retirar 2 camillas de sala, ya que se encuentran en el área de salida del agua". (1 registro) Hoy será necesario conseguir bolsas de arena". (12 registros) "Gotera de Sala de Observación no se puede arreglar hasta que pare la lluvia, según informa Mantención.(10 registros) Baño de Sala de paciente tapado. Mantención esta avisado desde ayer. (12 registros) Baño de pacientes con

Hay cosas que nos coartan, por ejemplo un paciente oncológico, que es un paciente que es inmuno deprimido, que nosotros debemos hacer la primera atención acá antes de que el pediatra lo hospitalice, a si que tenemos que aislar. ¿Y dónde los aislamos? (Entrevista N°5)	(Nota de Campo N°1) Se permite la entrada al pasillo y a los box de atención de un solo familiar por usuario, debido a que los box de atención no son lo suficientemente espaciosos para permitir a otro familiar. (Estudio de Campo N°2)	filtración. (9 registros) Se inician trabajos de pintura en la Unidad, los que se iniciarán por el box 6. (1 registro) Al paciente inmunodeprimido no se puede hospitalizar por falta de Aislado en la Unidad y en los servicios, por lo que se le envía a domicilio. Se le llamará si sucede algún cupo en el turno de noche. (1 registro)
El lugar que tenemos para poder trabajar es la sala de reanimación, y muchas veces por ser tantos médicos en atención pediátrica, ellos también atienden ahí, entonces no tenemos privacidad para poder hacer una técnica compleja. Cuando tienes ocupado reanimación con pacientes de reanimación no tienes espacio donde hacer tus cosas. (Entrevista N°1) La sala de reanimación es para todos los procedimientos de enfermería, entonces, de repente nos llega una urgencia y uno está haciendo un procedimiento y tiene que volar con el paciente que está ahí porque viene entrando una camilla con un niño que viene grave... (Entrevista N°3) Reanimación se usa como te digo para todos los procedimientos de enfermería: cateterismo, poner vías, suero, exámenes...todo eso. El espacio físico no es suficiente. No hay privacidad. (Entrevista N°3) Tenemos un box que es el de reanimación y lo ocupamos para hacer procedimientos. Pero hay veces que hay mucha cantidad de médicos y los box se hacen pocos y ellos atienden en ese box también... (Entrevista N°4)	Durante el estudio de campo se observa que la enfermera ocupa la Sala de Reanimación para realizar los procedimientos de enfermería. Al consultarle sobre ello, responde que no existe una sala habilitada para ello, por lo que se ven en la necesidad de ocupar esta sala. (Estudio de campo N°1) Durante la reunión se toca el punto de una conversación oficial con la jefatura médica, para abordar la problemática y principalmente de la falta de espacio físico por enfermería para la realización de los procedimientos. (Estudio de Campo N°3)	Reunión de la jefatura médica con las enfermeras de la Unidad. Temario: • Sobrecarga de trabajo del equipo de enfermería por cantidad de médicos y la necesidad de un box para procedimientos de enfermería. (21-10-2009)

No hay box donde realizar los procedimientos... Tenemos un problema permanente con los médicos, que salen muchos a atender pacientes y que no hay box donde realizar los procedimientos. (Entrevista N°5)		
Tenemos una sala de observación que debería recibir a pacientes sólo hasta 8 horas. Pero como el eterno problema de todos los hospitales de Chile, que las camas se hacen pocas, como ahí hay siete cupos. Si no hay camas en los servicios pediátricos, los hospitalizados quedan hospitalizados ahí, incluso se van hasta de alta de ahí. (Entrevista N°2) Cuando la sala de Observación está llena, ocupamos el box 1 y 2 para los hospitalizados en espera y no es para una sola persona, hay varios niños ahí. Son boxes, no digamos que grande, pero es un espacio en que hay tres camillas y un mudador y ahí las mamás se quedan a la espera. (Entrevista N°2) Se supone que sí se está tratando al paciente en forma más ambulatoria, pero hay épocas en que yo he visto que hay cada vez hay más niños hospitalizados y que cada vez nos faltan más camas. Antes ponte tú, habían ocho a diez camas, o diez cunas y ahora van en seis. (Entrevista N°3) Generalmente en el pick de atención muchas veces quedan pacientes hospitalizados que no han podido subirse a Pediatría porque no hay camas, entonces cuando uno llega al turno hay que empezar a gestionar eso. (Entrevista N°4) No puede ser que tengamos cinco hospitalizados y ni siquiera tengamos cupo en la sala de observación. (Entrevista N°5)	Falta de camas para traslado de pacientes desde la sala de Observación a Pediatría y Cirugía Infantil. la enfermera nos explica que en ocasiones hay pacientes internados en la Sala de Observación por 2 a 3 días, por falta de camas en los servicios. (Nota de Campo N°1) Hay pacientes en camilla en espera de hospitalización y en espera de atención, ya que los box se encuentran ocupados. (Estudio de Campo N°2)	Sala 508 cerrada, actual Oncología cerrada por problemas estructurales (2 registros) Se reciben 16 ingresos en UEI, sin camas disponibles en Pediatría y Servicio Quirúrgico Pediátrico (SQP). Se dan de altas 4 pacientes de Pediatría. Y se trasladan pacientes a Hospital de Quilpué y de Quintero.(1 registro) Ingresa a Sala de Observación paciente prematuro por falta de camas en Pediatría. (1 registro) Queda hospitalizado paciente psiquiátrico escolar (Bipolar) en Sala de Observación, por falta de camas en Pediatría. (1 registro) Sólo es posible trasladar 1 paciente a Pediatría y otro a SQP por falta de camas en los servicios. (1 registro) Ingresa a Sala de Observación, paciente con neumonía sin requerimientos de oxígeno, sin cupo en

		pediatría. (1 registro)
Ahora nos van a achicar un poco, por la construcción nueva, nos van a cambiar la distribución de la unidad, nos van a achicar la sala de espera. Por lo menos esa era la distribución que yo sabía. No sé cómo va a ser ahora. (Entrevista N°2)	Las enfermeras de la Unidad no tienen suficiente información de las características de la nueva planta física. Se aprecia falta de incorporación de la enfermera en general, en las sugerencias en relación a las necesidades que se requieren cubrir en el trabajo. (Nota de Campo N° 3) La nueva planta contaría con sólo una sala de descanso tanto para el personal paramédico como para las enfermeras, lo que es recibido con desilusión (Nota de Campo N° 3)	Comienzan obras en UEI. Mañana es seguro que sacan y cierran el baño.(1 registro) Desde 18:30 hrs por arreglos en la UEI queda corte de comunicaciones anexos telefónicos, desde esta Unidad al resto del Hospital y en general. (1 registro)
Bueno el mobiliario dentro de los boxes en cantidad se hace poco, pero también tienen mucho tiempo. Están deteriorados en sus cubiertas y también en las partes de las bases... (Entrevista N°1) Lo mismo en los mudadores, no cambian la estructura completa. Si tú lo mandas a arreglar, cambian el tapiz. Y el tapiz dura poco, imagínate que los mudadores de afuera...si tu quieres te puedes ir a dar una vuelta y te vas a dar cuenta que están llenos de hoyos, quebrados. (Entrevista N°3)		

CONCLUSIÓN Y HALLAZGOS

La falta de espacio físico de atención directa al usuario, especialmente en lo que respecta a la realización de procedimientos y técnicas en box, ha llevado a las enfermeras a tener que utilizar la sala de Reanimación, la que también es ocupada como box de atención por pediatras en varios turnos médicos que poseen un médico supernumerario.

Por el tamaño reducido de la Estación de Enfermería del sector de los box, hace necesario que ingresen un número reducido de personas, lo que entorpece la preparación de tratamientos, enlenteciendo también la atención a los usuarios, hecho especialmente notorio en las horas de alta demanda de atención.

Las condiciones estructurales de la Unidad revelan un edificio antiguo. Tanto las entrevistas como las notas de campo y análisis de documentación lo revelan. Deben hacerse continuos mantenimientos, los que siempre son sectorizados o apuntan a dar solución a la problemática del momento. La infraestructura tiene falta de aislamiento, filtrándose la lluvia y el viento por ventanas que no es posible cerrar tanto en salas de boxes como la en la sala de observación.

Emerge en las entrevistas gran preocupación por parte de las enfermeras por el resguardo de la privacidad e intimidad del usuario, la que se ve seriamente vulnerada, especialmente en algunos procedimientos. A pesar de conversaciones con la jefatura, no se ha tenido respuesta definitiva frente a este problema y se mantiene presente hasta hoy.

El mobiliario de la Unidad es antiguo y ha sido reparado reiteradamente, especialmente las camillas y se encuentra con deterioro evidente. Los muebles muestran daños en sus cubiertas y en sus bases y están en número insuficiente. El servicio de mantención repara también mobiliario, pero su antigüedad y desgaste hacen que las reparaciones sean sólo temporales.

DIMENSIÓN: IMPLEMENTACIÓN, ESTRUCTURA FÍSICA Y SEGURIDAD.

SUBDIMENSIÓN: EQUIPAMIENTOS BÁSICOS EN LA ATENCIÓN.

Un factor que genera insatisfacción en el trabajo son las carencias en recursos materiales, con suministros de baja calidad y falta de mantenimiento oportuno de equipos que deterioran progresivamente los servicios de salud (Guevara y Mendias, 2001).

ENTREVISTAS	ESTUDIOS DE CAMPO	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN
Generalmente en cantidad de los insumos, sí tenemos insumos. Estamos con una deficiencia de equipos en realidad ponte tu equipos monitores para traslado. (Entrevista N°1) Los insumos siempre hay cuando el hospital tiene. Hay períodos en que no hay insumos, no llegan. Y eso es recurrente, no es que siempre falte lo mismo. Ahí te tienes que conseguir por aquí por allá, entre los otros servicios, por ende quedas debiendo, a son de préstamo. (Entrevista N°2) En relación a los insumos...nos llega poco, y a veces, la calidad que entrega el hospital es como cada vez peor, bránulas, que de repente abres y viene rota. O el matraz de suero que es de otra marca y no viene con el tapón para pincharlo. (Entrevista N°3) Hay períodos en que faltan insumos también, así que, por ejemplo, no sé po, te dejan notas de que se consiguió jabón con tal servicio... queda un vale, que hay que tratar de devolverlo. Así que en el libro de novedades va eso. (Entrevista N°3) Los insumos yo no los encuentro malo. Muchas veces sí faltan, por, no es por nosotros, sino que es el hospital, que no le da, que no hay en el portal. (Entrevista N°4)	Enfermera recibe turno con saturómetro sin pilas. (Nota de campo N° 1) La enfermera durante la instalación de una vía venosa en un lactante menor, se queja de la calidad de la tela de esparadrapo. (Nota de Campo N°1)	No quedan baja lenguas para reponer. (32 registros) No quedan hojas de traslado de Enfermería. (28 registros) No quedan cintas de HGT. (22 registros) Saturómetro NONIN sin pilas (26 registros) Se pide a UEA una caja de guantes de procedimientos (8 registros) Se consigue en Consultorio de Especialidades 2 paquetes (10 Unidades c/u) de férulas de aluminio. (1 registro) No hay alcohol, termómetros, guantes N° 6 ½, bránulas 22 y hojas de evolución médica. (6 registros) No hay en bodega guantes 6 ½, ni seda 3/0" (9 registros) No hay en bodega lo

Los insumos son un tema, igual faltan. En general la calidad de los insumos es bastante buena. Cuando quedo corta de insumos llamo a mis colegas de los pisos (Entrevista N°5)		siguiente: guantes de procedimiento ni estériles de ningún número. No hay microgoteos, algodón, bránula N° 24, tegaderm, por lo que hay que racionarlos, super bien”. (12 registros) No hay gasas en el hospital. (9 registros) En bodega no hay los siguientes insumos en Hospital: telas, perfus, jeringas heparinizadas, guantes estériles, detergente en polvo, moltopren. Así que por favor cuidar lo existente, ya que viene un fin de semana largo. (6 registros) ”No quedan jeringas de 3 cc, férulas digitales y detergente. (9 registros) No quedan hojas para categorizar. (20 registros) Faltan hojas de Traslado y de Enfermería. (20 registros) No hay brazaletes en el servicio. (6 registros) No es posible hacer el pedido de insumos. Portal malo. (4 registros) Se solicita a SQP 1 caja de mascarillas. (1 registro)
--	--	--

En cuanto a equipo estamos con una deficiencia de equipos, nos faltan monitores para traslado, son muy antiguos, entonces para trasladar tienen que estar enchufados hacia la corriente y al desconectarlos se apagan. El traslado de los niños lo hacemos con los equipos que contamos, que son equipos manuales, que son generalmente saturómetro, que te dan la frecuencia cardíaca y la saturación y subimos con ese equipo. Hasta ahora así lo hacemos. (Entrevista N°1) No tenemos un monitor de traslado, de transporte. Porque todos los monitores que hay no tienen, se les echó a perder la batería. No tenemos ningún monitor nuevo. (Entrevista N°2) En general nos falta equipamiento. Trabajamos con lo que tenemos. También está ahora el NONI que es el saturómetro portátil, que es el único que tenemos y no se nos puede perder. Antes de que te entreguen las novedades va el NONI. Son súper caros, incluso, no tenemos otro. (Entrevista N°3) Cuando teníamos pacientes graves para trasladar a la UCI no tenemos monitores nuevos, son equipos viejos, y el uso que es enorme acá, no sé siempre está fallando... o ponte tu el electrocardiógrafo que es antiguo, tiene que estar el paciente pero muy quieto, demasiado quieto y son niños. El paciente se mueve y salta... entonces eso igual te demora, porque el electro te significa una hora, y cuando en el tiempo de ahora es conectar, y listo. (Entrevista N°3) Los equipos que hay acá son antiguos. Son equipos que están fallando mucho, son equipos que encuentro que no van acorde con el año en que estamos. Eh.... muchas veces uno los va a ocupar y no funcionan. (Entrevista N°4)	Saturómetro funciona defectuosamente en la sala de reanimación. (Nota de Campo N° 1) Monitor cardíaco sin baterías. Por normativa los traslados a UCI deberían ser con monitor cardíaco, pero ante la falta de batería se realizan sólo con el saturómetro conectado al usuario. (Nota de campo N° 1)	Sensor de saturómetro de reanimación malo. (20 registros) No es posible reemplazo de baterías del Monitor de reanimación (Dinamap Plus). No hay baterías en equipos médicos. Sólo se realiza protocolo de inspección. Pendiente baterías. (12 registros) No hay frascos humidificadores para reponer en sala. (4 registros) La luz de la hoja recta del Laringoscopio está suelta. (9 registros) Saturómetro de equipo de Sala de Observación en mal estado. Se envía para su reparación a servicios médicos. (6 registros) Regresa de Equipos Médicos, monitor de Sala de Observación con luz de pantalla irreparable. (1 registro) Monitor de Sala se dará de baja. (1 registro)
---	---	--

Las máquinas ya están obsoletas. Que se han ido reparando sí, pero son soluciones parche. Pienso que necesitamos equipos nuevos, ya. Esas cosas te frustran. (Entrevista N°5) No llevamos computacionalmente el consumo de los insumos. Eso es manual. (Entrevista N°2)	Tanto la Sala de Observación como la estación de Enfermería de los Box de Atención carecen de equipos informáticos como computador, impresoras y otros, que faciliten y hagan más expedita la atención y los registros de éstas. Se continúan utilizando sólo los cuadernos o libros para el control y supervisión. (Nota de campo N° 3)	
Y las camillas que tienen ya como quince años y ya es tiempo de que las cambien. A veces podemos tener riesgo de caídas porque las manillas se sueltan, no enganchan bien, las ruedas se quiebran. Por supuesto por la antigüedad, se les ha hecho mantención y todo, pero ni dos mese nos alcanzan a durar las reparaciones. (Entrevista N°1) Bueno; las camillas ya cumplieron su vida útil. Ya está arregladas, recontra arregladas. (Entrevista N°2) ... las camillas que están acá deben uy... pero no sé cuántos años. De repente nos hemos encontrado con camillas que se les han salido las ruedas. No hay tampoco una muy buena contención. Eso puede provocar caídas. Ya...ya no hay arreglo posible. (Entrevista N°3) Las camillas están en malas condiciones. Se ríe... están rotas, algunas no tienen freno. Yo encuentro que las barandas no son las adecuadas para lactantes, preescolares, incluso para los adolescentes, muchas veces son mucho más grandes que las camillas que tenemos. Hay pacientes muchas veces que hay que tenerlos con contención y las camillas no son aptas para eso. (Entrevista N°4)	Hay pacientes en camilla en espera de hospitalización y en espera de atención, ya que los box se encuentran ocupados. Un familiar, que por lo general es la madre quién vigila la inmovilización del niño para evitar caídas. Las camillas se observan varias de ellas con deterioro franco del tapiz, sin seguro en los frenos y carecen de inmovilizador. (Nota de Campo N°2)	1 camilla de Sala de Observación en reparaciones. (9 registros) Se recibe paciente en Reanimación en espera de cama a ICIP con colchoneta en malas condiciones. (1 registro) Camilla de Reanimación de lado izquierdo tiene la cabecera suelta. Pendiente reparación. (1 registro) Camilla de Sala de Observación, se encuentra quebrada. Pendiente orden de reparación. (1 registro) Se repara rueda suelta de camilla de box. Se solicita reparación de las 2 camillas de Reanimación. Respaldo no funciona. (1 registro) Mañana retirarán colchoneta de Sala de Observación para

Las sillas de ruedas también, que es un problema porque a veces las sillas de ruedas se las llevan. A pesar de que se deja un comprobante, a veces con la urgencia o el descuido de la persona no le pide el carné y la persona se va con la silla y no hay vuelta que darle, entonces vamos perdiendo ese material. (Entrevista N°1)		reparación. (2 registros) Paciente con Tec en evolución se cae de la camilla de Reanimación en presencia de la madre. Resulta con corte en la oreja. Se informa de inmediato a médico jefe de turno. (1 registro) Aún no se encuentra silla de ruedas que falta desde ayer en box. (4 registros) Silla de ruedas desoldada. Se retira de funcionamiento. Pendiente orden de trabajo. (1 registro)
Los pacientes hospitalizados, como la unidad no tiene hospitalizados, en todo lo estadístico, la hoja de ingreso y de egreso estadístico, te sale al tiro el servicio en donde debe quedar hospitalizado, por ejemplo si es una neumonía te sale Pediatría. No te sale UEI, me entiendes?, Entonces todo eso que tu gastas en ese paciente, va a retornar a Pediatría y no a la UEI. (Entrevista N°2)	La enfermera de Sala, nos explica que la devolución de costos de los insumos que se utilizan en la Sala de Observación, son cargados al servicio que se trasladará al niño, por lo que no se devuelven a la Unidad de Emergencia Infantil. (Estudio de Campo N°1)	
CONCLUSIONES Y HALLAZGOS.		
Las enfermeras mantienen dificultades en el acceso y abastecimiento de insumos básicos, lo que parece ser recurrente. Hay períodos en que el hospital no dispone de estos y la forma de salir de la coyuntura es conseguirse con otros servicios. Por otro lado la calidad es considerada básica y en algunas situaciones de baja calidad o en cantidad insuficiente a la demanda. Por falta de camas en otros servicios, muchos procedimientos se realizan en la Unidad de Emergencia, pero los insumos utilizados, son devueltos a los servicios de hospitalización donde será trasladado el paciente, lo que va dejando a la larga una carencia de insumos en esta Unidad.		

La Unidad aún no posee una implementación informática que le permita automatizar registros. Permanece aún con sistemas de control y supervisión sólo en base a cuadernos o libros, lo que enlentece y dificulta los procesos de gestión de insumos y equipos, además de la atención misma.

El equipamiento que posee es antiguo de alrededor de 20 años de uso continuo. Tiene permanentemente fallas, por lo que debe ser enviado frecuentemente a mantención. Por la antigüedad de los equipos, varios de ellos ya no tienen repuestos en existencia, por lo que sus reparaciones son incompletas, quedando como equipos de poca confiabilidad. Las camillas con el riesgo de caídas y los monitores especialmente para los traslados de paciente crítico, son temas críticos para la enfermera de la Unidad.

DIMENSIÓN: IMPLEMENTACIÓN, ESTRUCTURA FÍSICA Y SEGURIDAD.

SUBDIMENSIÓN: ILUMINACIÓN, TEMPERATURA, VENTILACIÓN RUIDO.

El ruido, la iluminación, el aseo y ventilación deficiente, la temperatura inadecuada y los malos olores, sumado al tener que trabajar con equipos y materiales deficientes, es lo que más molesta y tensiona a las enfermeras (Fernández, B., Paravic, T. 2003).

ENTREVISTAS	ESTUDIOS DE CAMPO	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN
Se escuchan llantos de niño... Si, el llanto que es constante. Como llevamos tanto tiempo generalmente no lo escucha, es como que el oído se ido adaptando a eso, es una constante. (Entrevista N°1) El ruido de las 24 horas del día es el llanto. Yo te lo decía un día, que uno ya está tan acostumbrada que no lo siente. (Entrevista N°2). Los niños gritan y lloran casi todo el día, casi todo el día, entonces...como que siempre estás escuchando bulla. (Entrevista N° 3)	Durante toda la recepción y el turno mismo, se escucha el llanto de los niños, especialmente en box, el que parece ser ignorado aparentemente o inadvertido por los funcionarios en general. (Nota de Campo N°1) Durante todo el turno se mantiene presente el llanto de los niños, el que parece no ser escuchado por los funcionarios. (Nota de Campo N° 2 y 3)	
Esto es un subterráneo desde hace muchos años, y es con luz artificial. Para poder descansar uno la vista uno tiene que salir para afuera y generalmente no tiene tiempo. (Entrevista N°1) Hay dificultades con la luz. Sabes que tú te pierdes, tú ahí adentro pierdes...la noción de lo que pasa afuera. (Entrevista N°2). Lo otro es que siempre se trabaja	La enfermera se queja de la falta de una buena luz que facilite los procedimientos de enfermería. Se le observa realizando una instalación de vía venosa en un lactante, en que la luz no le facilita, por el contrario, lleva a que requerir varios intentos para lograrlo. Prácticamente carece de luz natural. (Nota de Campo N°1) La iluminación es tenue	Aviso para mañana de corte de energía, por inicio de Construcción en UEI. (1 registro) Se cambian 2 tubos fluorescentes de sala de Reanimación y de baño de pacientes de Sala. (8 registros)

con luz artificial, eso igual como que cansa. (Entrevista N° 3) Yo encuentro, poca iluminación. En que siempre estamos en un ambiente así como de..., como con poca vida digamos. (Entrevista N°4) No, tenemos luz natural. O sea, imagínate no es lo mismo trabajar con luz más encima fluorescente ya, y tú ves esta luz, una luz que no es de alto alcance, eso igual es como...yo creo que a la larga todo muestra consecuencias. (Entrevista N°5)	en los pasillos. Sólo los box tienen luz natural. (Nota de Campo N° 1 y 2)	
En el turno de noche baja más la temperatura, y cuando no hay calefacción es terrible, porque es mucho, mucho el frío. Las ventanas son de fierro y se filtra el aire. Con la lluvia, se inunda la sala en una esquina de la sala de hospitalizados. (Entrevista N°1) No tenemos calefacción. Por ejemplo, ahora que estamos que estamos a mediados de julio recién dieron la calefacción. Entonces, ponte tú, con el frío los niños tienen que pasar directamente a los box y los desnudan y ahí como que las que más reclaman son las mamás. "Hoy que está helado aquí señorita". (Entrevista N° 3)	La enfermera nos explica que hoy tiene calefacción central, lo que no siempre ocurre, especialmente en invierno. (Nota de Campo N°1) Hay ventanas fijas, por lo que no pueden utilizarse y algunas de ellas están semiabiertas sin la posibilidad de cerrarlas ante el frío. (Nota de Campo N°1)	No hay calefacción en el servicio. Se conversa con la persona responsable, quien informa que se encuentran las 2 bombas malas. No hubo calefacción durante la noche. Se envía memo al Servicio de mantenimiento, por la falta de calefacción en los turnos de noche. (1 registro)
En los box de atención, en el verano da justo el sol en las ventanas de la atención, se ríe... y uno quiere bajar la temperatura a los niños... (Entrevista N°1) La ventilación es mala. Las ventanas de los boxes se abren al estacionamiento donde hay familiares y se ponen a mirar, por eso no se abren. (Entrevista N°2).	La ventilación tanto de los pasillos como de los box mismos es deficiente. Existen extractores de aire que no alcanzan a retirar el aire condensado y algunos de ellos no funcionan. (Estudio de Campo N° 1 y 2)	

No hay una muy buena entrada ni salida de aire... con los pañales y todo y el aire se vicia rápido y a veces no es solo los pacientes que vienen con mal olor, sino que es la familia que viene también con mal olor, entonces eso yo creo que como que a veces agota. (Entrevista N° 3) Es un ambiente cerrado, sin tanta ventilación. De hecho, tenemos las ventanas no más, no hay extractor de aire, no hay en el verano ventiladores. Este año la calefacción algunas veces se ha cortado. (Entrevista N°4) Yo creo que la ventilación es un problema, falta un buen extractor de aire... uno siente la atmósfera muy pesada... venir un día lunes a las siete de la tarde, espantoso. (Entrevista N°5)		
CONCLUSIÓN Y HALLAZGOS		
El ruido es un elemento que se suma al ambiente permanentemente en la Unidad. El llanto de los niños es una constante, especialmente en el sector de los box de atención, el que no es advertido luego de un tiempo por el personal y sólo es percibido cuando se dirigen a otra Unidad.		
La Unidad se encuentra ubicada en un subterráneo, lo que genera dificultades con la iluminación y ventilación natural a nivel de todo su espacio físico, provocando alteración del ciclo de la luz en el personal. Esto es percibido como elemento clave que influye directamente en sus estados de ánimo.		
La calidad de la luz artificial, no es percibida como suficiente, provocando dificultades en la atención directa, especialmente en aquellas técnicas que requieren prolijidad y exactitud como instalación de vías venosas y sondajes urinarios en niños pequeños. En los estudios de campo se advierte la carencia de varios tubos fluorescentes y otros en mal estado, lo que se acompaña de una ventilación deficiente. Durante las 24 horas del día se debe usar luz artificial, lo que debe aumentar en forma importante el consumo eléctrico de la Unidad.		

En lo que a ventilación se refiere, algunas ventanas están fijas y en mal estado, mientras que otras no son abiertas, ya que éstas comunican directamente con el estacionamiento, en donde esperan un gran número de familiares de los usuarios y que instalan a observar, impidiendo la privacidad mínima en la atención directa. Se agrega la falta de aire acondicionado y durante los meses de calor en los boxes se generan altas temperaturas ambientales sin posibilidad de abrirse las ventanas.

La calefacción se activa en forma intermitente durante todo el año. Es habitual que no haya en los turnos de noche y en especial en los meses de invierno. No se tiene seguridad de contar con ella. Las ventanas se encuentran en mal estado y no cierran correctamente, provocando que se filtre el aire frío en las noches especialmente. Esta debilidad es percibida como un elemento importante que deteriora la calidad de la atención que se presta al niño.

DIMENSIÓN: IMPLEMENTACIÓN, ESTRUCTURA FÍSICA Y SEGURIDAD.

SUBDIMENSIÓN: DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS DE SEGURIDAD FÍSICA.

La seguridad implica el uso de técnicas que permitan eliminar o reducir el riesgo de sufrir lesiones en forma individual o daños materiales en equipos, máquinas, herramientas y locales (Parra, M. 2003).

ENTREVISTAS	ESTUDIOS DE CAMPO	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN
Me ha tocado varias veces acompañantes muy agresivos, entonces uno está trabajando con el doble de tensión. (Entrevista N°1) La gente está como más agresiva, creo yo. No existe mucho ese respeto que había antes. (Entrevista N°2) En este tiempo se ha notado que el usuario es mucho más agresivo. Cada vez más agresivos... y se desquitan con el personal de enfermería. (Entrevista N°3)		Guardia a las 4:30 hrs aproximadamente no se encuentra en su lugar de trabajo. (2 registros) Siendo las más menos 3:15 no se encuentra la guardia en su puesto de trabajo, se solicita a jefe de guardias una explicación y esta persona indica que la Unidad de Emergencia Infantil no cuenta con guardia exclusivo. (1 registro)
En seguridad tenemos los recursos de los guantes para hacer los procedimientos... y el resto sí. (Entrevista N°1)	Existe fuga de oxígeno en la cama 1 de la Sala de Observación. (Nota de Campo N° 2). La enfermera hace la observación de que en su turno, al igual que en otros, hay funcionarios que han presentado alergia al jabón del servicio. (Nota de Campo N° 1)	Fuga de oxígeno de caja de cama 1 de Sala de Observación. Aviso a telefonista para ubicar a mecánico, quien no vendrá hasta las 8.00 de mañana. (1 registro) Se recibe secador de sala en mal estado, hace cortocircuito. (1 registro) Box 6 con megatoscopio y enchufe en mal estado. Se solicita reparación pero no es posible hasta el lunes, ya que el automático 11 está

		descompuesto. (2 registros) Bodega de material sin luz. (4 registros) "Enfermera sufre accidente en turno. Cae balón de oxígeno de transporte sobre su talón derecho, provocando equimosis y contusión". (1 registro) Amago de incendio en dependencias en construcción de zona administrativa. Extintores vencidos desde el año 2008. (1 registro) Bomberos sugiere identificar por zonas el tablero eléctrico para poder cortar electricidad en caso de ser necesario. (1 registro)
A veces podemos tener riesgo de caídas porque las manillas de las camillas se sueltan, no enganchan bien. Por supuesto por la antigüedad, se han mantenido, pero igual es el riesgo que tenemos para trasladar a los pacientes... porque no tenemos buen sistema de camillas. (Entrevista N°1) Bueno; las camillas ya cumplieron su vida útil. Están desde que estamos en la Unidad. (Entrevista N°2) De repente nos hemos encontrado con camillas que se les han salido las ruedas. Eso puede provocar caídas. Sí, porque son las camillas que se usan de traslados. (Entrevista N°3) Las camillas están en malas condiciones. Se ríe... están rotas, algunas no tienen freno, no son las adecuadas para lactantes,	Hay pacientes en camilla esperando atención, ya que los box se encuentran ocupados. La madre es quien vigila la inmovilización del niño para evitar la caída del menor. Las camillas se observan varias de ellas con deterioro franco del tapiz, sin seguro en los frenos y carecen de inmovilizador. (Nota de Campo N° 2)	"Paramédico no recibe paciente lactante de 10 meses con diagnóstico de Contusión Cerebral por tener cama grande, no apta para acostar a la lactante. Se informa al Médico de Turno". Se quiebra manilla de puerta de Box 3". Camilla de Reanimación en mal estado. Base de fierro quebrada. Se deja camilla de sala en reemplazo. Se deja hecha Hoja de Orden de Trabajo para enviar mañana. (6 registros) Paciente con Tec. en evolución se cae de la camilla de Reanimación en

preescolares, incluso para los adolescentes, muchas veces son mucho más grandes que las camillas que tenemos. (Entrevista N°4) Que no me funcione un equipo cuando lo necesito y nos demoremos sean diez minutos que pueden ser vitales, eso es malo. (Entrevista N°4) Realmente si uno va a la UCI, va con un paciente grave ya, o tal vez el paciente no se ve tan mal, pero en cualquier momento se puede descompensar. Nosotros también tenemos que anticiparnos. Pienso que no es la tecnología más adecuada ya. (Entrevista N°5)		presencia de la madre. Resulta con corte en la oreja. Se informa de inmediato a médico jefe de turno. (1 registro)
Generalmente las enfermeras se enferman de cosas más agudas. Son cosas así. Yo creo que las licencias más largas han sido la de pre y postnatal. Con el personal paramédico son músculo esqueléticas. Ahí hay como harto problema. Y unas que otras depresiones. (Entrevista N°2) Trabajamos mucho con posiciones viciosas, para sujetar a los niños. Los paramédicos sufren harto de problemas de columna y de rodilla. Las enfermeras hacemos tendinitis aquí, la... tiene tendinitis. Es distinto pinchar a un niño que a un adulto. (Entrevista N°3) Bueno del tiempo que yo llevo, una colega tuvo un problema traumatológico y las demás que nos hemos enfermado han sido por cuadros virales, uno se agarra aquí los bichos. (Entrevista N°4) (Entrevista N°4)		

CONCLUSIONES Y HALLAZGOS

La Unidad cuenta con algunos elementos básicos de seguridad física. Las falencias que se perciben para el personal mismo y para los usuarios, estarían determinadas por los años de antigüedad y la fatiga de material del mobiliario y equipo como en elementos de traslado especialmente las camillas y camas sin barandas o bien en mal estado, provocando un riesgo inminente de caídas en los niños y dificultando la atención directa para el personal de enfermería. Durante la revisión de documentos se detectó la existencia de extintores con vigencia caducada y equipos eléctricos con falta de mantención. El tablero eléctrico de la Unidad no tiene identificación de los comandos por zonas, constituyendo un riesgo según la evaluación por Bomberos.

La agresividad de los familiares de los usuarios es otro elemento palpado también en la Unidad como un elemento que causa inseguridad y que iría en aumento. Cuando ocurren episodios de este tipo, la enfermera se apoya en el resto del equipo de enfermería y colegas.

En relación al apoyo médico, este debe ser por norma establecido por el jefe de turno, lo que no siempre es percibido como presente por la enfermera de la Unidad en situaciones de conflicto con familiares.

Al personal de Seguridad, también se le reconoce como un instrumento importante de apoyo en situaciones de agresividad usuaria, pero en el último tiempo se ha estado compartiendo en algunos turnos el guardia de seguridad con otra Unidad de Emergencia. Lo que trae como consecuencia que por instancias de tiempo no haya guardia exclusivo o presente en la Unidad.

El trabajo de mantención se hace insuficiente para mantener los equipos activos. Los equipos son antiguos, por lo que resulta cada vez más difícil encontrar los repuestos necesarios en el mercado, tardando a veces semanas en encontrarlos y en otras sólo es posible confirmar su inexistencia, por lo que con frecuencia son utilizados sin las medidas de seguridad para su funcionamiento.

Para realizar sujeción en los niños para los procedimientos, se requiere frecuentemente adoptar posiciones viciosas y las tendinitis suelen ser habituales en las enfermeras de la Unidad. Por otro lado el trabajo obliga a estar de pie todo el día y el cansancio en las piernas resulta inevitable al terminar el turno.

DIMENSIÓN: IMPLEMENTACIÓN, ESTRUCTURA FÍSICA Y SEGURIDAD.

SUBDIMENSIÓN: DISPONIBILIDAD DE ESPACIO DE DESCANSO.

Los ritmos intensos producen mayor demanda de esfuerzo físico y mental, por lo tanto, fatiga y riesgo de accidentes, además de insatisfacción. A la larga, pueden ser improductivos. Un ritmo intenso se puede moderar con pausas adecuadas (Parra, M. 2003).

Las salas de descanso resultan aconsejables en todos aquellos casos en los que por cualquier circunstancia existen tiempos de espera entre tareas, o cuando son necesarias pausas debido a la propia tarea, ya sea por el esfuerzo exigido o por fatiga generada, tanto física como psicológica. Las salas de descanso estarán dotadas de mesas y sillas y cualquier otro dispositivo que permita de manera satisfactoria lograr los fines que lo motivan. Sus dimensiones han de ser las adecuadas al número de trabajadores que la utilicen simultáneamente (Real Decreto 486/97 España Citado por González, A et. al. 2006).

ENTREVISTAS	ESTUDIOS DE CAMPO	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN
El estar también es super incómodo, sin ventilación, es una sala cerrada, cerrada de concreto, no tiene ventanas. Ahí es dónde vamos a tomar café, con unas puertas, también se transforma en un pasillo ...bueno está la cocina, es en donde está todo (Entrevista N°3) Me gustaría una sala de estar que sea solamente una sala de estar y no que estemos en una sala para todo, vestidor, comedor, reuniones etc. (Entrevista N°3) Me gustaría alguna sala de estar en las que realmente los cinco minutos que puede descansar y reponerse, más cómoda. (Entrevista N°4)	Características de la Sala de Enfermeras observadas durante la reunión de enfermeras: Habitación de 1,5 mt. por 2,5 mt. Sin ventanas, ventilación ni luz natural. No posee extractor de aire ni baño. La sala sirve además de vestidor, comedor, oficina y lugar de descanso en general, además de reunión. A través de dos puertas puede convertirse la sala en un pasillo. No posee pizarrón Posee un computador, al que pueden acceder en los momentos de descanso. (Nota de Campo N° 1 - 2 y 3)	

Como a las doce o una se toma un té, pero con mi compañera antes de la una nunca nos sentamos, porque no podemos. A veces son las siete de la mañana y no nos hemos dado cuenta. A veces uno va para adentro y son las cinco y cinco un cuarto ya tiene que salir. (Entrevista N°1) Cuando se puede descansar se descansa. Paso todo el turno de pie (sonríe...) Si estás descansando y te llaman, tienes que salir obvio. El horario de todo el día es muy largo, las doce horas es mucho. Yo creo que uno rinde, rinde, hasta las cuatro de la tarde. Es un período demasiado largo, porque este es un trabajo que tienes que estar con todas las pilas puestas y tus antenitas bien paraditas. (Entrevista N°2) Nosotras estamos las doce horas día o noche aquí en la Posta. Durante el día uno trabaja y a veces uno se viene a tomar un té y se sienta un rato. Si uno tiene por ejemplo un paciente crítico, que me ha tocado uno no descansa. (Entrevista N°4) El horario de descanso es relativo, dependiendo de lo que tengamos de trabajo. Si tengo tranquila la sala y ya ví al paciente, salgo, salgo a box a apoyar y si hay mucho trabajo me quedo hasta que mi colega se desocupe. Entonces eso va a depender de que nosotros nos desocupemos. (Entrevista N°5)		
En relación a la futura Unidad, todo se ha hecho a través de la supervisora. Ella es la que ha estado haciendo los aportes técnicos y requerimientos de enfermería. Y ella nos ha informado a nosotros. Ella ha gestionado las solicitudes de nosotros. Incluso de las salas de estar, porque al parecer no había un lugar, un espacio. Ella fue la que vio eso. Yo no conozco el plano. (Entrevista N°1)	Las enfermeras desconocen la futura planta física de la Unidad (una vez que sea construido el nuevo edificio), pero existe información no oficial que la sala de estar presupuestada en él, sería una sola para enfermeras y personal técnico de enfermería, lo que es recibido con	

Las salas de espera, pero no venían incluidas salas de estar separadas. Era una como una general, pero no. Parece que no venían. La supervisora sabe más ese cuento. Creo, que va a ser una cosa chiquitita. Como un estar general para ir a tomarse un café o algo así, o almorzar si uno quiere llevarse el almuerzo. (Entrevista N°2) La nueva sala de estar se compartiría con los paramédicos y no, no va a tener ni siquiera un computador. La supervisora sabe más de eso. (Entrevista N°5)	disconformidad e insatisfacción (Nota de Campo N°2).	
CONCLUSIONES Y HALLAZGOS		
Existe una sala de Estar para Enfermeras en la Unidad, la que es independiente del estar Médico y del Personal Paramédico. Se caracteriza por ser una sala estrecha, sin luz natural ni ventilación. Carece de baño y de extractor de aire. Sirve al mismo tiempo de sala de oficina, reunión, cocina y comedor. Cuenta con un computador y un mobiliario básico, una mesa pequeña y sillones rígidos y cortos, que no permiten gran comodidad.		
Las enfermeras hablan de descanso sólo en los turnos de noche, los que son activos en atención directa hasta como las cinco de la mañana. La mayoría de los turnos implica vigilia permanente, porque son requeridas en cualquier momento ya sea en box o en sala.		
La nueva planta contaría con sólo una sala de descanso tanto para el personal paramédico como para las enfermeras, lo que es recibido con desilusión. Hay disconformidad y una visión de que el discurso de la importancia del trabajo de enfermería no se refleja en las decisiones de la Dirección. Parece haber poco conocimiento por parte de las enfermeras de la Unidad de las características de la nueva planta física.		

DIMENSIÓN: IMPLEMENTACIÓN, ESTRUCTURA FÍSICA Y SEGURIDAD.

SUBDIMENSIÓN: HORARIOS Y CALIDAD DE LA ALIMENTACIÓN.

En casos en que las personas se vean obligadas a alimentarse en el trabajo, se requiere la existencia de comedores limpios y mobiliario suficiente (Parra, M. 2003).

ENTREVISTAS	ESTUDIOS DE CAMPO	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN
Nosotras vamos después que va el personal, cuando termina el personal de ir a colar, vuelven todos si es que tenemos tiempo. Generalmente uno prioriza la atención, entonces generalmente nos atrasamos en almorzar. Vamos a veces a las tres o cuatro de la tarde. Aquí, generalmente en el estar de las enfermeras, siempre. (Entrevista N°1) Almorzamos las dos en la sala de estar, pero una vez que hemos dejado todo, digamos listo. No dejamos exámenes pendiente, ni nada que haya que hacer antes de ir a almorzar. Si nos tienen que llamar, salimos. A veces tu almuerzo puede quedar a la mitad, tres cuartas partes, es relativo. La calidad y la cantidad de la alimentación son malas también. Son cantidades pequeñísimas y la calidad ahí no más. No es buena. Yo un día le saque una foto con mi celular a mi almuerzo. Tenemos colación nocturna que es... tú podrás ver que es más chatarra que nada. (Entrevista N°2) Comida helada, ehm... a veces en mal estado, así que a veces tú la destapas y no te da confianza, las ensaladas tampoco te dan confianza. Para complementar la mayoría traen cosas, todas traen cosas, porque la mayoría de las enfermeras sufren de colon irritable.		No se reciben colaciones para el turno, se llama a alimentación, pero no contestan. (12 registros) Se extravía una colación del turno de noche por 3ª vez. La retiran directamente del estar de enfermeras. (1 registro) No llega colación nocturna para los técnicos paramédicos. Se envía memo. (6 registros) Falta colación nocturna para el personal. (3 registros) Se reciben 2 colaciones menos en la entrega de turno. (3 registros)

(Entrevista N°3) La calidad del almuerzo es más o menos. La cantidad sí, yo encuentro que es muy poca, yo encuentro. Las colaciones que dejan para la noche, un pan, un yogurt, una bebida y unas galletas son para nada saludable. De hecho, tenemos a una de las colegas a cargo de compara el té, café, aceite y bueno cada una trae algo para la alimentación. (Entrevista N°4) Lamentablemente almorzamos en la residencia de enfermería. Pienso que no es muy buena. Son comidas que se repiten. Recibimos una colación nocturna que ya está preparada ya de la mañana, entonces pasó tantas horas, y el pan ya está humedecido; y me ha tocado pan de mal olor, entonces prefiero que no, no me lo como. (Entrevista N°5)		
CONCLUSIÓN Y HALLAZGOS		
La calidad de la alimentación es percibida en general como deficiente en calidad y cantidad, poco variada y con tendencia a los hidratos de carbono. La cantidad es siempre insuficiente y habitualmente debe complementarse con lo que llevan ellas mismas.		
La enfermera a diferencia del Técnico Paramédico no está autorizada a retirarse de la Unidad, por lo que debe almorzar y tomar su colación en la Sala de Estar. Generalmente no existe para ella un horario de alimentación. Éste puede ser incluso cercano a las cuatro de la tarde.		
La alimentación incorpora una colación nocturna fría, la que fue obtenida a través de una negociación después de una paralización de actividades, hace ya algunos años atrás. Es percibida como poco balanceada y a través de la revisión de la documentación, en ocasiones no llega la totalidad de las colaciones al turno, o hay extravío de algunas.		

DIMENSIÓN: IMPLEMENTACIÓN, ESTRUCTURA FÍSICA Y SEGURIDAD.

SUBDIMENSIÓN: DISTRIBUCIÓN Y TIPOS DE TURNOS EN LA UNIDAD

A nivel de género, las trabajadoras que realizan trabajos en turnos, sufren serias dificultades para tener un descanso adecuado, debido a la carga de trabajo doméstico agregada (Parra, M. 2003).

Los turnos le dificultan la vida matrimonial y familiar, ya que éstos no coinciden con las rutinas normales de trabajo y estudios del resto de las personas, por lo que la enfermera requiere de muchos esfuerzos para compatibilizar sus actividades con las de su familia (Fernández, B., Paravic, T. 2003).

ENTREVISTAS	ESTUDIOS DE CAMPO	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN
En realidad, para mí es bueno el cuarto turno, porque estoy más tiempo en mi casa, tengo tiempo para mí y mi familia, pero a la vez que están pasando muchos años, que ya por ejemplo repetirme un turno de noche es un sacrificio. Pasado los cincuenta cinco años, no sé si voy a poder trabajar aquí. (Entrevista N°1) Actualmente trabajo a cuarto turno. Antes teníamos quinto turno, Día, día, noche, libre, libre. Entonces ahí era mucho más, desde el punto de vista de equipo, no había trabajo en equipo, porque los paramédicos eran al cuarto turno y nosotras al quinto. Entonces era como tierra de nadie. Cuando tú tienes un equipo, tú te afijas con ese equipo y tú sabes las debilidades y falencias de todos. (Entrevista N°2) Me satisface y no me satisface el cuarto turno. Por ahora me satisface, digamos, por hijo, por casa digamos, me es cómodo. Pero por ejemplo, el horario de todo el día es muy largo, las doce horas es mucho. No sé si me proyecto haciendo turnos hasta antes de jubilar. (Se ríe...) Todavía no lo pienso. (Entrevista N°2) Hacemos cuarto turno. No me afecta el cuarto turno. Yo creo que si estuviera casada y con hijos, ahí me preocuparía más. Me satisface el cuarto turno en tiempo y me satisface en plata. (Entrevista N°3)	La enfermera de turno me informa que en la Unidad realizan cuarto turno: un día de 12 horas, al día siguiente una noche de 12 hrs. también y tienen después dos días libres. Habitualmente hay dos enfermeras por turno, una de ellas recibe la Sala de Observación y tiene 2 paramédicos a su cargo y la otra recibe Box e Atención, con 5 paramédicos a su cargo. Ellas hacen un ciclo completo en un lugar en Sala y luego rotan a Box. Normalmente hay 2 auxiliares de servicio de día y uno de noche. (Nota de Campo N°1)	

Generalmente queda una antigua con una nueva. Al final se orientan en varios meses, al final, porque una las apoya. Si no pueden hacer algo, generalmente uno está apoyando y cubriendo y si no lo pueden hacer lo hace uno. (Entrevista N°1)		
CONCLISIÓN Y HALLAZGOS		
El cuarto turno ha posibilitado el trabajo en equipo, ya que la enfermera rota con su grupo de técnicos de enfermería, lo que ha permitido conocerse y afiarse. Las enfermeras de mayor trayectoria en la Unidad se encuentran en situación de titulares, mientras, que las enfermeras más jóvenes tienen sistema de contrato. Combinan los turnos de enfermeras de mayor trayectoria con enfermeras de menos experiencia.		

DIMENSIÓN: IMPLEMENTACIÓN, ESTRUCTURA FÍSICA Y SEGURIDAD.

SUBDIMENSIÓN: SUELDOS, TIPO DE CONTRATO, GRADOS, TIEMPO EN EL GRADO ACTUAL, TIEMPO EN LA UNIDAD.

Las bajas remuneraciones que a veces la obliga a desempeñar más de un trabajo teniendo que asumir largas jornadas con el consiguiente desgaste que ello significa agravando la situación. Toda esta problemática trae inevitablemente consecuencias negativas, tanto para la vida personal y laboral (Fernández, B., Paravic, T. 2003).

El factor promociones y/o ascensos se observa como un factor muy influyente de insatisfacción laboral para enfermeras públicas como privadas, ya que son percibidas como injustas y poco transparentes dentro de las instituciones hospitalarias (Paravic, T. 1998 y Parra, S. 2002).

ENTREVISTAS	ESTUDIOS DE CAMPO	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN
Tengo 20 años aquí. Voy a cumplir 21 en Noviembre. Soy Enfermera tratante, titular. Empecé yo en el grado 17 y en este minuto tengo grado 15. Hace como 15 años. Pero en el fondo me molestó, a mí me molestó porque, uno lleva tantos años atendiendo con tanto sacrificio aquí en este servicio, teníamos que hacer muchas cosas más y con menos recursos y ahora que ingresan las personas nuevas, nosotras trabajábamos solas, ellas ingresan acompañadas y con más sueldo que nosotras. Y muchas veces somos nosotras las que tenemos que hacer el trabajo, porque ellas como vienen nuevitas no pueden hacerlo. (Entrevista N°1) Estoy desde el 87 y estable del 90. . No sé si grado 15 todavía o grado 13, hace como 13 años, porque está por llegarnos el grado, por el encasillamiento que hicieron el año pasado. (Entrevista N° 2) El sueldo es entre \$ 700.000 y \$ 800.000. Mira, francamente a mí, alcanzándome para vivir, no me interesa. A mí este año, que llegó una niña. ¿Y cuánto voy a ganar? Y yo cuando entré a trabajar es lo que menos me importó. Por eso te digo yo, ha cambiado todo, hemos cambiado nosotros.		

(Entrevista N° 2) Este es mi cuarto año, cuarto o quinto año en la Unidad. En calidad de contrato, en grado 15. Ingresé con grado 17. Tengo grado 15, me parece que ya un poco más de un año. Lo que pasa, como grado 17 el primero año y ahí a finales, cuando ya iba terminado el segundo con grado 16, y al siguiente año, a mediados de año se cambió a grado 15. Fue como todo rápido. (Entrevista N°3) Yo veo que complica a las colegas más antiguas, pero no las complica con nosotros, o sea nosotros no somos...no tenemos la culpa... de repente se nota que se aburren, porque las llaman a concurso y tienen que ir a presentar sus papeles y resulta que hacen todo, todo, todo, y al final siguen estancadas. Si les molesta obvio, de estar tanto tiempo, haciendo cuestiones y que no avancen, da lata. Yo llegué de trabajar de lo privado en que ganaba diurno mucho más que aquí. Pon te tú yo llegué a trabajar y ganaba \$250.000 y venía de una empresa en que ganaba un millón de pesos. . Si no me hubiera gustado tanto yo me iría le decía a la jefa, porque económicamente no me va. Yo tenía cuentas. Pero me satisface el cuarto turno en tiempo y me satisface en plata. (Entrevista N°3) Es que a mí no me complica ser contrata Porque em.. si bien es cierto que el servicio puede prescindir de mí, cuando estoy a contrato es todo el año. Y se renueva automáticamente, yo nunca he tenido un problema de renovación, que me hayan dicho "oiga, va a haber reducción de personal". No lo veo como amenaza, quizás porque yo soy light en mi vida cotidiana, como que no me afecta ser contrato. (Entrevista N°3) Llevo un año seis justo. El cargo diurno de selectora es como el sueldo sin asignación de cuarto turno, ni de ley de urgencia. Eso más que nada, lo que hace una gran diferencia. Yo estando en cargo diurno, sólo tengo horas extras y mis horas extras van a depender de lo que yo trabaje el fin de semana por ejemplo o porque trabaje más de ocho horas. No sé si me interesa ser titular, me interesa más el cuarto turno. Creo que está mal que estén años por años en el mismo grado. No me cabe en la cabeza. No debería ser. Lo que no encuentro malo es que las colegas jóvenes que vayan llegando puedan a optar agrados mejores (Entrevista N°4)		
---	--	--

Estoy en grado 15. Acá llevo dos años siete meses más o menos. Estoy en zona de Urgencia, así es que tengo asignación cuarto turno de urgencia y vacaciones extras. Vacaciones compensatorias se llaman, son 10 días más de vacaciones de lo normal por la ley por trabajar en una Unidad de Urgencia. A la vez trabajo en un servicio de ambulancias, en cuarto turno. No sé si querría ser titular. Depende de las circunstancias. Lo que pasa es que cuando pasas a ser titular, te bajan de grado. Entonces tendría que saber cual es el sueldo que voy a recibir y ver más o menos. Por lo que dice la gente parece que sí, pero en realidad no lo sé. No lo tengo muy claro. Con el contrato estoy bien. ¡Si me suben de grado en contrata mejor todavía...! (Entrevista N°5)		
CONCLUSIÓN Y HALLAZGOS		
Las enfermeras de mayor trayectoria en la Unidad se encuentran en situación de titulares, mientras, que las enfermeras más jóvenes tienen sistema de contrato. Se advierte que a pesar de tener tantos años de diferencia en trayectoria laboral en la Unidad, no hay gran diferencia en grados y en sueldo. La diferencia prácticamente radica en la titularidad o contrata. En un mismo turno se combinan enfermeras de distinta antigüedad trabajando a la par y ganando un sueldo similar, pero con diferencias claras en responsabilidad, experiencia y trayectoria, lo que aparece en las entrevistas como un sentimiento claro de inequidad. Llama la atención que claramente la titularidad no es tema relevante para las enfermeras más jóvenes.		
El movimiento del escalafón administrativo en relación al ascenso en grados, especialmente para las enfermeras titulares ha sido irregular y lento, lo que ha generado desesperanza en algunas. Este movimiento administrativo ha sido influenciado por la política imperante a nivel nacional, lo que ha favorecido más a las enfermeras jóvenes que a las enfermeras de mayor trayectoria. Esto ha generado un sentimiento de injusticia.		
A las enfermeras más jóvenes y que se encuentran a contrata en la Unidad, les resulta menos importante la titularidad en comparación con las enfermeras de más larga trayectoria, en las que es sinónimo de estabilidad laboral.		
Un grupo de enfermeras tiene una estancia larga en la Unidad, mientras el otro se caracteriza por ser un grupo joven, de pocos años de egresadas. Trabajan como enfermeras tratantes a cuarto turno y se creó el cargo de enfermera selector de demanda hace un par de años, la que cumple un horario diurno de 8:00 a 17:00 hrs. Sin embargo ésta última, es integrada al cuarto turno cada vez		

que es necesario cubrir el cuarto turno, lo que ocurre con frecuencia.
La enfermeras de mayor trayectoria ven a las colegas jóvenes recién egresadas que llegan a la Unidad a hacer reemplazos, con menos vocación, menos interés en adquirir experiencia y mayor interés en el salario.
La enfermera a cuarto turno de la Unidad, recibe un sueldo aproximado de \$ 700.000 a \$ 800.000 pesos para el grado 15, al que se le agregan 10 días compensatorios, además de recibir un incentivo por el cuarto turno de Urgencia. Una de las enfermeras que trabajó en el área privada ganaba \$1.000.000 de pesos en igual horario.
El cuarto turno les permitiría trabajar simultáneamente en otra institución, lo que es aprovechado por una enfermera del grupo de las más jóvenes. Ella reconoce que le facilita tal ejercicio, el no tener hijos ni responsabilidades de una familia.

2.- ANÁLIZANDO EL CLIMA ORGANIZACIONAL DE LA ENFERMERA DE URGENCIA INFANTIL

Clima Organizacional es la imagen que como trabajador tiene del entorno laboral. Se refiere al conjunto de condiciones psicológicas y sociales que caracterizan a una organización en un momento dado. Estas condiciones son percibidas directa o indirectamente por los trabajadores que se desempeñan en ese medio ambiente. Litwin y Stringer (1968), definen el clima como el conjunto de propiedades medibles del entorno de trabajo, basado en las percepciones colectivas de la gente que vive y trabaja en dicho entorno y que influye en su comportamiento. El Clima tiene repercusiones en el comportamiento laboral, motivación, productividad, satisfacción, rotación, adaptación, etc. Se da como una característica relativamente permanente en el tiempo, se diferencia de una a otra organización y de una sección a otra dentro de una misma institución (Segurado, A. Agulló, E. 2002).

El Clima Laboral o Clima Organizacional, es el segundo eje estructural de la investigación. Este concepto se refiere a las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico en que éste se da, las relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales que afectan a dicho trabajo.

Litwin y Stringer (1968) y Gongalvez, C. (1997) postulan con su modelo, la existencia de nueve dimensiones para este segundo eje, que explicarían el clima existente en una determinada institución. En consecuencia, las dimensiones que serán desarrolladas son:

- Estructura Funcional, Responsabilidad, Recompensa, Desafío, Relaciones, Cooperación, Estándares, Conflictos e Identidad.

2.1.- CATEGORÍA: CLIMA ORGANIZACIONAL

DIMENSIÓN: ESTRUCTURA FUNCIONAL:

Representa la percepción que tienen los miembros de la organización acerca de la cantidad de reglas, procedimientos, trámites y otras limitaciones a que se ven enfrentados en el desarrollo de su trabajo. En la medida en que la organización pone énfasis en la burocracia, versus en énfasis puesto en un ambiente de trabajo libre, informal e inestructurado. La estructura organizacional define como se dividen, agrupan y coordinan formalmente las tareas de trabajo (Litwin y Stringer. 1968; Goncalves, A. 1997).

ENTREVISTAS	ESTUDIOS DE CAMPO	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN
Después de recibir turno si uno está en la sala pasa visita con el médico y de ahí reviso el cuaderno de indicaciones, hago la evolución de los niños y después hacer, eh.....el resto de las cosas. En box, se reciben los pacientes ambulatorios, se revisan los pacientes y se sigue la atención ambulatoria. Cuando falta personal uno tiene que adaptar al resto del personal. Se revisa lo pendiente. (Entrevista N°1) Se recibe generalmente en el box de reanimación y te entregan los pacientes que quedaron pendientes. Y si me toca en sala, recibo los pacientes hospitalizados. Muchas veces te encuentras que no ha llegado todo el personal y si no está la supervisora tienes que ver como cubrir, a veces es difícil. Después de eso revisas los insumos, la sala de reanimación o hacerles el plan a los pacientes que están a los pacientes que están hospitalizados, evolucionarlos y gestionar su traslado, después de eso uno tiene que empezar a ver lo que quedó pendiente, la mayoría de las veces son cosas que faltan, o cosas que se mandaron a reparar. El saturómetro no se nos puede perder, eso va e	Las enfermeras y paramédicos hacen un ciclo completo en un lugar en Sala y luego rotan a Box. Normalmente hay 2 auxiliares de servicio de día y uno de noche. (Nota de Campo N°1) La enfermera de Sala recibe turno en Sala de Observación, recibe medicamentos Psicotrópicos, Saturómetro portátil, número de personal presente y ausente y novedades para gestionar. La enfermera de Box recibe turno en atención ambulatoria. (Nota de Campo N°1) Enfermera recibe turno con saturómetro sin pilas. (Nota de Campo N°1) La enfermera de Box recibe turno incompleto. Personal Técnico Paramédico avisa que se encuentra enferma y que tramitará una licencia mañana. (Nota de Campo N°1) En la recepción de turno a la enfermera se le avisa que su turno se encuentra incompleto, ante la licencia repentina de un paramédico de sala, la que es	La enfermera registra en cada turno los elementos que incluyen: • Ingresos • Traslados • Altas • Asistencia del Personal Auxiliar Y Paramédico y Presentación de Licencias. • Nombre de las enfermeras de turno en Box y Sala de Observación • Recepción y Entrega de Medicamentos Barbitúricos (Dormonid, Diazepam, Fenitoina, Morfina Y Ketamina) • Recepción y Entrega de Saturómetro (Nonin) • Extravío o Pérdida de Equipos O Insumos. • Novedades Generales y Ordenes pendientes

libro de novedades. (Entrevista N°3) Muchas veces hay que conseguirse con otros servicios los insumos que estén faltando en la Urgencia Infantil, o una lámpara que no esté funcionando y el tema de los pacientes. Tenemos que gestionar todo el día y cuando terminamos nuestra jornada tenemos que traspasárselo a la otra colega. (Entrevista N°5)	solucionada al rotar un paramédico de box a sala. (Nota de Campo N°2) Se confirman 4 licencias de técnicos paramédicos, por lo que la enfermera de sala debe reemplazar con un pul de funcionarios de la misma Unidad adscritos, los que deberán por lo general repetirse turnos. (Nota de Campo N°2) La enfermera de turno de Sala completa el libro de novedades de cada turno. (Nota de Campo N°1) La enfermera de Sala debe completar documentación nueva en relación a la atención de pacientes con IRA (Infecciones Respiratorias Agudas), las que según su apreciación no han sido explicadas con detención. (Nota de Campo N°2)	de trabajo (365 registros) Pendiente cubrir turno de.... (paramédico) para el ... (52 registros)
Hacemos reunión. La supervisora actual hace reuniones seguido. Antiguamente no teníamos muchas reuniones. Ella informa de las reuniones que ha tenido a nivel de hospital, lo que va saliendo nuevo. Después comenzamos con una tabla que generalmente son los problemas locales. Ahí vamos tratando de conversar, de ponernos de acuerdo y sacar todos los problemas en equipo. (Entrevista N°1) Tenemos una reunión pendiente con la jefatura de la Unidad (Entrevista n°2) Desde que yo estoy no he participado en ninguna reunión con	Se encuentran citadas a reunión todas las enfermeras de la Unidad. La asistencia es de nueve enfermeras de un total de 10. La reunión fue publicada en el diario mural de la Sala de Enfermeras, la que fue dirigida por la Enfermera Coordinadora de dicha Unidad. Es importante mencionar que es la primera reunión general de enfermeras del año. <u>Tabla de la reunión 26 de junio:</u> • Revisión del acta anterior, para recordar los acuerdos pendientes aún. • Información para la Acreditación del Ministerio en IIH. • Ocupación del Cargo de Enfermera Coordinadora	Reunión de enfermeras con jefatura médica. 21 de octubre 9:00 A.M. Tabla: Unificar Criterios entre equipo médico y equipo

médicos. (Entrevista N°4)	de la Unidad. • Elaboración del FODA de la Unidad. • Información sobre los cambios estructurales de la Unidad, mientras dure la construcción de la nueva planta física del Hospital Gustavo Fricke. (Nota de Campo N°3)	de enfermería. Sobrecarga de trabajo del equipo de enfermería por cantidad de médicos versus número de enfermeras. (1 registro)
Ella es supervisora y enfermera tratante. Todavía no ha asumido completamente su función, por lo que aún hace turnos. (Entrevista N°1) La Enfermera Supervisora está cumpliendo las dos funciones, de supervisión y de enfermera clínica. (Entrevista N°4)	La Enfermera Coordinadora (s) cumple paralelamente las funciones de una enfermera de turno. Se le ofreció oficializar el cargo, pero debía pasar de titular a contrata, ya que sólo a contrata se podría elevar a grado 12, lo que no fue aceptado por la enfermera que ocupa por el momento este cargo. (Nota de Campo N°3)	La enfermera Supervisora (S) continúa paralelamente en turno. Su firma aparece 30 veces en el libro de novedades.
Nos relacionamos con las jefaturas sólo a través de la Enfermera Supervisora. (Entrevista N°1) Yo creo que mayor contacto tiene la enfermera supervisora con las jefaturas. (Entrevista N°3) Las jefaturas se relacionan con la supervisora. (Entrevista N°4)	Durante la reunión se toca el punto de una conversación oficial pendiente con la jefatura médica, para abordar la problemática y principalmente de la falta de espacio físico por enfermería para la realización de los procedimientos. (Nota de Campo N°3)	Reunión de enfermeras con jefatura médica. 21 de octubre 9:00 A.M. Tabla: Unificar Criterios entre equipo médico y equipo de enfermería. Sobrecarga de trabajo del equipo de enfermería por cantidad de médicos versus número de enfermeras.
Trabajamos en equipo con la enfermera selectora, porque ella ve, ella va seleccionando a los pacientes de acuerdo a su gravedad, saltándose toda la espera. (Entrevista N°1) En la práctica el cargo de enfermera selectora siempre está cubriendo el cuarto turno para ayudar el trabajo clínico. (Entrevista N°4)	La enfermera recepciona turno sin enfermera selectora. Por licencia de enfermera debió pasar a cuarto turno. (Nota de Campo N°2)	

Se avisa, claro, se avisa al jefe de turno a ver qué problemas hay, para darle una solución, para ver qué se puede hacer. (Entrevista N°3) Generalmente uno se apoya con la colega que está con uno e informamos al médico jefe de turno. (Entrevista N°4)	La enfermera asiste a su compañera de sala o de box en caso de requerirlo, como en procedimientos e ingresos. (Nota de Campo N°2) Se acostumbra que en los turnos una enfermera de mayor trayectoria haga pareja con una enfermera de menor experiencia y con menor tiempo de estadía en la Unidad. (Nota de Campo N°1)	
La sala de observación que tiene 7 cupos, según la nueva norma.... la sala de observación es hasta 8 horas de observación, no de hospitalización. Si no hay camas en los servicios pediátricos, lo que es común, los hospitalizados quedan ahí, incluso se van hasta de alta de ahí y los insumos no se devuelven a la Posta, porque la hoja de estadística dice el servicio de Pediatría o Cirugía. (Entrevista N°2) Como la sala de observación se supone que no es para pacientes hospitalizados y a veces sí es para pacientes hospitalizados. (Entrevista N°3)	La enfermera de Sala recibe 6 pacientes hospitalizados en espera de cama en los servicios. (Nota de Campo N°2) La enfermera nos explica que la devolución de costos de los insumos que se utilizan en la Sala de Observación, son cargados al servicio que se trasladará al niño, por lo que no se devuelven a la Unidad de Emergencia Infantil. (N°1)	
Los insumos se piden por el portal, pero a veces se cae el sistema (se rie....) Entrevista n°2) La Supervisora que es la jefa, es la que se encarga de hacer el pedido parece que es semanal en el Portal. (Entrevista N°5)		Pendiente solicitud de pedido al Portal por caída del Sistema. (8 registros)
CONCLUSIONES Y HALLAZGOS.		
Las enfermeras tienen a cargo a 7 paramédicos y dos auxiliares de servicio por turno. Rotan en conjunto con los paramédicos tanto por Sala como por Box, después de un turno de día y noche. Cada una de las enfermeras recepciona cumpliendo una rutina establecida y de acuerdo si reciben		

Sala o Box. La enfermera selectora con frecuencia se debe integrar a turno para suplir licencia o administrativos de las enfermeras de cuarto turno, por lo que en la práctica las funciones inherentes a este cargo no se realizan.
Las enfermeras se hacen cargo de las novedades y gestionan lo pendiente. Se entregan personalmente y turno a turno los medicamentos psicotrópicos, saturómetro de pulso portátil y la cantidad de personal con que cuentan. Esta tarea incluye cubrir los turnos del personal principalmente paramédico con licencia, lo que ocurre con una alta frecuencia.
El personal técnico es distribuido por horario para ir a almorzar. Privilegiando siempre que haya el número de personal suficiente para garantizar la atención, lo que es contralado por las enfermeras de turno.
Se llevan a cabo reuniones que se encontraban pendientes con las jefaturas, que intentan resolver situaciones de conflicto con el equipo médico.
La enfermera Coordinadora cumple paralelamente las funciones de una enfermera de turno, dificultando la gestión de enfermería en la Unidad. Se encuentra en espera de solución definitiva de su cargo, mientras tanto realiza las labores administrativas de la coordinación y paralelamente realiza cuarto turno.
Las enfermeras se apoyan mutuamente en su labor, e informan al médico jefe de turno de las novedades y problemáticas del turno.
La Sala de Observación continúa siendo en la práctica una sala de hospitalización, pese a la normativa de permanecer los pacientes solo hasta 8 horas en ella. Estadísticamente el paciente pertenece al servicio de destino de su hospitalización, devolviéndose los insumos a este servicio y no a la Unidad de Urgencia, generando problemas en la devolución de los material e insumos utilizados.
Los insumos se solicitan a través de un Portal Informático de la Institución, el que presenta en ocasiones problemas de funcionamiento del sistema, generando retrasos en el pedido y abastecimiento.

CATEGORÍA: CLIMA ORGANIZACIONAL

DIMENSIÓN: RESPONSABILIDAD:

Es el sentimiento de los miembros de la organización acerca de su autonomía en la toma de decisiones relacionadas a su trabajo. En la medida en que la supervisión que reciben es de tipo general o no estrecha, es decir, el sentimiento de ser su propio jefe y no tener doble chequeo en el trabajo (Litwin y Stringer. 1968; Goncalves, A. 1997).

ENTREVISTAS	ESTUDIOS DE CAMPO	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN
Soy responsable de 7 técnicos de enfermería y 2 auxiliares de servicio. Además de los pacientes Cuando faltan colegas uno tiene que cubrir. (Entrevista N°1) Nos tenemos que responsabilizar por el oxímetro de pulso y psicotrópicos. Bueno, las novedades obviamente, si se desapareció algo. Nosotras somos las que manejamos las camas. (Entrevista N°2)	La enfermera de Sala recibe turno en Sala de Observación, recibe medicamentos Psicotrópicos, Saturómetro portátil, número de personal presente y ausente y novedades para gestionar. (Nota de Campo N°1) La enfermera de turno de Sala completa el libro de novedades de cada turno. (Nota de Campo N°1) A la enfermera se le avisa que su turno se encuentra incompleto, ante la licencia repentina de un paramédico de sala, la que es solucionada al rotar un paramédico de box a sala. (Nota de Campo N°1) Se confirman 4 licencias de técnicos paramédicos, por lo que la enfermera de sala debe reemplazar con un pul de funcionarios de la misma Unidad adscritos, los que deberán por lo general repetirse turnos. (Nota de Campo N°1)	La enfermera registra en cada turno: • Personal completo o incompleto. • Ingresos, Traslados, Altas. • Enfermeras de turno de Box y de Sala. • Psicotrópicos. • Recepción y entrega de Noni (saturómetro portátil) • Novedades y ordenes pendientes de trabajo (365 registros) Se anuncia paro de funcionarios para mañana. Cubrir el turno de día y noche. (2 registros) Se deja parcialmente cubierto el turno. (12 registros) Se fuga paciente de box hospitalizado en espera de cama. Se avisa a carabineros. (1 registro)

	La enfermera de Box recibe turno incompleto. Personal Técnico Paramédico avisa que se encuentra enferma y que tramitará una licencia mañana. (Nota de Campo N°2)	Mientras espera traslado al Hospital de Quilpué, se fuga la madre con menor, al que se le diagnosticó Sd. Convulsivo. La madre había presentado Intento suicida y tenía antecedentes de Disfunción Familiar. (1 registro) Pérdida del chip de codificación del frasco de tiras del Accu. Check. Se solicita mayor control de los insumos. (2 registros)
En la inducción de las enfermeras nuevas queda una antigua con una nueva, una las apoya. Si no pueden hacer algo, generalmente uno está apoyando y cubriendo y si no lo pueden hacer lo hace uno. (Entrevista N°1) Cuando yo llegué quedé con una colega de mayor experiencia al principio. (Entrevista N°3)	La enfermera de mayor trayectoria hace pareja con una enfermera de menor experiencia y con menor tiempo de estadía en la Unidad. (Nota de Campo N°1)	
Yo creo que estamos fallando en equipos para ser un centro de referencia. Si yo tengo un paciente grave que trasladar a la UCI, tengo que trasladarlo sin equipo y el riesgo que pase algo o que yo no me dé cuenta de algún cambio en el traslado, es alto. O que no me funcione un equipo cuando lo necesito y nos demoremos diez minutos que pueden ser vitales, eso es malo. (Entrevista N° 4)	Hay pacientes en camilla esperando atención, ya que los box se encuentran ocupados. Un familiar que es la madre, vigila la inmovilización del niño para evitar caídas. (Nota de Campo N°1)	Paciente con Tec en evolución se cae de la camilla de Reanimación en presencia de la madre. Resulta con corte en la oreja. Se informa de inmediato a médico jefe de turno. (1 registro) Existe fuga de oxígeno en la cama 1 de la Sala de Observación. (1 registro)
Hay nuevas exigencias en relación a lo que estamos viviendo en este minuto, que son las de clasificarlos, hacer una clasificación de los pacientes más	La enfermera de Sala debe completar documentación nueva en relación a la atención de pacientes con	Se recuerda que todo paciente de alta en su momento debe registrar fecha y hora de alta, en

complejos. (Entrevista N°1) Ahora tenemos nuevos registros, nos están cambiando la hoja de enfermería, por lo que tenemos que vigilar los registros. (Entrevista N°2) Ahora que se nos está exigiendo todas estas normas, hemos tenido que hacerlos nosotras, así apuradas. Se hace difícil, porque uno lo tiene que hacer dentro de las horas de trabajo. (Entrevista N°4)	IRA (Infección Respiratoria Aguda), las que según su apreciación no han sido explicadas con detención. (Nota de Campo N°2) Llega con una semana de retraso la hoja de instructivo para los médicos y las enfermeras, para completar la hoja de envío de IFI a laboratorio, por lo que la enfermera asume que se enviaron por una semana varias hojas incompletas o mal confeccionadas. (Nota de Campo N°2) Existe una preocupación por autoevaluarse en el cumplimiento de metas, reflejada en la categorización por dependencia y riesgo del usuario externo.	la hoja de Enfermería. Están dejando fichas incompletas. (6 registros) Falta de registros médicos en hoja DAU. (6 registros) Reunión de Enfermeras para el viernes 26 de junio: Tabla: • Acreditación IIH • Cambios de registros en Enfermería. • Turnos IRA • Construcción del Hospital Gustavo Fricke Tabla de la reunión: 26 de junio. • Revisión del acta anterior, para recordar los acuerdos pendientes aún. • Información para la Acreditación del Ministerio en IIH. • Elaboración del FODA de la Unidad. Quedan pautas de supervisión de lavado de manos en el cajón par realizar al personal. (2 registros) Se debe enviara al personal a capacitación de manejo de aislamiento por H1N1. Se debe hacer listado con fecha del personal que asista. (3 registros)
--	---	--

		Quedan pautas de supervisión de lavado de material para realizar al personal encargado de sala de material en sus turnos. (2 registros) Se hará reunión con todo el personal de UEI, solicitada por el personal, el día jueves: Tabla: • Funcionamiento Sala de Observación. • Equipamiento • Carga de trabajo • Capacitación • Varios
CONCLUSIÓN Y HALLAZGOS		
La enfermera es responsable del personal técnico de enfermería y auxiliar, de recibir las licencias y de cubrir los turnos correspondientes. Esto aparece como una situación reiterativa en cada turno y a pesar de disponer de un pool humano para suplencias, en la práctica no siempre se encuentra disponible.		
Tiene a su cargo el control de los medicamentos psicotrópicos y la administración de los insumos, lo que implica desde su solicitud, aprovisionamiento, el control de su uso, hasta la coordinación con otras unidades y servicios para conseguirlos cuando escasean.		
La enfermera de la Unidad asume como parte de su responsabilidad administrativa la supervisión de los registros por parte del personal, las capacitaciones del personal, la confección de normas y pautas de supervisión también aparecen como un elemento presente, especialmente de la documentación nueva.		
Como elemento emergente aparece la preocupación por la pronta atención y el aumento de la complejidad en la atención, con tratamientos más largos y más invasivos que debe por ende realizar la enfermera, retrasando la atención, lo que estaría relacionado directamente con la atención de pacientes crónicos.		
Hay una clara conciencia de la responsabilidad que conlleva hacerse cargo de un turno, por lo que siempre acompañará una enfermera de mayor experiencia a una enfermera de menos tiempo en la Unidad.		

CATEGORÍA: CLIMA ORGANIZACIONAL

DIMENSIÓN: RECOMPENSA:

Corresponde a la percepción de los miembros sobre la adecuación de la recompensa recibida por el trabajado bien hecho. Es la medida en que la organización utiliza más el premio que el castigo. También es frecuente encontrar criterios sobre el poco reconocimiento social y profesional de la Enfermería y se considera como una expresión de ello, los escasos, reducidos o a veces inexistentes espacios asignados en sus lugares de trabajo, lo que ellas perciben como falta de reconocimiento hacia su grupo profesional por parte de la institución en que se desempeñan (Aguirre, D 2001).

Cuando las personas sienten que se reconoce y se respeta su trabajo, tienen una actitud positiva hacia la empresa, hacia su puesto, hacia sus compañeros, y si es el caso, hacia sus subordinados. Si, por el contrario, la persona siente que su trabajo no es tomado en cuenta; que si lo hace bien, nadie se fija, o mucho peor, que se le descalifica lo que hace, tomará una actitud negativa bajando la calidad de vida en el trabajo de él y de su grupo (SME Toolkit. Herramientas PYME 2010)

ENTREVISTAS	ESTUDIOS DE CAMPO	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN
No, no es tan reconocido encuentro yo y a nivel de hospital tampoco. No hay un reconocimiento real de la labor que hace la enfermera, nuestros registros a veces ni los miran. (Entrevista N°1) Nosotras mandamos al paciente a los servicios con una hoja de enfermería y arriba ocupan una hoja de relevo, de otro tipo de registro, en la UCI ocupan una planilla que tiene otro tipo de registro. Entonces eso deberían como modificar, de repente uno se demora en llenar hartas hojas y no se da cuenta que arriba ni la pescan. (Entrevista N°3) La hoja de Atención Ambulatoria de Urgencia (DAU), solamente queda en la ficha del paciente cuando estaba para ser hospitalizado. Si es ambulatorio queda en la hoja FAP, se corchetea, a veces puede que hasta las boten. (Entrevista N°3)	Sin elementos de observación	Sin elementos de observación.
Hay muchos problemas que no son perceptibles por los médicos, porque uno ya los ha solucionado, entonces ellos piensan que la labor		

de la enfermera es hacer procedimientos no más. Esa labor no es reconocida encuentro yo. (Entrevista N°1) El trabajo de la enfermera es poco valorado Yo lo valoro... Se ríe... (Entrevista N°2) Entre nosotras nos valoramos. Yo creo que sí. ¿Si no nos valoramos entre nosotras qué? El personal paramédico nos valora y muchas mamás sí. (Entrevista N°3) Los padres si valoran lo que hacemos. Ellos distinguen que la que va con la toca es la enfermera, la que manda, la jefa, la que se queda al cuidado del paciente. Pero de parte médica no... Muchas veces ellos hacen no más. Ellos no es que lo desconozcan, pero lo subvaloran, sí. (Entrevista N°5)		
No hay comunicación con las jefaturas. Ni siquiera conozco como va a quedar la urgencia. Hemos podido hacer pequeñas sugerencias a través de la supervisora, pero a nosotros no nos han preguntado nada. (Entrevista N°3) Poco nos relacionamos con las jefaturas, no es buena la comunicación. (Entrevista N°5)		
Si ellas subían, del grado básico que era 17 a 15, a nosotras también tenían que habernos subido. Cuando me pasaron a planta me bajaron de grado. (Entrevista N°1) Hoy hay un aumento y un mayor incentivo en grados a contrata; con mayor grado y con mayor ingreso pero a contrata. No me cambiaría a eso por la estabilidad y porque tú no sabes lo que va a pasar en el futuro. Por plata, no. Tengo una enfermera más joven trabajando conmigo, que tiene grado 15, igual que yo. (Entrevista N°2)		

CONCLUSIÓN Y HALLAZGOS

La enfermera no tiene percepción de reconocimiento o de valoración de su trabajo por parte de las jefaturas ni del equipo médico. Su trabajo se percibe valorado por sus pares y por los técnicos de enfermería.

Se sienten identificadas y reconocidas por los padres y por los niños como personajes encargadas de su cuidado, con autoridad, pero más cercanos y visibles.

La posibilidad actual de mejorar su ingreso económico, optando por el sistema a contrata y renunciando a la titularidad, no es visto como una recompensa a su trayectoria laboral, por el contrario, es vista como una condición de inseguridad laboral por las enfermeras con mayor tiempo en la Unidad. En cambio por las enfermeras de más corta estadía, el mejoramiento del grado y del sueldo con el sistema a contrata no les molesta, e incluso le resulta conveniente.

Las enfermeras de la Unidad perciben que incluso sus registros son subvalorados y no tomados en cuenta. Con los pacientes ambulatorios en la Unidad, la hoja de atención de enfermería se elimina frecuentemente o queda archivada junto a la hoja estadística (FAP) y no con la ficha; y con los pacientes hospitalizados, en los servicios se les inicia una nueva y diferente documentación, sin detenerse mucho en los registros de enfermería hechos en la Unidad de Emergencia.

CATEGORÍA: CLIMA ORGANIZACIONAL

DIMENSIÓN: RELACIONES:

Es la percepción por parte de los miembros de la institución acerca de la existencia de un ambiente de trabajo grato y buenas relaciones sociales, tanto entre pares como entre jefes y subordinados (Litwin y Stringer. 1968; Goncalves, A. 1997).

ENTREVISTAS	ESTUDIOS DE CAMPO	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN
Las relaciones con los paramédicos es generalmente armónica, de equipo. Una relación bastante buena encuentro yo y de respeto, tratando de mantener las normas o todas las normas internas. (Entrevista N°1) Tenemos nuestras diferencias a veces como en todos lados, pero trabajamos bien con los paramédicos. (Entrevista N°2) Bastante buena relación con los paramédicos también. De mucho respeto. (Entrevista N°4)	El personal paramédico y auxiliar de servicio mantiene buen trato con la enfermera de turno. (Nota de Campo N°1 y 2)	Sin información en la documentación.
Bien, yo por eso me quedé. Son un gran apoyo. Las colegas antiguas son un gran apoyo. Son un buen grupo. Cuando pasa algo igual están ahí. Por la gente yo creo que me quedé acá. (Entrevista N°3) Bastante buena. De mucho respeto entre los paramédicos a las enfermeras y las enfermeras a los paramédicos. Se puede llevar un trabajo en equipo. (Entrevista N°4) Con otros servicios tenemos estupenda relación. Ellos son súper colaboradores. Yo por lo menos me llevo bien con todas. (Entrevista N°2) Nos llevamos en general bien con otros servicios incluso de adulto. (Entrevista N°5)	Se observa alta participación de las enfermeras en la reunión. No hay descalificación ni marginación de ningún tipo.(N°3)	Feliz día de la Enfermera coleguitas. (1 registro) Felices Fiestas Patrias. (1 registro) Feliz Navidad para todas!!! (1 registro) Feliz Año nuevo para nosotras!!! (1 registro)

Con los médicos nosotras no tenemos comunicación. A veces uno sugiere y se molestan muy rápidamente, piensan que uno está pasando a llevar, los está cuestionando, cosa que antes no pasaba. No es fácil trabajar con ellos en equipo. (Entrevista N°1) Con los médicos... es un gremio difícil. Nunca nos reunimos con ellos. Tenemos una reunión pendiente. Me gustaría que mejorara. (Entrevista N°2) Hay médicos que tienen harta distancia de nosotras. Nunca nos reunimos con ellos, ni con las jefaturas. Eso debería mejorar para poder trabajar en equipo. (Entrevista N°3) Con los médicos es netamente una relación de trabajo. Yo te doy las indicaciones como médico y la enfermera cumple. La relación con las jefaturas es pobre, debería ser mejor. (Entrevista N°4)	Deterioro permanente de relación y comunicación con la dirección médica de la Unidad y con el personal médico en general. Existe una reunión con esta instancia pendiente hace 8 meses. (N°3) Deterioro permanente de relación y comunicación con las jefaturas y con el personal médico en general. Existe una reunión con esta instancia pendiente hace 8 meses. (N°3)	Se hará reunión con Médico Jefe de Unidad con todas las enfermeras de UEI. Temas: - Unificar criterios entre equipo médico y equipo de enfermería en atención de Urgencia a paciente Crítico, que consulta en la Unidad. - Sobrecarga de trabajo del equipo de Enfermería, por cantidad de Médicos versus enfermeras.
CONCLUSIÓN Y HALLAZGOS		
Se percibe buena y estrecha relación con el personal técnico de Enfermería, basada en el respeto a la autoridad y a las normas, lo que permite un trabajo en equipo.		
Existe una buena relación y comunicación con el personal de otros servicios, lo que facilita la colaboración.		
La relación entre las enfermeras de la Unidad, es vista como armónica de apoyo mutuo y de máxima colaboración. Es valorada la acogida y la recepción a las enfermeras que se integran y la experiencia y el apoyo de las enfermeras más antiguas.		
La relación con los médicos aparece como conflictiva, especialmente con los médicos nuevos en la Unidad. Son catalogados como un gremio difícil. Mencionan una grave falta de comunicación, la que se ha mantenido durante largo tiempo y sin reunirse de forma alguna con el equipo de enfermería.		
Las relaciones con algunas jefaturas es deficiente y la comunicación es mínima.		
Es sentido como una necesidad el mejoramiento de las relaciones y en especial la comunicación, para lograr tener un grupo humano afiatado y un trabajo en equipo.		

CATEGORÍA: CLIMA ORGANIZACIONAL

DIMENSIÓN: DESAFÍO:

Corresponde al sentimiento que tienen los miembros de la organización acerca de los desafíos que impone el trabajo. Es la medida en que la organización promueve la aceptación de riesgos calculados a fin de lograr los objetivos propuestos (Litwin y Stringer. 1968; Goncalves, A. 1997).

Tener un programa permanente de capacitación es uno de los factores que más impactan en la calidad de vida en el trabajo (SME Toolkit. Herramientas PYME 2010).

ENTREVISTAS	ESTUDIOS DE CAMPO	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN
La presión asistencial es mayor ahora. Si bien la cantidad ha disminuido en el tiempo, la atención se ha hecho más compleja, porque hay tratamientos que requieren más tiempo con pacientes crónicos. Es el tiempo que uno requiere en esos niños que se ha aumentado. (Entrevista N° 1). Estamos viendo harto paciente crónico que se han ido de alta hace dos días multipuncionados, entonces eso te cuesta y te demora más tiempo. (Entrevista N°3) Nos llegan muchos ex prematuros, que son pacientes crónicos con secuelas. Eso es de mayor complejidad. (Entrevista N°5) Los equipos que hay acá son antiguos...muchas veces uno los va a ocupar y no funcionan y eso te atrasa. (Entrevista N° 4)	Hay pacientes en camilla esperando atención, ya que los box se encuentran ocupados. (N°2)	Se observa desfase de atención desde el ingreso al control pediátrico de más de 1 hora". (8 registros) Se observa una demora de atención de más menos 3 horas, con 100 atenciones en espera. (6 registros) Se realiza triage respiratorio desde 20.00 hrs a 0:00 hrs con técnico Paramédico y Enfermera de Sala para descongestionar y disminuir la espera. (5 registros)
Han llegado nuevos formularios que tenemos que realizar a los pacientes, que a veces como es unidad de emergencia, se nos hace más complejo de realizar, por ejemplo la categorización. (Entrevista N° 1).	La enfermera de Sala debe completar documentación nueva en relación a la atención de pacientes con IRA (Infecciones Respiratorias Agudas), las que según su	Quedan nuevos formularios para notificar Infecciones meningocócicas. (1 registro) Se deja instructivo para dueños de animales mordedores, para que se

El año pasado tuvimos una capacitación en Gestión del Cuidado y Acreditación. Pero yo no encontré que fue suficiente. (Entrevista N°2) Lo que yo creo es que el hospital partió de atrás. Porque... si bien es cierto que hay muchas colegas nuevas, que salieron... por lo menos yo salí con la idea, no salí con la base que tienen... no se po una niña que salió un año después que yo, tiene más bases que yo en la parte de gestión. Ehm... pero mis colegas anteriores...ninguna idea y esto se llegó y tienen que empezar desde mañana. Pero no se les capacitó. (Entrevista N°3) Ahora que se nos está exigiendo todas esas normas, hemos tenido que hacerlas nosotras, así apuradas. Se hace difícil, porque uno no tiene todo el conocimiento y lo tiene que hacer dentro de las horas de trabajo. Capacitación no hubo. (Entrevista N° 4)	apreciación no han sido explicadas con detención. (N°2) Insuficiente capacitación y/o preparación para el cumplimiento de tareas y compromisos acordados por la dirección o subdirección médica o de enfermería, lo que conlleva al incumplimiento o cumplimiento en forma deficiente de estas labores. (FODA) (Nota de Campo N°3) Hay falencias importantes en la gestión de enfermería en la Unidad, que se evidencian en la falta de supervisión, de elaboración de normas y protocolos, que se visualizan como consecuencia de los puntos anteriores. (Bota de Campo N°3)	saquen fotocopias y dejar en Box de atención. (1 registro) Quedan nuevos formularios de identificación para H1N1. Se debe también notificar por internet a Epidemiología del Ministerio. Queda pendiente el instructivo. Del formulario. (1registro) La Dirección del Servicio de Salud solicita la información de número de consultas y n° de diagnósticos de Influenza Humana los días 27 y 28 de junio. (1 registro) Reunión de Enfermeras. Tabla: - Protocolos de Enfermería pendientes. - Capacitación. (1 Registro) Se cita a reunión de Enfermeras Tabla: • Acreditación IIH • Cambios de registros en Enfermería. • Turnos IRA • Construcción del Hospital Gustavo Fricke.
Uno aquí necesita agilidad, necesita moverse, ahora por ejemplo, claro, la gente joven se mueve más, pero es más efectiva la gente antigua...se ríe... pero a los sesenta años no sé si voy a poder estar de pie todo el día. (Entrevista N° 1). Yo creo que uno rinde, hasta las cuatro de la tarde. Pero de día es muy largo. Este es un trabajo que tienes que estar con todas las pilas puestas y tus		

antenitas bien paraditas. No, yo no me veo hasta los sesenta haciendo turno así, no. (Entrevista N°2)		
CONCLUSIÓN Y HALLAZGOS		
El compromiso de atención que no debe superar los 15 minutos entre la atención médica y de enfermería, la presión asistencial que por momentos sobrepasa a las enfermeras y la demora en la atención, es algo que aparece presente en los relatos y documentación. El equipamiento antiguo retrasa la atención, unido al aumento en la demanda de atención de usuarios con patologías crónicas de alta complejidad, obliga a procedimientos y exámenes que determinan mayor tiempo de espera.		
El cubrir los turnos, debido a las constantes licencias del personal Técnico de Enfermería y de Auxiliares de Servicio, aparece como un desafío permanente.		
A pesar de ser valorada la experiencia como enfermera de urgencia, se tiene la percepción que se requiere que el personal tiene que ser relativamente joven para trabajar en esta Unidad.		
Hay deficiencias en la entrega de información para completar la nueva documentación que se solicita en la Unidad.		
Existe una percepción de la necesidad de capacitarse en áreas de acreditación, categorización y en Gestión del Cuidado en general. A pesar de que han recibido capacitación en estas áreas, sienten que no ha sido suficiente, por lo que la consideran como una debilidad, comparándose con los mayores conocimientos que traen las enfermeras recién egresadas a este respecto.		

CATEGORÍA: CLIMA ORGANIZACIONAL

DIMENSIÓN: COOPERACIÓN:

Es el sentimiento de los miembros de la empresa, sobre la existencia de un espíritu de ayuda de parte de los directivos y de otros empleados del grupo. El énfasis está puesto en el apoyo mutuo, tanto de niveles superiores como inferiores (Litwin y Stringer. 1968; Goncalves, A. 1997).

ENTREVISTAS	ESTUDIOS DE CAMPO	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN
Siempre queda una enfermera antigua con una nueva. Muchas veces somos nosotras las que tenemos que hacer el trabajo, porque ellas como vienen nuevitas no pueden hacerlo. (Entrevista N°1) El trabajo que tenemos en nuestro equipo es bueno, de mucha colaboración. (Entrevista N°1) Tenemos un equipo, todos tenemos nuestro genio, nuestras cosas, pero es un equipo bastante trabajador. (Entrevista N°2) Trabajábamos bien. Ehm... siempre dispuestas a enseñarte, y uno en realidad no sabe nada cuando llegas. Las colegas antiguas son un gran apoyo. (Entrevista N°3)	La enfermera de mayor trayectoria hace pareja con una enfermera de menor experiencia y con menor tiempo de estadía en la Unidad. (Nota de Campo N°1) La enfermera asiste a su compañera de sala o de box en caso de requerirlo, como en procedimientos e ingresos. (Nota de Campo N°1) La enfermera nos informa que los Traumatólogos Infantiles están realizando capacitación a los Paramédicos y Enfermeras sobre inmovilización en niños. (Nota de Campo N°2)	Se capacitará los 30-4-5 6 de mayo en aislamiento de H1N1 en Auditorio Central. Debe asistir todo el personal. También hay información en Intranet. (1 registro) Dra... realizará el práctico del curso de inmovilización, por favor les solicito colaboración para que el personal se organicen en ese horario, ya que es durante el turno. (2 registros)

En ese sentido estamos todas dispuestas a colaborar, porque hay muchas cosas que necesitamos para la acreditación, entonces nos organizamos para que cada turno haga un parte, tratando de sacar bien la acreditación. (Entrevista N°1)		Chiquillas, dejé en el escritorio un documento con los protocolos de enfermería corregidos, revísenlos.
CONCLUSIÓN Y HALLAZGOS		
La enfermera de turno percibe que el principal apoyo en su labor diaria es la enfermera de mayor experiencia y los técnicos paramédicos que constituyen su equipo.		
Por parte de algunos médicos se observan instancias de capacitación y apoyo al trabajo en equipo, lo que es valorado por enfermería, mostrando preocupación porque el personal asista en su totalidad.		
Hay una muestra de esfuerzo colectivo por el mejoramiento de los procesos y las normas de gestión, lo que se ve reflejado en el análisis de documentación.		

CATEGORÍA: CLIMA ORGANIZACIONAL

DIMENSIÓN: ESTÁNDARES:

Es la percepción de los miembros acerca del énfasis que ponen las organizaciones sobre el rendimiento (Litwin y Stringer. 1968; Goncalves, A. 1997).

ENTREVISTAS	ESTUDIOS DE CAMPO	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN
Pero han llegado nuevos formularios, tenemos que categorizar a los pacientes, que a veces como es unidad de emergencia, son cosas rápidas se nos hace más complejo de realizar, hay veces hay que subirlos tan rápido que uno no alcanza a hacerlo. (Entrevista N°1) Ahora están llegando nuevos formularios para unificar esta atención. Pero en los documentos que tenemos como el DAU, no tenemos casi espacio para poder anotar nuestros registros, porque no hay un espacio. (Entrevista N°1). Nos están cambiando las hojas de registro, para unificarlas, la parte Pediátrica y parte Adulta. (Entrevista N°2)	La enfermera de Sala debe completar documentación nueva en relación a la atención de pacientes con IRA (Infecciones Respiratorias Agudas), las que según su apreciación no han sido explicadas con detención. (Nota de Campo N°2) Se aprecia en las enfermeras una preocupación por autoevaluarse en el cumplimiento de metas, reflejada en la categorización por dependencia y riesgo del usuario externo. (Nota de Campo N°3)	Se debe realizar test de evaluación de capacitación de H1N1. Formularios en el cajón del escritorio. (1 registro) Se debe aplicar las pautas de supervisión al personal con el nuevo formato. Quedan pautas en el escritorio. (1 registro) Se debe confeccionar la hoja de enfermería a todos los ingresos. (1 registro) A partir de hoy se debe ingresar al sistema UGCC (Unidad de Gestión de Camas Centralizadas) en Salud Responde a todos los pacientes que estén hospitalizados en UEI. Este informe debe estar antes de las 10hrs AM. La sugerencia es que la enfermera de Sala de turno de noche lo haga". (1 registro) Se debe seguir realizando la hoja de Ingreso y Egreso de Enfermería a todos los pacientes. (3 registros)

		A partir de hoy de deben identificar a todos los pacientes: hospitalizados, Procedimientos ambulatorios, pabellón con el brazalete. Registrando Nombre y Apellidos. (2 registros)
Ahora que se nos está exigiendo todas estas normas, hemos tenido que hacerlos nosotras, así apuradas. Se hace difícil, porque uno lo tienen que hacer dentro de las horas de trabajo. (Entrevista N°4) Hay muchas cosas que necesitamos para la acreditación, entonces nos organizamos para que cada turno haga un parte. (Entrevista N°1) Hemos ido a cursos para poder incorporar toda esta metodología nueva que en realidad nosotros con los años que tenemos de egresada, no tuvimos esta cantidad de información. (Entrevista N°1) Yo creo que conocimientos siempre a uno le falta y a medida que hemos estado haciendo los protocolos nos hemos dado cuenta de cosas que quizás no sabíamos. Capacitación, no hubo. Para mis colegas que llevan más años, para ellas sí se les ha hecho un poco más difícil. (Entrevista N°4) Yo fui a un curso de gestión del cuidado, que era planificación estratégica, ahora... no pensé que iba a ser tan administrativo y que no nos iban a explicar el tema de cómo el ministerio dispone la gestión del cuidado, los alineamientos y la planificación estratégica, porque eso fue lo que solamente hicimos, nada más. (Entrevista N°5)	Las enfermeras refieren durante la reunión insuficiente capacitación y/o preparación para la Acreditación en el cumplimiento de tareas y compromisos acordados por la dirección o subdirección médica o de enfermería, lo que conlleva al incumplimiento o cumplimiento en forma deficiente de estas labores. (FODA) (Nota de Campo N°3) Hay falencias importantes en la gestión de enfermería en la Unidad, que se evidencian en la falta de supervisión, de elaboración de normas y protocolos, que se visualizan como consecuencia de los puntos anteriores. (Nota de Campo N°3)	Chiquillas, dejé en el escritorio un documento con los protocolos de enfermería corregidos, revísenlos... (2 registros)

Nosotros tenemos que tener un tiempo entre la atención médica y la atención en que realizamos las indicaciones que no pasa más allá de 15 minutos. (Entrevista N°1)		
CONCLUSIÓN Y HALLAZGOS		
En el último tiempo ha habido una serie de cambios de la documentación a utilizar. Han llegado nuevos formularios que deben ser llenados con prontitud por la enfermera y que se agregan a las responsabilidades que se deben cumplir. Por otro lado, hoy se les demandan nuevas exigencias como la Acreditación y el manejo de la Gestión del Cuidado.		
Hay una preocupación por incorporar las nuevas metodologías de trabajo de la Gestión del Cuidado. Las enfermeras más antiguas están conscientes de sus falencias de conocimientos al respecto, en comparación con las enfermeras recién egresadas.		
También perciben que la capacitación que han recibido es insuficiente, para abordar las exigencias de gestión que hoy se le demandan.		
Hay preocupación por rendir y autoevaluarse en las nuevas exigencias que se le demandan y reconocen la presión asistencial como una amenaza, para el logro de este objetivo.		

CATEGORÍA: CLIMA ORGANIZACIONAL

DIMENSIÓN: CONFLICTOS:

Es el sentimiento del grado en que los miembros de la organización, tanto pares como superiores, aceptan las opiniones discrepantes y no temen enfrentar y solucionar los problemas tan pronto surjan. Las enfermeras sufren los conflictos que se generan dentro de los equipos de trabajo, las dificultades con sus jefes directos, con sus pares y con el personal a su cargo, ya que éstos entorpecen la comunicación, alteran la armonía y el desarrollo del trabajo, y lo tornan dificultoso y poco gratificante (Fernandez, B., Paravic, T. 2003).

ENTREVISTAS	ESTUDIOS DE CAMPO	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN
Con los médicos nosotras no tenemos comunicación. No es fácil trabajar con ellos en equipo. (Entrevista N°1) Hay médicos que tienen harta distancia de nosotras. Nunca nos reunimos con ellos, ni con las jefaturas. Eso debería mejorar para poder trabajar en equipo. (Entrevista N°3) Con los médicos es netamente una relación de trabajo. Yo te doy las indicaciones como médico y la enfermera cumple. La relación con las jefaturas es pobre, debería ser mejor. (Entrevista N°4)	Deterioro permanente de relación y comunicación con la dirección médica de la Unidad y con el personal médico en general. Existe una reunión con esta instancia pendiente hace 8 meses. (N°3) Deterioro permanente de relación y comunicación con las jefaturas y con el personal médico en general. Existe una reunión con esta instancia pendiente hace 8 meses. (Nota de Campo N°3)	Se hará reunión con Médico Jefe de Unidad con todas las enfermeras. Temas: - Unificar criterios entre equipo médico y equipo de enfermería en atención de Urgencia a paciente Crítico, que consulta en la Unidad. - Sobrecarga de trabajo del equipo de Enfermería, por cantidad de Médicos versus enfermeras.
Hay veces en que hay más Pediatras que personal. (Entrevista N°2) Hay días que están 2 pediatras liberados de turno, entonces más los tres pediatras del turno, dos cirujanos, más el becado, más los dos alumnos... (Entrevista N°3)		Reunión de enfermeras con jefatura médica. 21 de octubre 9:00 A.M. Tabla: Unificar Criterios entre equipo médico y equipo de enfermería. Sobrecarga de trabajo del equipo de enfermería por cantidad de médicos versus número de enfermeras.

Nosotros el lugar que tenemos para poder trabajar es la sala de reanimación, que muchas veces por ser ellos tantos en atención pediátrica, ellos atienden pacientes también ahí... entonces no hay privacidad. (Entrevista N°1) El box de reanimación es dónde se hacen los procedimientos y es un pasillo constante de los médicos. Yo estoy haciendo un procedimiento acá y ellos están pasando. No hay ninguna privacidad. (Entrevista N°3)	Durante el estudio de campo se observa que la enfermera ocupa la Sala de Reanimación para realizar los procedimientos de enfermería. Al consultarle sobre ello, responde que no existe una sala habilitada para ello, por lo que se ven en la necesidad de ocupar esta sala. (Estudio de campo N°1) Durante la reunión se toca el punto de una conversación oficial con la jefatura médica, para abordar la problemática y principalmente de la falta de espacio físico por enfermería para la realización de los procedimientos. (Estudio de Campo N°3)	Reunión de la jefatura médica con las enfermeras de la Unidad. Temario: • Sobrecarga de trabajo del equipo de enfermería por cantidad de médicos y la necesidad de un box para procedimientos de enfermería. (21-10-2009)
Si yo tengo un paciente grave y tengo que trasladarlo a la UCI y tengo que trasladarlo sin equipo, el riesgo que pase algo o que yo no me dé cuenta de algún cambio en el traslado, es alto. (Entrevista N°4) La presión asistencial es mayor ahora. Si bien la cantidad ha disminuido en el tiempo, la atención se ha hecho más compleja, porque hay tratamiento que requieren más tiempo con pacientes crónicos. Es el tiempo que uno requiere en esos niños que se ha aumentado. (Entrevista N° 1). Las camillas están rotas, algunas no tienen freno. Yo encuentro que las barandas no son las adecuadas para lactantes, preescolares, incluso para los adolescentes, muchas veces son mucho más grandes que las camillas que tenemos. El riesgo de caídas es alto. (Entrevista N°4)	Monitor cardiaco sin baterías. Por normativa los traslados a UCI deberían ser con monitor cardiaco, pero ante la falta de batería se realizan sólo con el saturómetro conectado al usuario. (Nota de campo N° 1) Hay pacientes en camilla en espera de hospitalización y en espera de atención, ya que los box se encuentran ocupados. Un familiar, que por lo general es la madre quién vigila la inmovilización del niño para evitar caídas. (Nota de campo N° 1 y 2)	Sensor de saturómetro de reanimación malo. (20 registros) Paciente con Tec en evolución se cae de la camilla de Reanimación en presencia de la madre. Resulta con corte en la oreja. Se informa de inmediato a médico jefe de turno. (1 registro)

Manejar el recurso humano cuesta... ponte tú cuando avisan a última hora que se enfermó alguien y tienes que cubrir a como dé lugar y eso es casi todos los turnos. (Entrevista N°3) Muchas veces te encuentras que algún personal no ha llegado a turno o te llaman media hora antes que no van a venir. Eso es difícil. (Entrevista N° 4)	La enfermera de Box recibe turno incompleto. Personal Técnico Paramédico avisa que se encuentra enferma y que tramitará una licencia mañana (Nota de Campo N°1) A la enfermera se le avisa que su turno se encuentra incompleto, ante la licencia repentina de un paramédico de sala, la que es solucionada al rotar un paramédico de box a sala. (Nota de Campo N°2) Se confirman 4 licencias de técnicos paramédicos, por lo que la enfermera de sala debe reemplazar con un pul de funcionarios de la misma Unidad adscritos, los que deberán por lo general repetirse turnos. (Nota de Campo N°2)	Reunión de Enfermeras. Tabla: - Vacaciones. Reunión de enfermeras en calidad de Urgencia. Tabla: Feriados Legales y reemplazantes. Recepción de licencia médica de personal paramédico y auxiliar de servicio. (60 registros)
El año pasado tuvimos una capacitación en Gestión del Cuidado y Acreditación. Pero yo no encontré que fue suficiente. Fue como una semana. Es una cosa corta (Entrevista N°2) Ahora que se nos está exigiendo todas esas normas, hemos tenido que hacerlas nosotras, así apuradas. Se hace difícil, porque uno lo tiene que hacer dentro de las horas de trabajo. Capacitación no hubo. (Entrevista N° 4)	Insuficiente capacitación y/o preparación para el cumplimiento de tareas y compromisos acordados por la dirección o subdirección médica o de enfermería, lo que conlleva al incumplimiento o cumplimiento en forma deficiente de estas labores. (FODA) (Nota de Campo N°3) Hay falencias importantes en la gestión de enfermería en la Unidad, que se evidencian en la falta de supervisión, de elaboración de normas y protocolos, que se visualizan como consecuencia de los puntos anteriores. (Nota de Campo N°3)	Enfermeras. Tabla: - Protocolos de Enfermería pendientes. - Capacitación. (1 Registro) Se cita a reunión de Enfermeras Tabla: • Acreditación IIH • Cambios de registros en Enfermería. • (1 registro)

Los acompañantes de nuestros pacientes, llegan ahora muy agresivos, llegan como desconfiados en la atención, entonces uno está trabajando con el doble de tensión. (Entrevista N° 1). El usuario en el último tiempo es más agresivo y se desquita con el personal y a veces no te queda más que llamar al guardia o a Carabineros. (Entrevista N°3) Los familiares están mucho más agresivos.... Porque uno se demora cinco minutos en darles la atención, ellos te suben y te bajan. (Entrevista N° 4)	No hay elementos de observación.	Hoy me encuentro en el box 8 realizando un cateterismo vesical a una lactante de 2 meses con Obs de ITU para un urocultivo, respondiendo la madre y familiares agresivamente, con insultos para mí y para el personal en general. Se notifica a guardia y medico jefe de turno. (1 registro)
CONCLUSIÓN Y HALLAZGOS	Con el estamento médico se percibe un deterioro evidente en la relaciones, no hay instancias de diálogo, lo que propicia a una falta de trabajo en equipo. La liberación de los médicos con más de 20 años de antigüedad de los turnos, ha provocado un aumento en el número de médicos atendiendo en la mañana en la Unidad, generando mayor cantidad de indicaciones, tratamientos y procedimientos, condicionando una sobrecarga de trabajo para el equipo de enfermería y por ende, una demora en la atención que ésta brinda. La falta de espacio físico se percibe como un problema permanente. El único lugar disponible para realizar los procedimientos de enfermería es la sala de Reanimación, la que también es ocupada por los médicos como box de atención, provocando demora y falta de privacidad en la atención de los pacientes. Este elemento sería uno de los conflictos más serios para las enfermeras de la Unidad. La Unidad cuenta sólo con equipos antiguos, que requieren de servicio técnico constante, entregando un trabajo irregular y poco confiable, por lo que a la enfermera le provoca una situación compleja de falta de seguridad y demora en su trabajo, lo que se agrava con la presión asistencial de pacientes de mayor complejidad que antes. Las continuas licencias del personal paramédico y auxiliar es motivo de conflicto. Exige a la enfermera a cubrir permanentemente los turnos. Se dispone de un pool de personal para este efecto, pero en la práctica no siempre están disponibles y terminan cubriéndose por el mismo personal que debe repetirse turnos. La falta de capacitación en temas actuales de enfermería como Gestión del Cuidado y Acreditación inquietan a la enfermera de la Unidad, para el logro de metas y exigencias que hoy debe dar	

cumplimiento. Agudizando esta problemática, las tareas administrativas por lo general son postergadas para privilegiar la presión asistencial. Esto produce el retraso en la entrega de la información de la nueva documentación a llenar.

La agresividad de los familiares, que es motivo también de conflicto, es percibida como una situación que va en aumento y que es compleja de manejar. La intervención del Guardia y de Carabineros ha sido en ocasiones indispensable.

CATEGORÍA: CLIMA ORGANIZACIONAL

DIMENSIÓN: IDENTIDAD:

Es el sentimiento de pertenencia a la organización y que es un elemento importante y valioso dentro del trabajo. En general, es la sensación de compartir los objetivos personales con los de la organización. Paravic y Larraguibel, citando a Robbins, S. (1987); Milcovich, T. (1994), mencionan que el trabajo le proporciona al individuo la sensación de pertenencia a un sector de la sociedad que se considera importante, necesario y valioso. Para un individuo trabajar significa tener un propósito, expresarse y sentirse satisfecho de contribuir a la sociedad.

ENTREVISTAS	ESTUDIOS DE CAMPO	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN
Si, si me gusta. Siempre me ha gustado trabajar aquí y no me iría a otra parte. (Entrevista N°1) Yo que he trabajado en otras unidades, pero aquí somos un grupo bastante afiatado. (Entrevista N°2) La Posta me hace feliz, sino ya me habría ido. He pensado en irme, pero por cosas personales, no por cosas de la Posta. Uno se acostumbra a trabajar con un equipo. (Entrevista N°3) Quedarme. Me gusta. Estoy grata trabajando aquí. Estoy contenta. (Entrevista N°4)	Sin elementos observables	Sin elementos observables
CONCLUSIÓN Y HALLAZGOS	La enfermera se identifica como parte de la Unidad. Hace reconocimiento del trabajo en equipo, armónico y afiatado, a pesar de las diferencias que se puedan producir a veces. Existe la sensación personal de estar a gusto con el trabajo que se realiza.	

3.- ANÁLIZANDO DE CATEGORÍAS PROPUESTAS POR EL INVESTIGADOR

La investigadora incorporó dos nuevas categorías que estimó necesarias en esta investigación para comprender, el grado de autorrealización de la enfermera y que opciones de Mejora existirían en su entorno laboral desde la perspectiva de cada una de ellas.

3.1.- AUTORREALIZACIÓN:

➤ Dimensión:

- Autorrealización Profesional a nivel laboral de la Enfermera de la Unidad: La autorrealización para Maslow (1958), es el llegar a ser lo que se puede ser, para estar en paz consigo mismo. Se manifiesta tanto en los aspectos de desarrollo físico, como psicológico o social y es capaz de conducir a niveles mayores de eficiencia (Palomo, T. 2001).

3.2.- OPCIONES DE MEJORA:

➤ Dimensión:

Opciones de Mejora: Es la segunda categoría incorporada, para dar respuesta al objetivo planteado de obtener información para realizar proyectos de mejora en la Unidad, se denomina Opciones de Mejora, entendiéndose como tal, a las necesidades y cambios que desde la percepción de la enfermera requiere la Unidad.

3.1.- CATEGORÍA AUTORREALIZACIÓN

DIMENSIÓN: AUTORREALIZACIÓN PROFESIONAL A NIVEL LABORAL DE LA ENFERMERA.

Sensación por parte de la enfermera de sentimientos de satisfacción en lo profesional y personal laborando en la Unidad. La autorrealización es la meta final de un proceso evolutivo, que se logra después de un camino de crecimiento y desarrollo (Arocena, M. 2000). Habrá calidad de vida en el trabajo cuando los establecimientos den las mejores condiciones laborales, en las que los trabajadores desarrollen óptimamente su trabajo y pueden además hacer de él un espacio de creatividad y realización personal (SME Toolkit. Herramientas PYME 2010).

ENTREVISTAS	ESTUDIOS DE CAMPO	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN
Bueno, yo llevo tantos años aquí. Yo tuve la oportunidad de trabajar en el área privada y tengo una medida de comparación y me gusta aquí la atención porque es como un servicio, es como una entrega hacia el paciente más débil económicamente. (Entrevista N°1) Además, que a mí me gusta el trabajo dinámico, me gusta esa cosa rápida, el pensar rápido, el hacer las cosas, en cambio en Pediatría es como más monótono, siempre es como lo mismo, entonces esa cosa monótona no me gusta. Yo quiero lo que hago (Entrevista N°2) No, todavía no me he arrepentido de estudiar Enfermería. Me gusta Enfermería... (Entrevista N°5) Estando aquí me ha gustado mucho más la enfermería. Hubo veces cuando estaba estudiando que me cuestioné. Pero al llegar aquí, contenta. La parte pediátrica, llegar a un buen grupo de colegas. (Entrevista N°4)	No hay elementos de observación.	No hay elementos de observación.
Nosotras antes trabajábamos en yo la comparo con una media agua, pero te diríamos que trabajábamos mucho más felices que ahora. Con menos personal, menos, pero había un		

equipo y una armonía exquisita. Entrevista N°2) Se ha perdido... porque los tiempos han cambiado, porque los seres humanos hemos cambiado, porque somos más egoístas, más individualista. Me emociona ah... hay lágrimas en sus ojos...hay silencio por algunos instantes... (Entrevista N°2) Por los turnos a lo mejor me iría, pero yo creo que todavía me queda cuerda. (Entrevista N°2) Los familiares muchas veces y el sentirme sobrepasada en la demanda de trabajo y me frustra un poco.(Entrevista N°4) Yo pienso que...como que no hay relación, pienso que la jefatura médica trabaja por un lado, no sé en qué lado, y que nosotros trabajamos por otro lado. (Entrevista N°5) ...en realidad es un poco duro aquí con los turnos, hacer tantos turnos de noche, descuidar tanto tu casa, tu familia. (Entrevista N°5) Yo pensé que aquí me iban a capacitar más. (Entrevista N°5)		
CONCLUSIÓN Y HALLAZGOS		
La enfermera reconoce lo atractivo que les resulta el trabajo en equipo con personal de enfermería el dinamismo y falta de monotonía de la Unidad, lo que les genera satisfacción.		
Se percibe también en las enfermeras sentimientos negativos, como la falta de capacitación, las jornadas extensas, en donde se pierde contacto con la familia.		
La agresividad de los familiares y el sentirse sobrepasada por la presión asistencial genera frustración.		
También se resiente la mala relación con la jefatura médica, lo que hace añorar el pasado.		

3.2- CATEGORÍA OPCIONES DE MEJORA:

DIMENSIÓN: OPCIONES DE MEJORA:

Corresponde a las opiniones de las enfermeras respecto a opciones o instancias de mejora en la Unidad.

ENTREVISTAS	ESTUDIOS DE CAMPO	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN
Primero estar a nivel del primer piso para tener luz natural, segundo tener el espacio para hacer nuestros procedimientos como corresponde, en forma que no te interrumpen, que lo puedas hacer tranquila, que tenga privacidad para hacer eso y que tengas un espacio para atender al paciente en forma ordenada y no en los pasillos. (Entrevista N°1) Que tuviéramos una sala de estar para cada estamento, que no estuviéramos compartidos con Posta Adulto, que no hubiera lugares compartidos, como estar y sala de espera compartida, porque no sería bueno para los niños estar viendo patologías de adulto, mientras esperan la atención. (Entrevista n°1) No me gustaría que estuviera en el subsuelo, que tuviera luz natural. Porque eso le provoca un cambio de switch a la gente. Buena ventilación, más espacio, una sala que sea solamente de comedor y no que estemos en una sala para todo, vestidor, comedor, reuniones. (Entrevista N°3) Cambiaría la parte de la infraestructura más que nada... (Entrevista N°4)		
Que tengamos todos los equipos como corresponde, ojala que nos dieran material nuevo y que tengamos efectividad con esos equipos. (Entrevista n°1)		
Que se mantuviera el turno como cuarto turno y que de paramédicos hubiera uno más. (Entrevista N°1)		
No es que a uno le moleste la persona, pero le molesta el hecho de que por ejemplo con mi compañera de turno, ella tiene grado 14 y yo 15, ella viene llegando, viene		

saliendo de la universidad, entonces yo veo que estoy haciendo mi trabajo y el de ella. Eso es como ilógico. Yo siempre pensé que si les arreglaban a ellas, a nosotros también tendrían que habernos arreglado. Si ellas subían, si el grado básico era de la enfermera era 17 y se les subió a quince, a nosotros también tendrían que habernos subido dos. (Entrevista N°1) Yo veo que complica a las colegas más antiguas, pero no las complica con nosotros. De repente se nota que se aburren, porque las llaman a concurso y tienen que ir a presentar sus papeles y resulta que hacen todo, todo, todo, y al final siguen estancadas. (Entrevista N°3)		
Me gustaría hacer un equipo más unido. Creo que tenemos un grave problema de comunicación con las jefaturas. (Entrevista N°1) Deberíamos tener esas reuniones a lo mejor, como instancias de conversación que nunca se han dado. Quiero recuperar la armonía. (Entrevista N°2) Cambiara la relación con los médicos. Yo creo que deberíamos hacer un cambio, para que quede un grupo humano afiatado. Entonces termina cada gremio por su lado y se supone que somos un equipo. (Entrevista N°3) No me gusta que seamos un servicio desunido. Que uno no tenga la confianza para conversar algo con la jefa de servicio, o con los médicos, como era antiguamente. Tener buenas relaciones es primordial. (Entrevista N°4)		
CONCLUSIÓN Y HALLAZGOS		
Aparece una aspiración y necesidad por mejorar las relaciones interpersonales en la Unidad, especialmente con el equipo y jefatura médica.		
Mejorar la infraestructura es un elemento importante, en donde destacan los espacios apropiados para proporcionar una atención ordenada y respetuosa, con buena iluminación natural, ventilación y privacidad que corresponde al usuario. Dentro de la mejora de la infraestructura, hay interés por disponer de espacios de descanso y de espera en forma separada de Emergencia Adulto, argumentando que sería inconveniente para los niños relacionarse con los adultos de esa Unidad.		

Mantener el cuarto turno emerge como elemento positivo y que les gustaría mantener.
La implementación con equipos nuevos para la Unidad, aparece como una necesidad imperiosa.
La falta de compensación de grados en las enfermeras titulares, emerge como un sentimiento de injusticia, lo que es reconocido también por las enfermeras a contrata y de menor trayectoria.

4.- SÍNTESIS DE ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES LABORALES:

DIMENSIÓN: IMPLEMENTACIÓN, ESTRUCTURA FÍSICA Y SEGURIDAD.

SUBDIMENSIÓN: DISPONIBILIDAD Y CARACTERÍSTICAS DEL ESPACIO FÍSICO, TAMAÑO, DISPOSICIÓN DEL ESPACIO Y MOBILIARIO:

- La falta de espacio físico de atención directa al usuario, especialmente en lo que respecta a la realización de procedimientos y técnicas en box, ha llevado a las enfermeras a tener que utilizar la sala de Reanimación, la que también es ocupada como box de atención por pediatras en varios turnos médicos que poseen un médico supernumerario.
- Por el tamaño reducido de la Estación de Enfermería del sector de los box, hace necesario que ingresen un número reducido de personas, lo que entorpece la preparación de tratamientos, enlenteciendo también la atención a los usuarios, especialmente notorio en las horas de alta demanda de atención.
- Las condiciones estructurales de la Unidad revelan un edificio antiguo. Tanto en las entrevistas como en las notas de campo y análisis de documentación lo revelan. Deben hacerse continuos mantenimientos, los que siempre son sectorizados o apuntan a dar solución a la problemática del momento. La infraestructura tiene falta de aislamiento, filtrándose la lluvia y el viento por ventanas que no es posible cerrar tanto el salas de boxes con la en la sala de observación.
- Aparece en las entrevistas, gran preocupación por el resguardo de la privacidad e intimidad del usuario, la que se ve seriamente vulnerada, especialmente en algunos procedimientos, lo que se ve seriamente vulnerado en algunas intervenciones médicas y por la falta de cortinas de aislamiento.
- El mobiliario de la Unidad es antiguo y ha sido reparado reiteradamente y se encuentra con deterioro evidente. Los muebles muestran daños en sus cubiertas y en sus bases y están en número insuficiente. El servicio de mantención repara también mobiliario, pero su antigüedad y desgaste hacen que las reparaciones sean sólo temporales.

SUBDIMENSIÓN: ILUMINACIÓN, TEMPERATURA, VENTILACIÓN Y RUIDO:

- El ruido es un elemento que se suma al ambiente permanentemente en la Unidad. El llanto de los niños es una constante, especialmente en el sector de los box de atención, el que no es advertido luego de un tiempo por el personal y sólo es percibido cuando se dirigen a otra Unidad.
- La Unidad se encuentra ubicada en un subterráneo, lo que genera dificultades con la iluminación y ventilación natural a nivel de todo su espacio físico. Esto provoca alteración del ciclo de la luz en el personal, lo que es percibido como elemento clave que influye directamente en su estado de ánimo.
- La calidad de la luz artificial, no es percibida como suficiente, provocando dificultades en la atención directa, especialmente en aquellas técnicas que requieren prolijidad y exactitud como instalación de vías venosas y sondajes urinarios en niños pequeños. En los estudios de campo se advierte la carencia de varios tubos fluorescentes y otros en mal estado, lo que se acompaña de una ventilación deficiente. Durante las 24 horas del día se debe usar luz artificial, lo que debe aumentar en forma importante el consumo eléctrico de la Unidad.
- En lo que a ventilación se refiere, algunas ventanas están fijas y en mal estado, mientras que otras no son abiertas, ya que éstas comunican directamente con el estacionamiento, en donde esperan un gran número de familiares de los usuarios y que se instalan a observar las atenciones, impidiendo la privacidad mínima en la atención directa. Se agrega la falta de aire acondicionado y durante los meses de calor en los box se generan altas temperaturas ambientales sin posibilidad de poder abrirse las ventanas.
- La calefacción se activa en forma intermitente durante todo el año. Es habitual que no haya en los turnos de noche y en especial en los meses de invierno. No se tiene seguridad de contar con ella. Las ventanas se encuentran en mal estado y no cierran correctamente, provocando que se filtre el aire frío especialmente en las noches. Esta debilidad es percibida como un elemento importante que deteriora la calidad de la atención que se presta al niño.

SUBDIMENSIÓN: DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS DE SEGURIDAD FÍSICA:

- La Unidad cuenta con algunos elementos básicos de seguridad física. Las falencias que se perciben para el personal mismo y para los usuarios, estarían determinadas por los años de antigüedad y la fatiga de material del mobiliario y equipo como en elementos de traslado, especialmente las camillas y camas sin barandas o bien en mal estado, provocando un riesgo inminente de caídas en los niños y dificultando la atención directa para el personal de enfermería. Durante la revisión de documentos se detectó la existencia de extintores con vigencia caducada y equipos eléctricos con falta de mantención. El tablero eléctrico de la Unidad, no tiene identificación de los comandos por zonas, constituyendo un riesgo según la evaluación por Bomberos.
- La agresividad de los familiares de los usuarios es otro elemento observado también en la Unidad como un elemento de inseguridad que va en aumento. Cuando ocurren episodios de este tipo, la enfermera se apoya en el resto del equipo de enfermería y colegas. En relación al apoyo médico, este debe ser por norma establecido por el jefe de turno, lo que no siempre es percibido como presente por la enfermera de la Unidad. Carabineros también aparece como un elemento de apoyo, aunque este recurso no se encuentra estable en el Hospital, ya que Carabineros debe priorizar su intervención entre varias solicitudes, con lo que en algún momento esta ayuda puede no ser inmediata. En el último tiempo se ha estado compartiendo en algunos turnos, el guardia de seguridad con la Unidad de Emergencia de Adulto, lo que trae como consecuencia que por períodos de tiempo no haya guardia exclusivo o presente en la Unidad.
- Los equipos son antiguos, por lo que resulta cada vez más difícil repararlos y encontrar los repuestos necesarios en el mercado, tardando a veces semanas en encontrarlos y en otras sólo es posible confirmar su inexistencia, por lo que con frecuencia son utilizados sin las medidas de seguridad para su funcionamiento, como monitores, electrocardiógrafo, camillas entre otros.

SUBDIMENSIÓN: IMPLEMENTACIÓN DE INSUMOS Y EQUIPOS:

- Las enfermeras mantienen dificultades en el acceso y abastecimiento de insumos básicos, lo que parece ser recurrente. Hay períodos en que el hospital no dispone de ellos y la forma de salir de la coyuntura es conseguir en otros servicios. Por otro lado la calidad es considerada básica o en cantidad insuficiente a la demanda.
- Por falta de camas en los servicios, muchos procedimientos se realizan en la Unidad misma, pero los costos son devueltos a los servicios de Hospitalización correspondiente y no a la Unidad, lo que va dejando a la larga una carencia de insumos.
- La Unidad aún no posee una implementación informática que le permita automatizar registros. Permanece aún con sistemas de control y supervisión sólo en base a cuadernos o libros, lo que enlentece y dificulta los procesos de gestión de insumos y equipos, además de la atención misma.
- El equipamiento que posee es antiguo de alrededor de 20 años de uso continuo. Tiene permanentemente fallas, por lo que debe ser enviado frecuentemente a mantención. Por la antigüedad de los equipos, varios de ellos ya no tienen repuestos en existencia, por lo que sus reparaciones son incompletas, quedando como equipos de poca confiabilidad.

SUBDIMENSIÓN: DISPONIBILIDAD DE ESPACIO DE DESCANSO:

- Existe una sala de Estar para Enfermeras en la Unidad, la que es independiente del Estar Médico y del Personal Paramédico. Se caracteriza por ser una sala estrecha, sin luz natural ni ventilación. Carece de baño y de extractor de aire. Sirve al mismo tiempo de sala de oficina, reunión, cocina y comedor. Cuenta con un computador y un mobiliario básico, una mesa pequeña y sillones rígidos y cortos, que no permiten gran comodidad. La estrechez de la habitación impide una buena limpieza, lo que puede generar un ambiente poco seguro.

- Las enfermeras hablan de descanso sólo en los turnos de noche, los que son activos en atención directa hasta como las cinco de la mañana. La mayoría de los turnos implica vigilia permanente.
- En el proyecto de nueva construcción del hospital, la nueva planta contaría con sólo una sala de descanso tanto para el personal paramédico como para las enfermeras, lo que es recibido con desilusión. Hay disconformidad y una visión de que el discurso de la importancia del trabajo de enfermería no se refleja en las decisiones de la Dirección.

SUBDIMENSIÓN: HORARIOS Y CALIDAD DE LA ALIMENTACIÓN:

- La calidad de la alimentación es percibida en general como deficiente en calidad y cantidad, poco variada y balanceada. La cantidad es siempre insuficiente y habitualmente debe complementarse con lo que llevan ellas mismas.
- La enfermera, a diferencia del Técnico Paramédico no está autorizada a retirarse de la Unidad, por lo que debe almorzar y tomar su colación en la Sala de Estar. No existiendo un horario de alimentación.
- La alimentación incorpora una colación nocturna fría, la que fue obtenida a través de una negociación después de una Paralización, hace ya algunos años atrás. Se caracteriza por no ser muy balanceada y a través de la revisión de la documentación, se pesqu coastó que en ocasiones no llega la totalidad de las colaciones al turno, o hay extravío de algunas.

SUBDIMENSIÓN: DISTRIBUCIÓN Y TIPOS DE TURNOS EN LA UNIDAD:

- La enfermera de la Unidad realiza cuarto turno desde hace 8 a 10 años aproximadamente. En la Unidad trabajan por turno dos enfermeras, que se dividen el trabajo en Box y Sala de Observación, cambiando de lugar después de un cuarto turno completo. La enfermera tiene a su cargo una dotación de personal de 7 paramédicos, 2 de ellos para Sala de Observación y los restantes para atención de Box, más 2 auxiliares de servicio por turno. En períodos de contingencia reciben

refuerzos con dos Paramédicos que cumplen una función con pacientes de IRA. Mantienen la misma rotación con los Paramédicos, no así con los auxiliares de Servicio, ni con los Médicos.

- Se instaló hace 2 años aproximadamente el cargo para enfermera de selector de demanda, el que tiene un horario y rutina diferente. Se trabaja en horario de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 hrs y no cuenta con las asignaciones propias de las enfermeras de cuarto turno y del trabajo de Urgencia. En la Práctica, el cargo de selector de atención no se ocupa, ya que este recurso es utilizado para cubrir las licencias, permisos administrativos y vacaciones de las enfermeras de la Unidad.
- Las licencias médicas del personal de Servicio y Paramédico, parece ser una problemática diaria que deben manejar las enfermeras. Existen paramédicos adscritos a pul para hacer reemplazos, los que no siempre se encuentran disponibles.
- Las enfermeras tienen una rutina establecida para la recepción de turno tanto para box como para la Sala de Observación. Lo primero que establecen al ingreso de turno, es verificar si su Personal se encuentra completo, lo que aparece como rutina en el registro diario de turno. Cada enfermera trabaja con un stock de insumos que mantiene en su poder permanentemente y del cual debe hacerse responsable. Luego receptionan a los pacientes y reciben los insumos, equipos. Revisan finalmente los asuntos que se encuentren pendientes.
- Las enfermeras en general se muestran conformes con el cuarto turno y el pago económico que éste significa, ya que les permite días libres para la familia y vida privada. En algunas de ellas es conveniente porque les permite además trabajar al mismo tiempo en otro lugar, aunque concuerdan, que los turnos de día resultan desgastantes física y mentalmente. Se les preguntó si se proyectaban haciendo cuarto turno a los sesenta años de edad y la respuesta es que no está en su proyecto hacer turnos hasta esa edad.
- La enfermera Coordinadora cumple paralelamente las funciones de una enfermera de turno, lo que ha dificultado el manejo administrativo y el cumplimiento de los roles.

SUBDIMENSIÓN: SUELDOS Y TIEMPO EN LA UNIDAD:

- Un grupo de enfermeras tiene una estancia larga en la Unidad, mientras otro se caracteriza por ser un grupo joven, de pocos años de egresadas. Trabajan como enfermeras tratantes a cuarto turno. Las enfermeras de mayor trayectoria en la Unidad, se encuentran en situación de titulares, mientras, que las enfermeras más jóvenes tienen sistema de contrato. Se combinan los turnos de enfermeras de mayor antigüedad con enfermeras de menor experiencia
- Se advierte que a pesar de tener tantos años de diferencia en trayectoria laboral en la Unidad, no hay gran diferencia en grados y en sueldo. La diferencia prácticamente radica en la titularidad o contrata. En un mismo turno se puede observar a dos enfermeras trabajando a la par y ganando un sueldo similar, pero con diferencias en responsabilidad, experiencia y trayectoria, lo que aparece en las entrevistas como inequidad.
- La enfermeras de mayor trayectoria perciben a las colegas jóvenes recién egresadas que llegan a la Unidad a hacer reemplazos, con menos vocación, menos interés en adquirir experiencia y mayor interés en el salario.
- La enfermera a cuarto turno de la Unidad, recibe un sueldo aproximado de \$ 700.000 a \$ 800.000 pesos para el grado 15, al que se le agregan 10 días compensatorios, además de recibir un incentivo por el cuarto turno de Urgencia. Una de las enfermeras que trabajó en el área privada ganaba \$1.000.000 de pesos en igual horario.

SUBDIMENSIÓN: CARGOS - GRADOS - TIEMPO EN EL GRADO ACTUAL:

- Las enfermeras de mayor trayectoria en la Unidad se encuentran en situación de titulares, mientras, que las enfermeras más jóvenes tienen sistema de contrato
- El movimiento del escalafón administrativo en relación al ascenso en grados, especialmente para las enfermeras titulares ha sido irregular y lento, lo que ha generado desesperanza en algunas. Este movimiento administrativo ha sido influenciado por la política imperante a nivel nacional, lo

que ha favorecido más a las enfermeras jóvenes que a las enfermeras de mayor trayectoria. Esto ha generado un sentimiento de inequidad e injusticia. A las enfermeras más jóvenes y que se encuentran a contrata en la Unidad, les resulta menos importante la titularidad en comparación con las enfermeras de más larga trayectoria, en las que es sinónimo de estabilidad laboral.

5.- SÍNTESIS DEL ANÁLISIS DEL CLIMA LABORAL:

DIMENSIÓN: ESTRUCTURA FUNCIONAL:

- La labor administrativa que implica la labor de la enfermera es permanente e intensa, desde enviar a reparar la infraestructura, equipos, tramitar falta de insumos hasta redistribuir personal en los diferentes turnos, por falta de recuso humano.
- La labor administrativa se ve entorpecida. La carencia de insumos aumenta la labor administrativa, obligando al canje con otros servicios o unidades para conseguir el material necesario.
- La necesidad de cubrir turnos es claramente un problema del personal técnico paramédico y de los auxiliares de servicio, y es solucionado habitualmente con un pul, lo que aminora el problema de cubrir los turnos. En el caso de las enfermeras es poco frecuente las licencias médicas, y cuando ocurre se deben cubrir entre ellas mismas.
- La falta de camas en los servicios se percibe como un problema constante, determinando a veces la permanencia del niño hasta por 2 o 3 días, pese a que no está permitido por la norma.
- La comunicación interna respecto a nuevas indicaciones o cumplimientos de nuevas normativas, se efectúa normalmente a través del libro de registro de turno. Por otro lado, el instructivo de algunos protocolos o de llenado de la nueva documentación, suele llegar después de la vigencia de activación de la misma, lo que genera rechazos o devolución de los documentos.

DIMENSIÓN: RESPONSABILIDAD:

- La enfermera es responsable del personal técnico de enfermería y auxiliar, de recibir las licencias y de cubrir los turnos correspondientes. La enfermera Coordinadora cumple paralelamente las funciones de una enfermera de turno, dificultando la gestión administrativa de enfermería en la Unidad.
- Tiene a su cargo también la administración de los insumos, lo que implica desde su solicitud, aprovisionamiento, el control de su uso, hasta la coordinación con otras unidades y servicios.
- Se incorpora en el relato de las enfermeras como elemento de gran preocupación la seguridad en la atención otorgada a los niños, y que tiene relación como ya se mencionó con equipos y mobiliario en mal estado.
- También es parte de su responsabilidad el manejo y mantención de los equipos, algunos de ellos de alto costo.
- Como elemento emergente aparece la preocupación por la pronta atención y el aumento de la complejidad en la atención, con tratamientos más largos y más invasivos que debe por ende realizar la enfermera, retrasando la atención.

DIMENSIÓN: RECOMPENSA:

- No se aprecia percepción de reconocimientos objetivos o de valoración del trabajo por parte de la jefatura de la unidad, ni por la jefatura hospitalaria. Un ejemplo de ello sería la eliminación de su propia sala de descanso, la que debería ser compartida con los técnicos de enfermería en la nueva planta física de la Unidad.
- Sienten que son identificadas por los padres y por los niños, como personas encargadas de su cuidado, con autoridad, pero más cercanos y visibles que la enfermera de Urgencia Adulto.

- Su trabajo se percibe valorado por sus pares y por lo técnicos Paramédicos, sin embargo su trabajo no se siente valorado por las jefaturas.
- La posibilidad actual de mejorar su ingreso económico, optando por el sistema a contrata y renunciando a la titularidad, no es visto como una recompensa a su trayectoria laboral, por el contrario es visto como un elemento de inseguridad laboral por las enfermeras con mayor tiempo en la Unidad. En cambio por las enfermeras de más corta estadía, el mejoramiento del grado y del sueldo con el sistema a contrata no les molesta, e incluso le resulta conveniente.

DIMENSIÓN: RELACIONES:

- Se percibe buena y estrecha relación con el personal técnico de Enfermería, basada en el respeto a la autoridad y a las normas, lo que permite un trabajo en equipo.
- Existe una buena relación y comunicación con otros servicios, lo que facilita la colaboración.
- La relación entre las enfermeras de la Unidad, es vista como armónica de apoyo mutuo y de colaboración. Es valorada la acogida y la recepción a las enfermeras que se integran y la experiencia y el apoyo de las enfermeras más antiguas.
- La relación con los médicos aparece como conflictiva, especialmente con los médicos nuevos de la Unidad. Son catalogados como un gremio difícil. Mencionan una grave falta de comunicación, la que se ha mantenido durante largo tiempo.
- Dentro de las autoridades directivas, la relación y la comunicación con el Médico Jefe de la Unidad es mínima. La relación con la Dirección Médica y con la Subdirección de Enfermería es escasa, no hay apoyo y se le califica como muy poco visible.
- Es sentido como una necesidad el mejoramiento de las relaciones y de la comunicación, para lograr obtener un grupo humano afiatado y un trabajo en equipo.

DIMENSIÓN: DESAFÍO:

- El compromiso de atención que no debe superar los 15 minutos entre la atención médica y de enfermería, contribuye a la presión asistencial que por momentos las sobrepasa. La demora en la atención, es algo que aparece presente en los relatos y documentación. La complejidad de los usuarios es percibida como cada vez mayor, lo que obliga a procedimientos y exámenes que determina un mayor tiempo de espera.
- El cubrir los turnos, debido a las constantes licencias permanentes del personal Técnico de Enfermería y de Auxiliares de Servicio, aparece como un desafío permanente.
- Hay deficiencias en la entrega de información para completar la nueva documentación que se solicita en la Unidad.
- La llegada de médicos nuevos a la Unidad se ve asociada a enlentecimiento en la atención, mayor solicitud de exámenes y procedimientos y en general a una menor credibilidad de sus diagnósticos.
- Existe una percepción clara de la necesidad de capacitación en áreas de acreditación, categorización y en Gestión del Cuidado. A pesar de que han recibido capacitación en estas áreas, sienten que no ha sido suficiente, por lo que la consideran como una debilidad, comparándose con los conocimientos que traen las enfermeras recién egresadas.
- A pesar de valorar la experiencia como profesional, se tiene una percepción que se requiere que el personal tiene que ser relativamente joven para trabajar en la Unidad, por lo que no se proyectan en ella a los sesenta años.

DIMENSIÓN: COOPERACIÓN:

- El personal de Seguridad es percibido como un elemento que proporciona gran cooperación, especialmente en situaciones de conflicto y agresividad por parte de los familiares. Algunos médicos jefes de turno, también les proporcionan cooperación en estas instancias.
- Claramente el principal apoyo en su labor diaria es percibido por sus pares, especialmente por las enfermeras de mayor antigüedad y por el personal Técnico de Enfermería, en quienes depositan una alta confianza.
- Se observan algunas instancias de capacitación por el equipo médico, lo que es valorado por enfermería, mostrando preocupación para que el personal asista en su totalidad.
- Existe una alta cooperación interservicios tanto de adultos como pediátricos para abastecerse especialmente de insumos cuando no hay en las Unidades, lo que se ve reflejado, especialmente en el análisis de documentación.
- Hay una muestra de esfuerzo colectivo por el mejoramiento de los procesos y normas de enfermería, lo que se ve reflejado en el análisis de documentación.

DIMENSIÓN: ESTÁNDARES:

- En el último tiempo han habido una serie de cambios a nivel de la documentación a utilizar. Han llegado nuevos formularios que deben ser llenados con prontitud por la enfermera y que se agregan a las responsabilidades que se deben cumplir. Por otro lado, han aparecido nuevas exigencias que hoy le son demandadas, como la Acreditación y el Manejo de la Gestión del Cuidado.

- Hay una preocupación por incorporar las nuevas metodologías de trabajo de la Gestión del Cuidado. Se está consciente de las falencias de conocimientos al respecto, en comparación con las enfermeras recién egresadas.
- También perciben que la capacitación que han recibido es insuficiente, para abordar las exigencias que hoy se le demandan.
- Hay preocupación por rendir y autoevaluarse en las nuevas tareas que se les exigen y reconocen la presión asistencial como una amenaza, para el logro de este objetivo.

DIMENSIÓN: CONFLICTOS:

- Las continuas licencias del personal Técnico de Enfermería y Auxiliar de Servicio es motivo de conflicto.
- La agresividad de los familiares, es percibida como una situación de difícil manejo.
- Como único lugar disponible para realizar los procedimientos de enfermería es la sala de Reanimación, la que también es ocupada por los médicos, provocando demora y falta de privacidad en los pacientes. Este elemento sería uno de los conflictos más serios para las enfermeras de la Unidad.
- La Unidad tampoco cuenta con un aislado, lo que dificulta la correcta atención especialmente a pacientes inmunodeprimidos
- El frío, la falta de ventilación y de iluminación dificulta la labor de la enfermera.
- El mayor número de médicos en algunos turnos, en relación al número de enfermeras, provoca un alto número de indicaciones y procedimientos de enfermería que son realizados por una sola enfermera, incidiendo en una demora en la atención.

- La presión asistencial es percibida como una amenaza. En ocasiones los pacientes se deben hospitalizar en camillas, ante la falta de camas en la sala de Observación y de camas en los Servicios Pediátricos. Esta presión Asistencial no permite un adecuado trabajo administrativo.
- Los equipos antiguos, requieren de servicio técnico constantemente y no se dispone de equipos alternativos.
- Reconocen la falta de perfeccionamiento, contribuyendo como causa la dificultad para cubrir turnos.
- Hay retrasos en la información, especialmente por el uso de protocolos y formatos de documentación nueva, lo que enlentece la atención y que en ocasiones, son devueltos para completar o rehacer, generando un doble esfuerzo.

DIMENSIÓN: IDENTIDAD:

- La enfermera se identifica como parte de la Unidad. Hace reconocimiento del trabajo armónico y afiatado con el equipo de enfermería, a pesar de las diferencias que se puedan producir a veces.

6.- SÍNTESIS DEL ANÁLISIS DE LAS INQUITUDES DEL INVESTIGADOR

6.1.- CATEGORÍA AUTORREALIZACIÓN

DIMENSIÓN: AUTORREALIZACIÓN PROFESIONAL A NIVEL LABORAL DE LA ENFERMERA DE LA UNIDAD.

- Se perciben en las enfermeras sentimientos negativos, como la falta de capacitación, las jornadas extensas, en donde se pierde contacto con la familia.
- La agresividad de los familiares y el sentirse sobrepasada por la presión Asistencial genera frustración.
- También se resiente la mala relación con la jefatura, lo que hace añorar el pasado, en que esta situación no se daba.
- Reconocen lo atractivo que les resulta el trabajo dinámico y sin monotonía de la Unidad. Esto les genera satisfacción y alegría de ser enfermera.

6.2.- CATEGORÍA OPCIONES DE MEJORA

DIMENSIÓN: OPCIONES DE MEJORA:

- Aparece una clara aspiración, por mejorar las relaciones interpersonales en la Unidad, especialmente con el equipo y jefatura médica.
- Mejorar la infraestructura es un elemento importante, en donde destacan los espacios apropiados para proporcionar una buena atención ordenada, con buena iluminación natural y artificial y para entregar la privacidad que corresponde al usuario y familia. Dentro de la mejora de la infraestructura, hay interés por disponer de espacios de descanso y vestidores para el personal.
- Mantener el cuarto turno emerge como elemento positivo.

- La implementación con insumos suficientes y equipos nuevos para la Unidad, aparece como una necesidad imperiosa.
- La compensación de grados en las enfermeras titulares, emerge también como un sentimiento de inequidad por parte de las enfermeras más antiguas.
- El perfeccionamiento profesional es sentido como una necesidad, y requerirían para acceder a éstos, de mayores facilidades por las autoridades hospitalarias y del Servicio de Salud.

CAPÍTULO VI VISLUMBANDO CAMINOS

1.- DISCUSIÓN Y CONSIDERACIONES FINALES.

Chile, al igual que otros países de América Latina, ha experimentado una serie de cambios en diferentes ámbitos, con la finalidad de hacer frente a las transformaciones que se han generado en el mundo global. La Gestión en Salud no ha estado ajena a estos cambios, debiendo realizarse muchos de ellos, durante la puesta en marcha de los Programas y en ocasiones, sin prever la importancia de la participación de las organizaciones y personas involucradas, a modo de disminuir los efectos negativos que los cambios pueden generar en las personas que laboran. La gran mayoría de los cambios en Salud, se han inspirado en modelos extranjeros, especialmente de países desarrollados, en donde la realidad laboral es muy diferente a la nuestra.

Actualmente, el recurso humano es considerado esencial para obtener la calidad en los servicios. Esto quiere decir, que en una institución son las personas los entes innovadores, capaces de generar ventajas competitivas en las organizaciones, que hacen posible que éstas sean sostenibles en el tiempo, para beneficio de sus usuarios internos y externos.

El ambiente de trabajo permite que cada persona actúe y exprese sus competencias tanto personales como psicológicas, en el cumplimiento de sus funciones y objetivos institucionales. Un aspecto importante para ello, es la atmósfera laboral en el cual participa y convive en las horas diarias de trabajo.

Las enfermeras se inician en su profesión con una serie de percepciones, sentimientos, predisposición determinada, formación, autonomía y un cierto grado de experiencia. Todo ello influye en sus actitudes, expectativas y oportunidades futuras. El lugar de trabajo puede proporcionar los recursos apropiados para su desarrollo positivo o, puede influir contrariamente en su comportamiento y realización de su tarea, de manera que llegue a estancarse e incluso retroceder, en el crecimiento personal y profesional. El entorno y apoyo institucional se consideran factores clave para un verdadero desarrollo profesional.

Las enfermeras actúan específicamente de acuerdo a lo que observan o perciben, convirtiendo su propia percepción en la base de su conducta o de su comportamiento e influyendo esto

directamente en su productividad laboral. Por lo tanto, si los directivos quieren influir en la productividad de las enfermeras, deben tomar en cuenta la forma en que ellas perciben los elementos que conforman sus trabajos. Pero no solo esta productividad es influenciada por la percepción del trabajador, también jugando un papel importante, está presente el contexto en el cual se da la productividad, ya que todo aquello que se encuentra en el ambiente influye en nuestras percepciones. Por esto se convierte en tarea de los directivos, dedicar tiempo a entender la manera en que los empleados interpretan la realidad, antes de tomar decisiones.

El camino que se ha impuesto la Enfermería como protagonista de la Gestión del Cuidado, ha sido y será complejo, arduo y delicado, puesto que requiere del trabajo de profesionales con alta formación, íntegros y capaces de desempeñarse en las diferentes organizaciones de salud de nuestro país. Pero esta capacidad, es desarrollada en el interior de una institución, bajo una gran presión asistencial, acompañada de una serie de no profesionales y profesionales de otras áreas, con las que deben integrarse y ajustarse para conformar un equipo al que muchas veces debe además liderar. Especialmente a nivel público, el trabajo de los enfermeros no está exento de carencias de recursos materiales, lo que en ocasiones interfiere para conseguir entregar una atención profesional eficiente, cálida y a la vez humana, a un usuario cada vez más exigente. Esta tarea es aún más difícil de llevar a cabo, si no se le proporcionan al personal, las condiciones necesarias para desarrollar su labor en un ambiente laboral, que satisfaga las necesidades que el recurso humano profesional requiere, en el que tiene mucha relevancia además, la posibilidad de desarrollar las competencias necesarias de actualización y desarrollo profesional, a modo de hacer frente eficientemente a los procesos de cambio con espíritu de superación.

Esta investigación tiene como objetivo dar respuesta a la pregunta investigativa de conocer la realidad y entorno laboral de una enfermera de una unidad de emergencia infantil. En la actualidad, en nuestro país se han producido una serie de cambios a nivel de la gestión en salud, lo que ha generado modificaciones al quehacer del enfermero. El desempeño en un gran bagaje de actividades en salud de este profesional, unido al hecho de haber demostrado una eficiencia y eficacia reconocida socialmente, la convierten en un profesional imprescindible en las áreas de la salud y del trabajo con personas. Hoy existe un número insuficiente de enfermeros a nivel nacional e internacional, lo que es motivo de preocupación para los organismos de salud. A pesar de estas observaciones, la realidad laboral y las condiciones laborales en que deben desempeñarse, especialmente a nivel público, contempla muchos desafíos para el desarrollo integral de estos profesionales.

El análisis de las dimensiones mostradas en este estudio cualitativo descriptivo y etnográfico, no hacen sino reafirmar la información encontrada en el marco referencial, sobre la importancia del manejo de las condiciones laborales y el clima organizacional, para satisfacer en el enfermero las necesidades de autorrealización. Los resultados obtenidos en la investigación son consecuentes con el paradigma cualitativo y la rigurosa metodología utilizados por Madeleine Leininger, señalando la utilidad práctica de la etnoenfermería, asegurando que, a través de esta técnica de información de campo, es posible obtener nuevas vías de conocimiento y aproximarse más al descubrimiento de los cuidados orientados a las personas, ya que se trata de información facilitada directamente por los informantes y no por las creencias y prácticas externas de investigadores, siendo entonces una información más precisa.

En relación a la percepción que tiene la enfermera de la Unidad de Emergencia Infantil de sus Condiciones Laborales, aparecen en este estudio, claramente las dificultades derivadas del desgaste y la deteriorada infraestructura y equipamiento, expresadas también en las investigaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de Parra, M. (2003), generando inseguridad para el usuario y para la enfermera que realiza el cuidado y entorpecimiento en la atención que brinda la Unidad. Si bien es cierto, existe preocupación por contar con elementos de seguridad, como en el manejo de material corto punzante por el personal; hay falencias en el mobiliario, lo que pone en juego la seguridad de los usuarios que se atienden. También se advirtieron riesgos físicos en la infraestructura.

La falta de espacio físico, especialmente para realizar los procedimientos propios de enfermería, y de iluminación, ventilación y calefacción apropiada, aparecen también como elementos de preocupación y conflicto, no sólo, para el desarrollo normal de la actividad laboral del personal de la Unidad, sino principalmente, para dar una atención eficiente a un niño enfermo. El ruido ocasionado por el llanto constante de los niños, se suma a las características que ocasiona interferencias en el ambiente de trabajo. Estos factores son también considerados como factores de riesgo en los estudios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) al encontrarse deficientes o ausentes y se encuentran entre los conceptos básicos en salud laboral.

Otras debilidades advertidas, corresponden a la relatividad de la calidad de los insumos, la antigüedad de los equipos con que cuentan y la falta de informatización de la Unidad, las que dificultan y demoran el trabajo del personal, pudiendo por momentos ser elementos que contribuyan a dificultar el manejo de presión asistencial propia de una unidad de urgencia. Esto también se confirma

en la investigación cubana de Satisfacción Laboral de los Recursos Humanos de Enfermería de Aguirre, D. (2009), en donde se establece causa de insatisfacción laboral la falta de recursos que traen como consecuencia agobio, fatiga, inadecuadas relaciones interpersonales y desmoralización entre estas profesionales y por consiguiente, el hecho de que se brinden cuidados de salud sin la calidad requerida que merece el sujeto sano o enfermo, que es, en definitiva, su objeto de atención principal.

Por parte de la enfermera existe una preocupación por mantener un espacio de descanso que cuente con los elementos mínimos de comodidad, en relación a la cantidad de horas de trabajo continuo que tiene en la Unidad, información recogida tanto en las entrevistas como en los estudios de campo realizados en esta investigación, lo que concuerda con el estudio del Clima Organizacional de las Instituciones Públicas de Salud de la Cuarta y Quinta Región realizado en nuestro país (Marcant, L. 2007).

En relación a los cargos y grados de las enfermeras de la Unidad, existe un sentimiento de injusticia e inequidad por las enfermeras titulares y de mayor antigüedad, en relación a que transcurra tanto tiempo sin movimiento en el escalafón, manteniéndose en los mismos grados por años, con un sueldo que parece estático, mientras las enfermeras jóvenes son contratadas con un mayor grado y con mayor sueldo. En relación a la titularidad, ésta es vista por las enfermeras más antiguas como un elemento que les proporciona estabilidad, a diferencia de la enfermera más joven, para la que no es motivo de preocupación ni de interés, ya que la imposibilitaría de alguna manera, a migrar laboralmente en busca de mejores expectativas. Coincidente con este resultado es el obtenido en investigaciones colombianas y cubanas sobre las condiciones laborales y grado de satisfacción de la enfermera, en donde se resalta como uno de los factores causantes de insatisfacción el no reconocimiento por especializaciones, postgrados, cursos y años de experiencia, lo que desmotiva la superación y actualización constante de esta profesional, quien ve con preocupación la falta de herramientas en un medio que día a día lo requiere para competir con calidad (Gutiérrez, M., et al 2004; Aguirre, D. 2009).

En este estudio se observa un grado de satisfacción con el sueldo y la distribución de turnos, lo que no resultó coincidente con el resultado de investigaciones anteriores revisadas, y que puede interpretarse por una mejora al que los gobiernos han efectuado en los últimos 15 años en forma progresiva. Las enfermeras se encuentran conformes con el sueldo y la modalidad de turno en la Unidad, ya que les facilita la vida en familia, la posibilidad de tener otra actividad laboral simultánea,

especialmente para las enfermeras más jóvenes, los que les genera un aumento en sus ingresos. Estos resultados no son concordantes con los estudios colombianos de Gutiérrez, M., et al (2004) y cubanos de; Aguirre, D. (2009) ni del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE 2006), en donde los bajos sueldos y la alta rotatividad de los turnos, aparecen como un factor clave de insatisfacción laboral.

La percepción de las enfermeras de la Unidad concuerda con las declaraciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2010), en que el aumento de las expectativas de vida, la disminución drástica de la mortalidad infantil, ha producido un aumento del número de pacientes con patologías crónicas, lo que trae consigo a un usuario de mayor complejidad, que requiere de una pronta atención, con tratamientos más largos y más invasivos, que debe por ende realizar la enfermera, generando un retraso y mayores tiempo de espera.

Como hallazgo, la enfermera tiene muy claro que el trabajo en la Unidad, requiere de profesionales jóvenes y ágiles, por lo que no se proyectan permaneciendo en ella a los sesenta años.

Coincidente a lo obtenido en esta investigación es, lo que consigue Isabel Pérez en su estudio: *Clima Organizacional y Gerencial: Inductores del Cambio* (2006), ya que se reafirma, la importancia de la comunicación eficiente y la necesidad de potenciar las competencias comunicativas con el paciente, entre pares, jefes y subordinados y viceversa, como herramienta fundamental para mejorar y proporcionar ambientes favorables. Una comunicación que debe darse verticalmente, pero también transversalmente dentro de la organización. El desconocimiento de la información clave, deriva a un círculo vicioso, del cual emanan la inexactitud en la atención, la lentitud de la jornada, el desgaste físico y personal y el bajo compromiso profesional; en resumen, conduce a la ineficiencia y al deterioro en las relaciones humanas.

La falta de comunicación con la jefatura y el deterioro paulatino de las relaciones interpersonales con el equipo médico en general, aparecen dentro de los mayores conflictos que revelan los discursos. Esta deficiente comunicación, aparece también con las autoridades hospitalarias, la que son catalogadas además como poco visibles en la Unidad. Este punto es expuesto por otros estudios de Clima Organizacional, en que aparece como relevante la comunicación fluida entre las distintas escalas jerárquicas de la organización, de lo contrario se da paso a la

frustración, al temor, la desconfianza y a la falta de estabilidad (Bustos, A., Miranda, M., Peralta, R. 2001; Marcant, L.2007).

Coincidentes también son los resultados de esta investigación con el estudio cubano de *Satisfacción Laboral que Los Recursos Humanos de Enfermería. Factores que la Afectan* (Aguirre, D. 2009) y el estudio nacional de Aproximación a las Instituciones Públicas: El Clima Organizacional en Hospitales (Marcant, L. 2007), en donde se concluye que las enfermeras y el personal sanitarios respectivamente se encuentran más satisfechos desde el punto de vista laboral, cuando hay interacción con sus pares y oportunidades de perfeccionamiento, lo que también aparece reflejado en esta investigación. Las enfermeras mencionan positivamente el trabajo con sus pares en los turnos de la Unidad, señalando que les aporta seguridad, apoyo y cooperación, especialmente en los momentos en que hay mayor presión asistencial. En relación a la necesidad de perfeccionamiento, es señalada como una debilidad y falencia para desarrollar las tareas nuevas que les imponen la Gestión del Cuidado y la Acreditación a nivel hospitalario. Hay preocupación por la falta de capacitación en estas áreas, especialmente para el logro de objetivos y tareas impuestas por las jefaturas.

El aumento en la agresividad de los familiares, aparece percibido con preocupación por las enfermeras, evidenciándose dicha inquietud más que nada en el análisis de la documentación. En las entrevistas aparece también la necesidad de contar en forma permanente con personal de seguridad, y la falta de preparación para el manejo de estos eventos.

En relación al análisis del Clima Organizacional y de acuerdo a las dimensiones establecidas, aparece la amplia, variada, permanente e intensa y poco reconocida labor administrativa que implica la labor de la enfermera, lo que se ve reflejado tanto en los discursos, como en las notas de campo y análisis de documentación. Es responsable del recurso material y humano de la Unidad, supervisa la calidad de la atención que otorga el personal técnico de enfermería y auxiliar con pacientes que según su percepción, son cada vez de mayor complejidad, debido a la cronicidad de algunos usuarios. La seguridad de los usuarios también forma parte de su responsabilidad. Las continuas licencias médicas que dan origen a ausencias del personal, especialmente paramédico, pueden llegar a convertirse por momentos, en una situación de conflicto y tensión. La falta de camas en los servicios y las dificultades administrativas internas hospitalarias, para la solicitud de equipos e insumos también aparece como de complejo manejo. Este contexto es corroborado por el estudio realizado por el Colegio Médico (Seguel, M. 2010) y se repite también en estudios colombianos de Gutiérrez, M. et al. (2004), en donde los profesionales de enfermería viven diariamente en su desempeño laboral en un ambiente

que, por las múltiples responsabilidades propicia el estrés, la rutina, la mecanización en cuanto a la realización de funciones y procedimientos.

La enfermera se identifica como parte de la Unidad, le interesa lo que realiza y considera importante su trabajo profesional, pero no percibe reconocimiento por parte de las jefaturas a su trabajo diario. La cooperación médica a su quehacer es considerada como escasa. Se aprecian evaluadas positivamente por el personal técnico de enfermería y los familiares de los usuarios que atienden. Existe un bajo número de ausentismo y renuncia de ellas en la Unidad. La investigación muestra además, que existe un deseo por permanecer en la Unidad, haciendo mención del trabajo armónico y afiatado con el equipo de enfermería, lo que corresponde a uno de los elementos que les genera significativamente satisfacción laboral.

Por último, la autorrealización de la enfermera de la Unidad emerge compleja, combinada por una serie de sentimientos encontrados que va entre lo atractivo del trabajo dinámico de la Unidad, y lo largo que resultan las jornadas de turno, restándole tiempo a su vida familiar, y, la falta de reconocimiento a su labor, las debilidades y falencias administrativas diarias que deben superar y la calidad de la atención que sienten deberían entregar, lo que se corresponde al estudio de Gutiérrez , M. et al. (2004), en que el desarrollo humano es considerado como fundamental en el proceso de crecimiento y autorrealización profesional y personal.

Cada institución y cada unidad que la compone crea su propio ambiente de trabajo, generándose debilidades y fortalezas que le son propias y que deben manejarse internamente y en forma local. La preocupación de las jefaturas por gestionar este tema es fundamental, pero debe ir acompañado del respaldo y el compromiso político, a través de normativas claras que aborden y den solución a esta problemática. La preocupación y el interés por el desarrollo del talento humano es clave, si se quiere reducir la inequidad en la entrega de servicios de salud a la población, obtener la satisfacción usuaria, mejorar la eficiencia, el costo y la calidad de los servicios, para finalmente alcanzar las metas de eficacia y eficiencia laboral.

Es preciso continuar con estudios cuantitativos y cualitativos, que den cuenta de la realidad laboral que afronta la Enfermera, tanto en el área pública como privada. Los continuos cambios que se presentan en la salud de las personas en Chile y Latinoamérica, unido al déficit internacional de este profesional, muestran un escenario cambiante y de permanentes desafíos. En el futuro próximo de

nuestro país se espera compensar este déficit. Cuando esto suceda, probablemente se producirán nuevos cambios en su realidad laboral, que deben ser investigados, ya que si se espera que la Enfermera pueda seguir contribuyendo en la eficiencia y calidad de los servicios de salud, es necesario que se garanticen condiciones laborales que proporcionen un ambiente de trabajo que cumpla con ciertos estándares.

Para lograr cambios en las condiciones laborales es necesario cambiar el entendimiento del hacer. La reflexión es la llave capaz de provocar este cambio. Es imperioso cambiar la mirada de los fenómenos considerando no los resultados de éstos, sino plantearse la interrogante de, qué es lo que debe ocurrir para que se produzcan los cambios necesarios. La invitación a las enfermeras es también a reflexionar sobre el contexto cotidiano en que se genera su quehacer.

La razón no debe reducir a la emoción que provoca el cuidar, por el contrario, debe ser el elemento básico que garantice el ambiente necesario para que este profesional pueda llevar a cabo su principal tarea: El Cuidado de las Personas.

2.- SUGERENCIAS.

El hecho de evaluar el clima organizacional y las condiciones laborales a nivel institucional, ofrece resultados ventajosos, porque permiten incorporar el manejo de las necesidades humanas al compromiso y plan gerencial del trabajo, como único modo de mejorar la eficacia y eficiencia de la actividad de las enfermeras. Conlleva a una búsqueda genuina de nuevas formas de hacer las cosas, en lugar de tratar de hacer las mismas sin los elementos necesarios, con la consiguiente recarga física y emocional.

Coincidiendo con los estudios que apoyan el marco referente, hoy resulta imprescindible estudiar las condiciones y ambientes laborales que se desarrollan en el interior de las organizaciones de salud, con la finalidad de sensibilizar en el reconocimiento del papel del recurso humano de enfermería, no solo en el ámbito asistencial, sino también social, y gestionar certeramente las vías de solución a la problemática local que tenga cada institución.

El análisis detalla en forma precisa las necesidades de mejora que percibe la enfermera como necesarias en una Unidad de Emergencia Pediátrica por lo que en esta investigación se convierten en parte de las Sugerencias derivadas del estudio, y entre ellas se distinguen:

- Mejoramiento de las relaciones interpersonales en la Unidad, especialmente con el equipo médico y las jefaturas.
- En relación a la infraestructura, disponer de un espacio físico para realizar los procedimientos de enfermería con el grado de privacidad mínimo para el usuario y familia. Esta medida podría resolver muchas dificultades que derivan en la demora en la atención.
- La ventilación e iluminación natural y artificial son elementos que deben ser motivo de revisión por las autoridades, especialmente tomado en cuenta que se trata de un hospital que se encuentra en vías de reconstrucción. Un lugar con buena iluminación, puede disminuir los gastos de electricidad. Una ventilación adecuada puede disminuir los riesgos de contagio y transmisión de enfermedades, tanto para los usuarios como para el personal mismo y puede al mismo tiempo como otorgar un

ambiente más grato y confortable. La calefacción se percibe como una necesidad para la atención de los niños en los meses de invierno, especialmente en los turnos de noche.

- Existe interés por poseer espacios de descanso y vestidores para el personal en las futuras instalaciones del hospital. Comodidades mínimas como éstas, pueden hacer la diferencia para contar con un personal que se sienta más grato en el trabajo.
- Acompañando a la infraestructura física, el disponer de insumos y equipos suficientes y operantes, que proporcionen seguridad y rapidez en la atención, pueden hacer que el personal logre dar una atención con mayor rapidez y eficiencia.
- Mantener el cuarto turno de trabajo de la enfermera, es una medida que debería permanecer, ya que proporciona mayor tiempo libre para la familia y en las enfermeras más jóvenes, la posibilidad de realizar un trabajo simultáneo al de la Unidad.
- Debe también buscarse la forma de manejar la compensación de grados para las enfermeras titulares más antiguas. Es un sentir expresado que provoca frustración y pérdida de la identidad para con la Unidad e Institución.
- Estimular el desarrollo profesional de la enfermera de la Unidad, a través de la implementación de planes de perfeccionamiento y/o capacitación en las áreas de Manejo de satisfacción usuaria, Gestión del Cuidado y Acreditación.
- Organizar pautas de trabajo precisas para mejorar la comunicación, no sólo en el interior de la Unidad, sino también con las jefaturas hospitalarias. La interrelación con estas entidades, aparece como un elemento deficitario.
- Desarrollar por parte de las jefaturas, mecanismos que estimulen el reconocimiento profesional cuando se muestra un trabajo eficiente, puesto que aparece claramente señalado y sentido en el estudio, como una falencia.

A pesar de no aparecer mencionado en los discursos de las enfermeras como sugerencia de mejora, a la investigadora le parece importante la implementación informática de la Unidad, a modo de agilizar la labor, ahorrar esfuerzo del personal y disminuir el tiempo de espera por parte de los usuarios, y por último para respaldar suficientemente la información.

CAPÍTULO VII

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

Aguirre, D. (2009). Satisfacción Laboral De Los Recursos Humanos De Enfermería. Factores que La Afectan. Scielo. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 8(4.) Pag.5. Consultado en enero 2010. <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v8n4/rhcm21409.pdf>

Álvarez, G. (1992), “El Constructo Clima Organizacional: Concepto, Teorías, Investigaciones y Resultados Relevantes”. Revista Interamericana de Psicología ocupacional, 11(1-2), pp. 25-50.

Amezcu, M. (2000). El Trabajo de Campo en Salud. Metodología Cualitativa. Revista Index de Enfermería. Año IX:, N° 30, Pp. 30 – 35. Granada. España.

Arango, G. (2004). La Globalización como Reto para la Formación de Profesionales de Enfermería en América Latina. Revista Avances en Enfermería, 21(2) pp. 42-47. Consultado en septiembre 2009. http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxii2_4.pdf

Arnoletto, E. (2005). La Gestión Organizacional en los Gobiernos Locales. Capítulo Calidad en la Gestión Pública, pp. 175 – 246. Editorial Universitaria de Córdoba. 1ª Edición. Argentina.

Arocena, M. (2000). Autorrealización Versus Autotrascendencia. Del Hombre Autorrealizado al Hombre Autotrascendente. Consultado en septiembre 2010 en. <http://www.euskalnet.net/zimentarri/numero3/art02.pdf>

Bartomé, M. (2003). En Defensa de la Etnografía. El Papel Contemporáneo de la Investigación Intercultural. Revista de Antropología Social. Vol. 12. Pp 199 – 222. Instituto Nacional de Antropología e Historia Centro INAH Oaxaca. México.

Bauman, A. (2007). Entornos de práctica favorables Lugares de Trabajo de Calidad = Atención de Calidad al Paciente. Ginebra: CIE. pp. 3-4. Consultado en noviembre 2009. <http://www.icn.ch/indkit2007.pdf>

Bespali, Y. (2011). Consideraciones Éticas en Latinoamérica. VIII Congreso Latinoamericano y del Caribe de Bioética. Viña del Mar. Chile.

Bonatti, C. (2008). Consejos para crear un ambiente laboral saludable. Docente de la facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello. Revista Universia. Crónica Chile on line. Santiago. Octubre 2008. Consultado enero 2010. http://www.universia.cl/portada/actualidad/noticia_actualidad.jsp?noticia=136446

Brito, P. (2.000). Desafíos y Problemas de La Gestión de Recursos Humanos de Salud en las Reformas Sectoriales. Informe OPS. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Informe de la Reunión de Constitución del Observatorio de los RRHH en las Reformas Sectoriales de Salud. OPSOIT- CEPAL. Washington DC. Nov.1999. Consultado en julio <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/plg02010.pdf>.

Brito, P. (2000). Impacto de Las Reformas del Sector de La Salud sobre los Recursos Humanos y la Gestión Laboral. Revista Panamericana de Salud Pública.

Bruner y Suddarth. (1998). Perspectivas Transculturales en Enfermería. Enfermería Medicoquirúrgica. 8va.ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1998, t. 1, p 133-40. Consultado en agosto 2009 http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_7num_3/rhcm14308.htm

Brunet, L. (1987). El Clima de Trabajo en las Organizaciones. Editorial Trillas, México.

Bustos, A., Miranda, M., Peralta, R. (2001, junio). Clima Organizacional. Revista Electrónica Gestipolis. Consultada en septiembre 2010 en <http://www.gestipolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rrhh/clio.htm>

Cabrera, C. (2009). Las Empresas Estimulan la Conciliación Para Reducir el Absentismo Injustificado. Revista Ideal. Es. Consultado el 21 de mayo 2010. <http://www.ideal.es/jaen/20091012/jaen/empresas-estimulan-conciliacion-para-20091012.html>

Carvalho, B. (2003). Memorias del I Congreso de Profesionales de Enfermería Clínica y VIII Simposio: Actualizaciones en Enfermería. Una Responsabilidad Compartida. Revista de Enfermería En Colombia.com, 6(3) pp. 25-30. Colombia. Consultada en agosto 2010 en <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6303-memorias.htm>

Castrillón, M. (1997). La Dimensión Social de la Práctica de la Enfermería. Universidad de Antioquia, pp. 63-78 - 85-89. Consultado en mayo 2009. www.aladefe.org/index_files/docs/.../la_enfermeria_en_america_latina.doc -

Castrillón, M., Malvárez, S. (2006). Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 14, 145-165. Consultado el noviembre 2009. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim063f.pdf>

Castro, P. (2009). Escala Única de Sueldos. Escuela de Negocios y Gestión Pública. Universidad de Chile. <https://www.u-cursos.cl/inap/2008/2/TEO101/1/material.../25> -

CIE (2005). Primera serie de documentos temáticos sobre la escasez mundial de enfermeras especialistas. Ginebra: CIE. pp. 3. Consultado en julio 2009. http://www.icn.ch/PR05_05sp.htm

CIE. (2004). El número inadecuado de enfermeras influye negativamente en los resultados de la atención de salud en todo el mundo. Ginebra. pp. 2-4 .Consultado en junio 2009. http://www.icn.ch/PR13_04sp.htm

CIE. (2007). Personal Fiable, Vidas Salvadas. Revista Electrónica del Colegio Nacional de Enfermeras de Chile. Publicado el 1 de febrero 2007. Consultado en marzo 2009 en <http://www.colegiodeenfermeras.cl/info.asp?Ob=1&Id=78>

Citado en Rafferty, A., Maben, J., West, E., Robinson, D. (2006). Las Cualidades de un buen Empleador. Informe de la CIE Ginebra: CIE pp.31. Consultado en septiembre 2009. <http://www.icn.ch/global/Issue3employerSP.pdf>

Citado por Borges, A. (1998). Personal de Enfermería: Condiciones de trabajo de alto riesgo. Salud de los Trabajadores, 6 N°2, Pag.117. Consultado en Octubre 2009. <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsast/e/fulltext/personal/personal.pdf>

Citado por Castillo, J. (2008). El Cuidado Cultural de Enfermería. Necesidad y Relevancia. Revista Habana Ciencia Médica La Habana, 7(3). Consultado octubre 2009. http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_7num_3/rhcm14308.htm

Citado por informe de CIE (2006). Zurn, P., Dolea, C., Stilwell, B. (2006). Contratación y retención de las enfermeras: formación de unos recursos humanos motivados. Ginebra: CIE / Organización Mundial de la Salud. Departamento de Recursos Humanos de Salud, pp. 18 . Consultado en septiembre 2009. <http://www.icn.ch/global/Issue4RetentionSP.pdf>

Citados en Buchan, J., Calman, L. (2006). La Escasez Mundial de Enfermeras: Sectores de Intervención Prioritaria. Consejo Internacional de Enfermeras. pp. 10. Consultado noviembre 2009 <http://www.icn.ch/global/shortagesp.pdf>

Citados en Moore, H. (1996). Antropología y Feminismo (2ª edición ed.). pp. 25-30 Madrid: Ediciones Cátedra. S.A.

Citados en la exposición de Demandes, I. (2009). Estudio del Ausentismo Laboral en una Clínica Privada/ IX Congreso Internacional de Enfermería. Santiago: Facultad de medicina Clínica Alemana / universidad del Desarrollo. Consultado junio 2009. http://www.udd.cl/prontus_facultades/site/artic/20070924/pags/20070924123329.html

Citados por Malvárez, S. Organización Panamericana de la Salud, W., D.C., EUA, & M Castrillón Universidad de Antioquia, M., Colombia. (2005). Panorama de la Fuerza de Trabajo de Enfermería en

América Latina. Series Desarrollo de Recursos Humanos .OPS 39, Pag.15.
<http://www.ops.org.bo/textocompleto/ift26346.pdf>

Colegio de Enfermeras de Chile (2006). Informe de las Condiciones Laborales de las Enfermeras de Chile. División de Atención Primaria e Informe Personal Minsal 2005. Consultado en marzo 2010.
www.colegiodeenfermeras.cl/info.asp?Ob=9&Id=19 –

Contreras, G. et. a. (2008). Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa y Estado de Malestar Mental en Trabajadores de Servicios de Salud en Chile. Ciencia y trabajo, N° 30, 6.
<http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/30/cyt30.pdf>

Corral, G. (2009). Trabajo Decente para la Enfermeras de Chile. Revista Gremial del Colegio de Enfermeras de Chile. Santiago, Consultado en noviembre 2009.
http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp/Trabajo_Decente_Enfermeras_CIE.pdf

Corral, G. Presidenta CNE. Encuentro de Escuelas de Enfermería. Diario El Mercurio mayo 15, 2001.
<http://diario.elmercurio.cl/detalle/index.asp?id=%7b181c92fe-61c1-4eef-a35d-632f2e921dcb%7d>

Correa, M., Robledo, P. (2004). Resúmenes del XLIV Congreso Chileno de Pediatría. Scielo Ciencia y Enfermería/ Rev. Chilena de Pediatría, 75(2), 555-641. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062004000600011&script=sci_arttext

Davis, K. (1993). El Comportamiento Humano en el Trabajo. Editorial McGraw-Hill. México.

Demandes, I. (2009). Estudio del Ausentismo Laboral en una Clínica Privada. IX Congreso Internacional de Enfermería. Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Santiago. Consultado junio 2009.
http://www.udd.cl/prontus_facultades/site/artic/20070924/pags/20070924123329.html

Diarios: La Jornada de México DF del jueves 22 de julio de 2004, El Vocero del Pueblo (Puerto Rico) Edición del 28 de agosto de 2004, La Prensa Nicaragüense del 12 de mayo de 2004, Diario La Prensa de Honduras del 19 de abril 2004.

Díaz, A. (2006). Auditoría del Clima y Cultura de Seguridad en la Empresa. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Consultado en septiembre 2010. http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UV/AVAILABLE/TDX-0301107-135307//diaz.pdf

Erazo, A. (2010). Balance de Gestión. Ministerio de Salud de Chile. Consultado en mayo 2010. http://www.ssvaldivia.cl/oirs/Balance_Gestion.pdf

Espinoza, M., Morris, P. (2002) Calidad de Vida en el Trabajo. Dirección del Trabajo de Chile. Consultado el 20 de mayo 2010 <http://www.dt.gob.cl/1601/w3-article-61555.html>

Esteban, A (1991), Aguirre (1990) y Donabedian (1984). Citado por Castrillón, M., Malvárez, S. (2006).OPS/OMS. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. pag.13.Consultado el noviembre 2009. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim063f.pdf>

Estivill, E., Rodriguez, A. (2006). Los Turnos de Noche Acortan la Vida, Merman la Salud y Rompen Matrimonios. Consultado en septiembre 2009, en <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2006/10/01/medicina/1159698178.html>

Farfán, M. (2006). Construcción, Validez y Confiabilidad de un Instrumento para Medir la Satisfacción Laboral en Mujeres. Tesis para obtener el grado de Doctora en Investigación Psicológica, Universidad Iberoamericana, Mexico. D.F. pp. 19-33-39-43-46-47-51 Consultado en diciembre 2009 <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/014715/014715.pdf>

Fernández, B., & Paravic, T. (2003). Nivel de Satisfacción Laboral en Enfermeras de Hospitales Públicos y Privados de la Provincia de Concepción, Chile. SCielo Ciencia y Enfermería, IX, pag. 57-66. Consultado en junio, 14 2008 en http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/revista/vol_23-1/03231.pdf.

Fundación Universitaria del Área Andina (2008). Pausas Activas. Bogotá. Colombia Consultada en septiembre 2010 en <http://www.funandi.edu.co/funandi/index.php/es/salud-ocupacional/pausas-activas>.

Glinka, M. (2007). Ambiente Laboral, un aspecto ineludible. Consultado el 25 de marzo, 2007, en <http://www.misionesonline.net/paginas/opinion.php?id=2523>

Gobierno de Chile, (2009, 12 de octubre). Proyecto de Presupuesto en Salud para 2010 aumenta en un 8,7% respecto de 2009. Consultado el 16 de enero, 2010, <http://www.gobiernodechile.cl/viewNoticia.aspx?idArticulo=28901>

Gobierno de Chile. Código del Trabajo. Ley 19670. Artículo 184 del 18 de Abril del 2000. Dirección del Trabajo. Dictámenes y Normativa 2009. Consultado en noviembre 2009 en http://www.paritarios.cl/leyes/codigo_trabajo.htm#02.

Gobierno de Chile. (Artículo 42 letra e) Código del Trabajo. <http://www.dt.gob.cl/legislacion/1611/w3-article-85091.html>

Gobierno de Chile. Artículo 184. Ley 19670 del 18 de Abril del 2000. Código del Trabajo. Dirección del Trabajo. Dictámenes y Normativa 2009. http://www.paritarios.cl/leyes/codigo_trabajo.htm#02

Gobierno de Chile. Código del Trabajo artículo primero ley 19250. Consultado en Noviembre 2009. <http://www.navarro.cl/defensa/extintores/Codigos/CODIGO%20DEL%20TRABAJO.pdf>

Gobierno de Chile. Decreto Ley 249 (1973). Escala Única de Sueldos. Ministerio de Hacienda. Consultado en noviembre 2009. http://www.udem.cl/infocorp/juridica/marco_normativo/dl_249_escala_unica_sueldos.pdf

Gobierno de Chile. Estatuto Administrativo para Funcionarios Públicos de la Contraloría General de la República de Chile. Artículo 1º de la Ley nº 18.834 Diario Oficial año 2005. Ministerio de hacienda.

Dirección Nacional del Servicio Civil. Consultado en Enero 2010.
http://www.ssi.gov.cl/resol_decretos/e_admin_ley18.834.pdf

Gobierno de Chile. Trabajo y Legislación Laboral en Chile. Consultado en octubre 2009.
<http://www.educarchile.cl/Personas/Historicismo/gfx/trabajo%20y20%legislacion%lavoral.pps#256,1>

Gobierno de México. SME Toolkit. Herramientas PYME (2010). Ambiente Laboral. Programa de Nacional Financiera del Banco de Desarrollo en línea. Consultado en septiembre 2010 en
<http://mexico.smetoolkit.org/mexico/es/content/es/3643/Ambiente-laboral->

Goncalves, A. (1997). Dimensiones del Clima Organizacional. Sociedad Latinoamericana para la Calidad. Consultado en septiembre 2009. <http://www.educadormarista.com/proyectoaprender/clima-organizacional.htm>

González, A., Mateo, P., González, D. (2006). Manual para el Técnico en Prevención de Riesgo Laborales. Lugares de Trabajo. 5ª Edición. Fundación Confemetal Editorial. Madrid. pp 225-231.

Great Place to Work. Institute Chile (2010). ¿Qué Hace Un Great Place To Work?. Servicio de Consultoría info@greatplacetowork.cl Consultado Enero 2010 en
<http://www.greatplacetowork.cl/great/index.php>

Guevara E. y Mendias, E. (2000). Citado por Castrillón, M., Malvárez, S. (2006).OPS/OMS. Panorama de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en América Latina. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. pag. 27. Consultado el noviembre 2009.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim063f.pdf>

Gutiérrez, M., Hernández, J., Villanueva, A. (2004). Significado que tienen las Condiciones Laborales actuales para la Calidad de Vida como Factor de Desarrollo Humano de la Enfermera. Revista Hacia la Promoción de la Salud. Vol 9. Noviembre 2004. pag 119-131.

Herencia, A. (2003). Estimación de la Satisfacción Laboral mediante variables Multinomiales referías a aspectos de la Comunicación Interna. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. España. Revista Electrónica de Metodología Aplicada. Volumen 8 N°1 pp. 24.36. Consultado en marzo 2010 en <http://www.psico.uniovi.es/rema/v8n1/herencia.pdf>

Informe CIE/ FIFN / OMS (2006). Contratación y Retención de Enfermeras: Formación de Recursos Humanos Motivados. Ginebra. Suiza. Consultado en mayo 2009 en <http://www1.icn.ch/global/Issue4RetentionSP.pdf>

Informe CIE/FIFN (2006). Escasez Mundial de Enfermeras: Sectores de Intervención Prioritaria. Consultado en 2009, julio 5 en <http://www.icn.ch/global/shortagesp>

Latrach, C. et al. (2009). Aseguramiento de la Calidad en la Formación de las Enfermeras desde la Perspectiva de los Procesos de Acreditación Nacional. Revista Ciencia y Enfermería. V.15 (2), pp. 79-94.

Leddy, S., Pepper.J. (1989). Perspectivas Filosóficas en la Educación y Práctica de Enfermería. In O. P. d. I. Salud (Ed.), Bases Conceptuales de la Enfermería, pp. 35-36. New York: Harper & Publishers. Consultado en noviembre 2009. www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol24_2_08/enf07208.htm

Leininger, M. et. al. (1970). Asuntos Críticos en los Métodos de Investigación Cualitativa Capítulo 6, pp.113- 128. Editorial Sage. Universidad de San Francisco. Estados Unidos.

Leininger, M. (1995) Transcultural nursing: concepts, theories, research, and practices. pp. 41, 18-21, 343, 66, 561.

Litwin, G., Stringer, R. (1968). Motivation and Organizational Climate. Cambridge: Harvard University Press, 1968.

Machado, M. (1993). La Mujer y el Mercado de Trabajo en el Sector Salud en las Américas. ¿Hegemonía femenina?, en Género, mujer y salud en las Américas .Organización Panamericana de la Salud, N° 541, pp. 277-285. Washington D.C.

Malavich, J. (2010). Entrevista del Colegio Médico al Ministro de Salud. Revista Vida Médica. Vol 162 N° 1 2010. (pp. 6-7-8-9). Consultado en mayo 2010. http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/publicaciones/revista_medica/vida_medica_2010_n1.pdf

Marchant, L. (2002). Estudio descriptivo de la influencia del clima organizacional sobre las personas y su trabajo en empresas medianas de la V región. Tesis de magíster U. de Valparaíso, Chile

Marchant, L., Prieto, A. (2005). Actualizaciones para el Management y el Desarrollo Organizacional. Editorial Universidad de Viña del Mar. Chile.

Marriner, A., Raile, M. (2003). Madeleine Leininger: Cultura de los cuidados: Teoría de la Diversidad y de la Universalidad. In E. E. S.A. (Ed.), Modelos y Teorías en Enfermería (5ª edición. ed, pp. 501-520). Madrid.

Marriner, A. (2009). Guía de Gestión y Dirección de Enfermería. Capítulo1 Comunicaciones, Capítulo 2 Control del Estrés. Capítulo 5 Relaciones Laborales. Elsevier. Octava Edición. Barcelona. España.

Marx, K. (1847). Miseria De La Filosofía (1ª ed. 2004). Madrid: Editorial EDAF. Consultado en noviembre 2009. <http://www.pdf-search-engine.com/miseria-de-la-filosofia-pdf.html>

Maxwell, J. (1996). Un Modelo para el Diseño de Investigación Cualitativo. In S. Publicatios Qualitative Research Design (pp. 17-20).

Méndez, C. (2009). Los Recursos Humanos de Salud en Chile: El Desafío Pendiente de la Reforma. Revista Panamericana de Salud Pública. 26(3). Consultado en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n3/12.pdf>

Méndez, C. (2005). Gestión en Salud: dos estudios de caso sobre cultura organizacional en Colombia. Administración y Negocios. Facultad de Administración. Centro Editorial Universidad del Rosario. 1ª Edición. Bogotá. Colombia.

Mercurio Valparaíso 26 de enero 2010. Médicos presentan recurso contra SSQV. Crónica, pp. 10. www.mercuriovalpo.cl

Milos, P., Larrain, A., Simonetti, M. (2009). Categorización de Servicios de Enfermería. Propuesta para asegurar una atención de Calidad en Tiempos de Escasez de Enfermeras. Ciencia y Enfermería XV (1). Pag 17-24.

MINSAL rescatará enfermeras privadas. Diario La Nación 13 de marzo 2009. http://www.lanacion.cl/prontus_noticias_v2/site/artic/20090312/pags/20090312231327.html

MINSAL y OPS (2000). Regulación de Recursos Humanos en Salud en Chile. Demanda de las Enfermeras Universitarias. Capítulo 115. pp. 114-115.

Morse, J. (1991): Aproximación a la Metodología Cualitativo-Cuantitativo. Triangulación Metodológica, Corner. Rev, Nursing Research, Estados Unidos.

Navarro, M. (2008). Manual de Organización, Funciones, y Descripción de Cargos de Enfermería de la Unidad de Emergencia del Adulto del Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisne Brouse. Consultado en Mayo, 2010. http://www.hsorient.cl/prin/documentos/uerad/MANUAL_DE_ORGANIZACION_actualizacion_al_2008_oficial.pdf.

Neri, A. (2011). Consideraciones Éticas en Latinoamérica. VIII Congreso Latinoamericano y del Caribe de Bioética. Viña del Mar. Chile.

O'Malley M (2000). *Creating commitment*, John Wiley and Sons. Chichester, UK. Citado en Rafferty, A., Maben, J., West, E., Robinson, D. (2006). Las Cualidades de un Buen Empleador. Informe de la CIE Ginebra: CIE. pp.31. Consultado en septiembre 2009. <http://www.icn.ch/global/Issue3employerSP.pdf>

Olivares, R. (2009). Escasez de profesionales alcanza al 47% en centros asistenciales: La fuga de enfermeras provoca grave déficit en hospitales públicos. Diario El Mercurio de Santiago 19 de febrero 2009. Consultado en noviembre 2009. <http://www.colegiodeenfermeras.cl/info.asp?Ob=1&Id=4866>

Oyarzo, C., Nancuante, U. (2004). La gestión de personas en el sector público de salud chileno: ¿excesiva rigidez o desaprovechamiento de las flexibilidades existentes?, pp.477- 488. Santiago Chile.

Pallares, A., et al. (2005). Intervención Psicológica para Mejorar el Clima Organizacional en el Personal Asistencial de una Empresa Social del Estado de la Ciudad de Santa Marta. Revista de la Facultad de Ciencias de Salud, 2 (1), pp. 41-51. Colombia.

Palomo, M.T. (2001). Liderazgo y Motivación en Equipos de Trabajo. *Necesidades Humanas*. (2°ed.) pp. 81 – 83. Madrid: Editorial ESIC.

Parra, M. (2003). Conceptos Básicos en Salud laboral. Oficina Internacional del Trabajo. Central unitaria de trabajadores de Chile (1ª ed.). pp. 5 Santiago. Consultado en diciembre 2009. <http://www.oitchile.cl/pdf/publicaciones/ser/ser009.pdf>

Pérez, I. et al (2006). Clima Organizacional y Gerencia: Inductores del Cambio Organizacional. Investigación y Postgrado. Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal. Vol. 21 (002). pp. 231 – 248. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Caracas, Venezuela. Consultado en marzo 2010 en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/658/65821209.pdf>

Pérez, S. (2009). Enfermería Transcultural Como Método para La Gestión del Cuidado en una Comunidad Urbana. Revista Cubana de Enfermería 25(3-4).http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_3-4_09/enf03309.pdf

Radio Cooperativa. Noticias 26 enero 2010. Médicos del Gustavo Fricke presentaron Recurso de Amparo para enfrentar colapso en la atención. Consultado el 28 de enero del 2010. http://www.cooperativa.cl/medicos-del-gustavo-fricke-presentaron-recurso-para-enfrentar-colapso-en-atencion/prontus_notas/2010-01-26/095418.html

Rafferty, A., Maben, J., West, E., Robinson, D. (2006). La Iniciativa del Análisis Mundial de la Enfermería. Ginebra: CIE pp.23. Consultado en septiembre 2009. <http://www.icn.ch/global/Issue3employerSP.pdf>

Rafferty, A., Maben, J., West, E., Robinson, D. (2006). Las Cualidades de un Buen Empleador. Informe de la CIE Ginebra: CIE. Pag.30. Consultado en septiembre 2009. <http://www.icn.ch/global/Issue3employerSP.pdf>

Reporte y Declaración del Colegio de Enfermeras de Chile. Mayo 2009. Consultado en octubre 2009. <http://www.colegiodeenfermeras.cl/info.asp?Ob=1&Id=5162>

Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. pag.13. Consultado el noviembre 2009. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim063f.pdf>

Revista del Colegio de Enfermeras (2006). Condiciones de Trabajo y Vida Favorables, Cuidados de Enfermería Seguros. N° 131. pp.. 10-11. Consultado en noviembre 2009 en http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp/dia_internacional_enfermera_2006.pdf

Revista Electrónica Cambio 21. (2002). Déficit de enfermeras alcanza el 70% en los consultorios. Colegio de enfermeras acusó al Ministerio de Salud de no ayudar para superar la falencia. Consultado en mayo 2010. http://www.cambio21.cl/noticia.php?noticia_id=13908&categoria_id=61

Rodríguez, A. Et al. (2004). Psicología de las Organizaciones. Editorial UOC. .Barcelona. España.

Rojas, B. (2007). La Creatividad e Innovación en las Organizaciones. La Teoría de Sistemas en la Organización. Revista Universitaria Scielo de investigación (SAPIENS), 8(1), pp.111-130.

Ruiz, M. (2009). Enfermeras son grito y plata: “Antes del título ya tienen pega”. Diario las Últimas Noticias. 9 de diciembre 2009. pp.16. Consultado en diciembre 2009. <http://www.lun.com/lunmobile/Pages/NewsDetailMobile.aspx?dt=2009-12-09&BodyId=0&PaginaID=16&NewsID=72431&Name=I11&PagNum=1&Return=R&SupplementId=>

Sandoval, M. (2004). Concepto y Dimensiones del Clima Organizacional. Revista Hitos de Ciencias Económico Administrativas 2004; año 10. Número 27, pp. 78-87.

Sanhueza, E. (2007). Situación De La Salud Pública En Chile: ¿Un Problema Sin Solución? Revista Electrónica Universitaria Universia. Consultado en mayo 2010.

Segovia, C., Navalpotro, S. (2005). Nivel educativo de las enfermeras de hospital y mortalidad de pacientes quirúrgicos. Enfermería Clínica, 15, pp. 103. Consultado en noviembre 2009. http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=130730

Seguel, M. (2010). Salud Pública en la V Región: A Pasos de la UTI. Revista Vida Médica Volumen 62 (1). pp. (30-31-32-33-34-35)

Segurado, A., Agulló, E. (2002). Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. Psicothema, 14(4), pp. 828-836. Consultado mayo 2009. <http://www.psicothema.com/pdf/806.pdf>

Séptimo Seminario Internacional, Gestión Hospitalaria. Gestionando en Red .Nuevos Modelos de Organización Hospitalaria. (2002). Santiago: Gobierno de Chile. Gobierno Vasco. República Francesa. Hospitalización del Niño con su Madre. pp. 88-89-90 Consultado en octubre 2009. <http://www.ocai.cl/2002.pdf>

Serra, C. (2004). Etnografía Escolar, Etnografía de La Educación. Revista de Educación Universidad de Girona, 334, pp. 165-166. Consultado en enero 2010. www.revistaeducacion.mec.es/re334/re334_11.pdf

Silva, E. M., Ribas Gomes E. L., Anselmi, M. L. (1993). Realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. Revista Latino – Americana de Enfermagem, 1, (1), pp. 59-63, Riberão Preto. Citado por Sturges J, Guest D (2000). 'Who's in charge? Graduates' attitudes to and experiences of career management and their relationship with organizational commitment.' European Journal of Work and Organizational Psychology Vol. 9(3), pp.351-370, Taylor & Francis, UK.

Silva, C., Burgos, C. (2011). Tiempo Mínimo suficiente: La Cuasi Etnografía Sociotécnica en Psicología Social. Revista Psicoperspectivas Individuo y Sociedad. Vol. 10, N°2. Pp.87 – 108. Universidad Autónoma de Barcelona, España.

Taylor, S., Bogdan, R. (1990). Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. Barcelona: Paidós; Consultado en septiembre 2010 en <http://www.scribd.com/doc/7129311/Taylor-SJ-y-Bogdan-R-Introduccion-a-Los-metodos-Cualitativos-de-Investigacion>

Torecilla, O. (2005). Ensayo. Clima Organizacional y su Relación con la Productividad Laboral. Documento de Cátedra, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional de Cuyo. U.N.C., Mendoza.

Unidad de Estudio Colegio Médico (2002). Análisis Comentado de la Propuesta del Gobierno Sobre Reforma a la Salud. Santiago: Colegio Médico. Consultado en septiembre 2009. http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/publicaciones/pub_tecnicas/23.pdf

Unión General de Trabajadores (2007), Prevención de Riesgos Laborales /Condiciones de Trabajo. Unión General de Trabajadores Madrid. España. pp. 3. Consultado en mayo 2009. <http://www.ugt.es/campanas/condicionesdetrabajo.pdf>

Universidad Autónoma de México. D. F. (2002). Las Enfermeras Nocturnas, más Golpeadas por la Precarización. Consultado en enero 2010. <http://www.cimacnoticias.com/noticias/02ene/02012504.html>

Vargas, V., Hernández, E. (2007). Indicadores de Gestión Hospitalaria. Scielo. Revista de Ciencia Sociales, 13 (3) pp. 444-454. Consultado en marzo 2010 en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182007000300006&lng=pt&nrm=iso

Vasilachis, I., et al. (2006). Estrategias de Investigación Cualitativa. In S. A. Gedisa (Ed.). Primera edición ed., pp. 32. Barcelona.

Verdejo, V. (2009) ¿Cómo Evoluciona La Enfermería? Jornadas de Investigación de Enfermería Valdivia 2009. Diario Austral. pp.16. 11 de julio 2009.

Waak, A. (2005). Escasez en Enfermería Atraviesa un Punto Crítico. OPS Ahora. Informe OPS Consultado en Octubre 2009. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/ahora18_sep05.htm

Weintraub, M., Hernández, T., Flores, V. (1999). Reforma Sectorial y Mercado de Trabajo. Santiago de Chile: NACIONES UNIDAS. Serie políticas Sociales Nº 31. pp. 9. Consultado en Enero 2010. http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/19462/sps31_lcl1190_Part1.pdf

CAPÍTULO VIII ANEXOS

I. CONSENTIMIENTO INFORMADO:

SRA/SRTA:

Se le invita a participar de manera voluntaria en una entrevista cuyo tema es abordar las Condiciones Laborales de la enfermera de Urgencia Infantil. Investigación patrocinada por la Escuela de Postgrado de la Escuela de Enfermería de la Universidad Valparaíso previa revisión y autorización del Comité de Ética de dicha Universidad

El objetivo de este estudio es analizar las Condiciones Laborales que enfrenta la Enfermera de Urgencia Infantil del Hospital Gustavo Fricke en su diaria labor asistencial, con la finalidad de obtener información necesaria para la realización de una investigación de corte cualitativo y para realizar proyectos de mejora. Este estudio se llevará a cabo entre los años 2009 y 2010.

La Enfermera que participe de la investigación, debe pertenecer a la Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, no poseer cargo jerárquico administrativo, tener más de un año de experiencia en la Unidad y desear participar en forma voluntaria, previa firma de consentimiento informado sobre los alcances de la investigación y el aseguramiento del anonimato en ella. Sin perjuicio de esto, la enfermera podrá libremente retirarse de la investigación en cualquier momento de ella. Los datos de su participación se mantendrán en forma confidencial, no representarán daño alguno para la enfermera participante, garantizándose el anonimato ante una posible publicación en medios científicos.

En caso de cualquier duda usted podrá comunicarse con M^a Antonieta Silva. Fono: 093308536.

Escuela de Postgrado de Enfermería de la Universidad de Valparaíso Fono: 2507443.

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro haber sido informado por....., quién me explicó que el objetivo del estudio es determinar la realidad y entorno laboral en que se desenvuelve la enfermera de Urgencia Infantil del Hospital Gustavo Fricke. Entiendo que se me realizará una entrevista, la que será gravada y luego transcrita, pero se mantendrá el estricto anonimato y confidencialidad de quien otorgue la información. Tuve la oportunidad de aclarar todas las dudas y de tomar libremente mi decisión de participar y sin ningún tipo de presión. Entiendo que me puedo retirar en el momento que yo lo decida sin perjuicio alguno para mi persona. En mi poder queda un duplicado de este consentimiento.

Persona Responsable de la Investigación: M^a Antonieta Silva, Universidad de Valparaíso

Fono: 2507443.

Acepto Participar: _____ (SI-NO) Nombre Participante: _____

RUT: _____

Firma Participante: _____

Nombre Investigador: _____ Firma Investigador: _____

Fecha:20...

II. PATRÓN DE ANÁLISIS GENERAL:

1.- CATEGORÍAS CONDICIONES LABORALES

- DIMENSIÓN: Implementación, Estructura Física Y Seguridad.
- SUBDIMENSIÓN:
 - Disponibilidad y características del espacio físico, tamaño, disposición del espacio y mobiliario.
 - Equipamientos básicos en la atención.
 - Iluminación, temperatura, ventilación ruido.
 - Disponibilidad de elementos de seguridad física.
 - Disponibilidad de espacio de descanso.
 - Horarios y calidad de la Alimentación.
 - Distribución y tipos de turnos en la Unidad
 - Sueldos , tipo de contrato, grados, tiempo en el grado actual, tiempo en la Unidad

2.- CATEGORÍA EL CLIMA ORGANIZACIONAL:

- DIMENSIÓN:
 - Estructura Funcional: representa la percepción que tienen los miembros de la organización acerca de la cantidad de reglas, procedimientos, trámites y otras limitaciones a que se ven enfrentados en el desarrollo de su trabajo. La medida en que la organización pone énfasis en la burocracia, versus el énfasis puesto en un ambiente de trabajo libre, informal e inestructurado.
 - Responsabilidad: es el sentimiento de los miembros de la organización acerca de su autonomía en la toma de decisiones relacionadas a su trabajo. En la medida en que la

supervisión que reciben es de tipo general y no estrecha, es decir, el sentimiento de ser su propio jefe y no tener doble chequeo en el trabajo.

- Recompensa: Corresponde a la percepción de los miembros sobre la adecuación de la recompensa recibida por el trabajado bien hecho. Es la medida en que la organización utiliza más el premio que el castigo.
- Desafío: corresponde al sentimiento que tienen los miembros de la organización acerca de los desafíos que impone el trabajo. Es la medida en que la organización promueve la aceptación de riesgos calculados a fin de lograr los objetivos propuestos.
- Relaciones: Es la percepción por parte de los miembros de la institución acerca de la existencia de un ambiente de trabajo grato y de buenas relaciones sociales tanto entre pares como entre jefes y subordinados.
- Cooperación: es el sentimiento de los miembros de la empresa sobre la existencia de un espíritu de ayuda de parte de los directivos y de otros empleados del grupo. El énfasis está puesto en el apoyo mutuo, tanto de niveles superiores como inferiores.
- Estándares: Es la percepción de los miembros acerca del énfasis que pone las organizaciones sobre las normas de rendimiento.
- Conflictos: Es el sentimiento del grado en que los miembros de la organización, tanto pares como superiores, aceptan las opiniones discrepantes y no temen enfrentar y solucionar los problemas tan pronto surjan.
- Identidad: Es el sentimiento de pertenencia a la organización y que es un elemento importante y valioso dentro del grupo de trabajo. En general, es la sensación de compartir los objetivos personales con los de la organización.

3.- CATEGORÍA INTERES DEL INVESTIGADOR

3.1.- DIMENSIÓN: AUTORREALIZACIÓN PROFESIONAL:

La Autorrealización profesional a nivel laboral de la Enfermera de la Unidad: Corresponde a la sensación por parte de la enfermera de sentimientos de satisfacción en lo profesional y personal laborando en la Unidad. La autorrealización es la meta y desarrollo (Arocena, M. 2010).

3.2.- DIMENSIÓN: OPCIONES DE MEJORA:

Opciones de Mejora: corresponde a las opiniones de las enfermeras respecto a opciones o instancias de mejora en la Unidad.

III. ANEXO GUÍA DE PREGUNTAS EN LA ENTREVISTA

PREGUNTAS ORIENTADORAS PARA LAS ENTREVISTAS

Entrevista N°:

Código:

Fecha: Hora: de inicio: Hora de término:

Nombre de la Enfermera:

Edad: N° de años de Egresada:

Experiencias Anteriores de Trabajo:

.....

Cargo:..... Tipo de Contrato:

Tiempo de trabajo en la Unidad:

Sistema de Turno que realiza:.....

1. ¿Qué trayectoria laboral tiene la enfermera de la Unidad de Emergencia Infantil del Gustavo Fricke?
2. ¿Qué funciones y responsabilidades debe cumplir la enfermera de turno de la Unidad?
3. ¿De qué tipo de recursos y Seguridad dispone la Enfermera de turno?

4. ¿Qué dificultades y situaciones de conflicto enfrenta habitualmente la enfermera en un turno?
5. ¿Qué relaciones debe establecer la Enfermera de turno en el ámbito laboral?
6. ¿Qué grado de satisfacción personal y autorrealización profesional le otorga el trabajar en la Unidad?
7. ¿Qué mejoraría de la Unidad si usted tuviera el poder de hacerlo?

ANEXO IV.- EXTRACTO RELEVANTE DE UNA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD.

ENTREVISTA N° 1

Código N° 0.1

EXPERIENCIA PROFESIONAL PREVIA EN SERVICIOS PEDIÁTRICOS ANTES DE SU INGRESO A LA ACTUAL INSTITUCIÓN:

Entrevista:

Háblame de tu experiencia laboral.

En ese minuto había poco trabajo allá. Entonces buscando mejores condiciones, me vine para acá.

Empecé en un Hospital de Niños y después me fui a un Sanatorio y después del Sanatorio me vine para acá. Tengo 20 años aquí. Voy a cumplir 21 en Noviembre. Soy Enfermera tratante, titular hace más o menos 15 años.

Empecé yo en el grado 17 y en este minuto tengo grado 15. Hace como 15 años.

En este minuto con la reforma tenemos el cuarto turno. Un día de las 8 a 20 y al día siguiente de noche de 20 a 8 y dos días libres.

Yo inicio mi turno recibiendo el turno, recibo el turno dependiendo si estoy en sala o estoy en box. Somos dos en el turno. Una se hace cargo de la sala de observación y la otra del box de atención abierta.

Una rotación completa lo hace uno en sala, día, noche, libre, libre y al día siguiente sale a box. Y al el turno siguiente completo nuevamente se hace el cambio.

¿Cómo es un turno para una enfermera de la Unidad?

Bueno en la mañana, lo primero que se hace es recibir el turno, después si uno está en la sala pasa visita con el médico. Generalmente hay paciente, a pesar de que este servicio debería ser una servicio que no es de hospitalizados, pero generalmente hay pacientes. Entonces hay que pasar la visita y de ahí se inicia la atención que es de enfermería, realizar el cuaderno de indicaciones, hacer la evolución de los niños y después hacer, eh.....el resto de las cosas.

Cuando estoy en la sala tengo a mi cargo dos personas, que es la persona que está en la sala y la persona que está en material. Estoy hablando de técnicos de Enfermería.

En box también, bueno cuando llego también recibo turno, se reciben los pacientes ambulatorios, se revisan los pacientes y sigue la atención ambulatoria a los que le siguen llegando. En box tenemos cinco personas, tres que son para atención pediátrica y dos para atención quirúrgica, técnicos paramédicos y hay dos auxiliares de servicio.

En total son siete técnicos paramédicos y dos auxiliares de servicio, más las dos enfermeras.

El personal Técnico lo tenemos distribuido de acuerdo a horarios, van dos por tres cuarto de hora por colación y tienen horarios. El primero sale a las doce y media hasta las dos van saliendo de a dos en dos, en diferentes lugares de atención, como por ejemplo uno de sala, uno de reanimación, el de material va con uno de cirugía, no descuidando la atención. Se va dejando siempre cubierta la atención. Pero si el problema de repente es cuando tenemos un caso grave, no pueden salir a la hora, entonces eso nos retrasa la salida. Nosotras vamos después que va el personal, cuando termina el personal de ir a colar, vuelven todos si es que tenemos tiempo. Generalmente uno prioriza la atención, entonces generalmente nos atrasamos en almorzar. Vamos a veces a las tres o cuatro de la tarde. Aquí, generalmente en el estar de las enfermeras, siempre. Todas las enfermeras. Porque si hay una urgencia, si se necesita que salgamos las dos, salimos inmediatamente. El personal almuerza en el comedor.

A veces cuando se atrasan, porque ellos también tienen una sala bastante amplia y también se atrasan, pero ellos mismos van a buscar su almuerzo y almuerzan acá (en su estar).

En los turnos de noche también nos vamos turnando. Generalmente uno está hasta las cinco de la mañana atendiendo. Generalmente hasta esa hora uno no tiene tiempo de descansar. Antes si como a las doce o una se toma un té, pero con mi compañera antes de la una nunca nos sentamos, porque no podemos. A veces son las siete de la mañana y no nos hemos dado cuenta. A veces uno va para adentro y son las cinco y cinco un cuarto ya tiene que salir. Uno está de vigilia, haya o no haya atención hasta como a las cinco.

La relación es generalmente armónica, de equipo, diferenciando los estamentos por supuesto, pero hay una relación bastante buena encuentro yo y de respeto, tratando de mantener las normas o todas las normas internas. Generalmente uno se va dando cuenta de que si tú tienes tus normas y las cumples hay menos roces que cuando no cumples las normas. Así cualquiera se desordena y entonces ahí empiezan a haber problemas, por lo menos el turno de nosotros ha tratado de mantener eso y eso ha dado que el equipo trabaje bien.

Hay una rotación con todo el personal. Perdón, no todo el personal, sino del mismo turno. Ellos también van a cuarto turno como nosotros, pero dentro de ese turno ellos también se turnan en box y en sala. Entonces uno está con diferente persona en box y diferente persona en sala. O sea nos toca con todos.

La relación entre las enfermeras mira es un trabajo.....Uno trata de mantener la parte profesional. En esa parte uno se mantiene bien. Uno no puede tener empatía con todas, pero generalmente bien. Hay, en realidad yo tengo más dificultades con una persona yo creo, que encuentro que es muy poco comunicativa, se puede hablar poco con ella. No.., como que se cierra, no entiende de repente, no trabaja igual que el resto. Eso generalmente es el problema, todas llevamos un ritmo de trabajo, pero ella es diferente, hace cosas diferentes, que en el fondo perjudican al resto. Por ejemplo si nosotras trabajamos en equipo con su técnico, cualquiera sea se refiere a él, por ejemplo para poner un suero, uno trabaja con un técnico, le pide ayuda, trabaja en equipo. Esta persona no, generalmente trabaja sola o con los papás, entonces a veces uno le toca poner un suero al paciente que esa persona le puso un suero y le responden pero señorita yo estuve adentro y yo ayudé. Entonces eso produce un clima desfavorable, porque uno tiene que pensar en trabajar en equipo, y los riesgos de que conllevan de que las personas no entienden lo que es la atención de enfermería, ayuden en una labor que puede ser, puede llevar a un riesgo.

Hacemos reunión. Ahora último hemos estado haciendo bastante seguidos. Como cambió la supervisora. La supervisora actual hace reuniones seguido. Antiguamente no teníamos muchas reuniones.

La relación con la supervisora es buena en realidad. Ella es supervisora y enfermera tratante. Todavía no ha asumido completamente su función y ella es con la que tengo turno. Yo no tengo ningún problema en la atención con ella. Ella hace su trabajo como corresponde, aunque a veces si ella tiene que salir a una reunión y en esos períodos, en este minuto viene una persona a cubrir, pero al comienzo me quedaba yo sola. Hay veces en que ella tiene que hacer sus cosas y todo y yo no tengo ningún problema en asumir lo que tengo que hacer, porque en realidad, uno como antiguamente nosotras trabajábamos sola adentro y afuera, entonces uno sabía cómo organizarse en cuanto a todo, ahora ya no porque viene una persona a cubrir, entonces ya no.

¿Cómo se caracteriza la estructura física que tiene acá la unidad de Emergencia Infantil?

Nosotros disponemos de salas de estar separadas. Hay sala de estar para las enfermeras, para los técnicos paramédicos y hay una residencia para los médicos. Y el resto son las dependencias que son, sala de hospitalizados, sala de atención de box y cada una con sus clínicas de tratamiento y en todas las dependencias hay baños. Hay baños para los pacientes y baños para el personal.

Hay una sala de entrevista, que se acomodó ahora con el “Hospital Amigo” se acomodó para entrevistas, entonces si hay una cosa más privada se hace pasar a los papas y ahí conversan con el médico o con uno cuando es necesario.

La mayor dificultad en los turnos es la diferencia que hay entre la cantidad de médicos y la cantidad de personal. Porque muchas veces hay cinco médicos atendiendo, cinco pediatras por ejemplo y hay tres técnico paramédico asignados a esos cinco pediatras y una enfermera para ello. O sea estamos como en desmedro, porque generalmente la atención queda la enfermera tiene que ser acompañada porque el niño es muy dependiente, si vamos a hacer una técnica tenemos que tener una persona que nos acompañe y eso disminuye la cantidad de técnicos que quedan para el resto de los pacientes y a la vez el espacio físico.

Nosotros el lugar que tenemos para poder trabajar es la sala de reanimación, que muchas veces por ser ellos tantos en atención pediátrica, ellos atienden pacientes también ahí. Entonces uno tiene que estar poniendo sueros, dando atención con los otros papás al lado, entonces no hay privacidad. Y hay una puerta que es una puerta de entrada que es de la residencia médica hacia la sala de reanimación, que se supone que es para pasar en caso de emergencia, pero ellos generalmente circulan por ahí, entonces uno está haciendo las técnicas y ellos pasan, pasa la gente, entonces no tenemos privacidad para poder hacer una técnica compleja, a veces los pacientes son complejos y uno trata de tener un poco de tranquilidad para hacerlo y en ese sentido no la tienes. Incluso a veces porque tienes ocupado reanimación con pacientes de reanimación y no tienes espacio donde hacer tus cosas. Y eso significa que si hay cinco pediatras, te pueden dejar cinco sueros, cada uno deja un suero, te dejan cinco sueros y no hay espacio donde poner el tratamiento. Entonces uno se va atrasando y ellos se van molestando porque uno no va a la par con ellos. Pero en ese sentido ellos generalmente no entienden la otra parte, de que somos menos y cada uno más o menos de repente ve su parte.

Generalmente en cantidad de los insumos, sí tenemos insumos. Que son generalmente de una calidad que no es mala. En algunas excepciones como todos los materiales sale alguna excepción, pero en ese sentido en cantidad de material, sí es lo que corresponde. En cuanto a equipo estamos con una deficiencia de equipos en realidad, porque nos faltan parte tu equipos monitores para traslado, si tenemos un traslado a la UCI, los monitores que están son muy antiguos, entonces para trasladarlos tienen que estar enchufados hacia la corriente y al desconectarlos se apagan, entonces tenemos que acomodarnos para poder subir con los pacientes. Y eso ya te da, como te dijera, un aumento de la tensión, porque uno va con el paciente, pero no sabe como va en realidad, porque el monitor que llevamos a veces es un saturómetro, es como lo básico. Y por ejemplo el electrocardiógrafo es muy antiguo, nosotros lo tenemos hace muchos años y.....eso más nada. Y las camillas que tienen ya como quince años y ya es tiempo de que las cambien. Eso yo sé que se ha

gestado, pero no han dado los recursos para cambiar las camillas. Que también provocan cierta tensión, porque las manillas se sueltan. A veces podemos tener riesgo de caídas porque las manillas se sueltan, no enganchan bien. Por supuesto por la antigüedad, se han mantenido, se ha hecho mantención y todo, pero igual es el riesgo que tenemos para trasladar a los pacientes, a la UCI a Rayos, adonde vayan porque no tenemos buen sistema de camillas.

¿Qué actividades son las que tú consideras que más te cuestan?

Bueno, en realidad uno con los años va tomando cierta experiencia, he....., lo que más cuesta en este minuto es el público acompañante de nuestros pacientes, que llega ahora en forma muy agresiva, que llegan como desconfiados en la atención. Entonces eso en realidad, porque las técnicas las manejamos, pero en este momento, sí me ha tocado varias veces acompañantes muy agresivos, que llegan demasiado agresivos, entonces uno está trabajando con el doble de tensión.

Bueno, nosotros generalmente cuando llega el paciente a hacerse un procedimiento le explicamos al papá, que le vamos a hacer tal o cual cosa y eh..., generalmente le pedimos que se retiren del box, uno deja la puerta junta para que ellos estén escuchando, eh... para poder hacer el procedimiento, porque a veces ellos no entienden uno por ejemplo, a veces no quieren salir y uno está tomando una muestra de sangre y a mitad de muestra, empiezan a gritarle a uno que le saque la jeringa porque es mucha sangre, entonces como ellos no entienden esa parte, para poder trabajar tranquilo, uno le dice que se retire o bien que a mitad de procedimiento si se quedan adentro a veces se desmayan. Nosotros como estamos con el niño no podemos tomarlo, no podemos hacer nada, porque estamos a mitad del procedimiento y después por supuesto hay que llevarlo a la Posta Adulto y uno se queda con el niño aquí y sin familiar. Pero en realidad es nuestro problema, es este minuto porque todos tienen claros los derechos, pero en realidad no se les ha explicado muy bien los deberes.

Bueno un en realidad uno trata de primero manejar a la familia, lo conversa con ellos, les explica cuando antes de realizar un procedimiento, uno les explica al médico y si va más allá, uno llama al guardia y el guardia tiene que llamar a carabineros. Porque hay un escrito que protege la integridad de los funcionarios. Pero si la cosa va más allá, inmediatamente se llama a carabineros. Generalmente uno llama al jefe de turno para que pueda manejar mejor la situación o el paciente siente más respeto hacia el médico, entonces se somete más lo que el médico le está diciendo y al minuto que le explica y todo, uno puede utilizar el tiempo si la persona es muy agresiva de llamar a carabineros. Pero generalmente es el jefe de turno, sale y apoya la situación.

Yo, generalmente de mi compañera de turno, cuando es una dificultad en hacer algo, me apoyo de mi compañera y si no en el jefe de turno. Incluso en el médico tratante también, o el médico que

está atendiendo al niño y si tengo una dificultad, yo me refiero a él. Pero si tengo una dificultad en el turno, me dirijo inmediatamente al jefe de turno.

El traslado de los niños lo hacemos con los equipos que contamos, que son equipos manuales, que son generalmente saturómetro, que te dan la frecuencia cardíaca y la saturación y subimos con ese equipo. Hasta ahora así lo hacemos.

Cuando falta personal uno tiene que adaptar al resto del personal, tiene que sacar del lugar que corresponda. Va a depender del lugar donde uno lo haya asignado, por ejemplo si es una persona de reanimación uno ve en los otros lugares que no hay tanta afluencia lo cambia, mientras tanto uno está tratando de ubicar a otra persona mientras para poder completar el turno, llamo por teléfono para cubrir. Mientras tanto he cambiado a las personas dentro del turno para suplir ese lugar. Generalmente no es tanto, porque la supervisora ha estado cubriendo eso, esas licencias. Va bien organizada con esa situación, así es que carencias en esa situación de personal no hemos tenido, a no ser que ella no haya podido de ninguna manera cubrir ese turno. Del mismo personal de la Posta, de otros turnos vienen a cubrir. También del mismo pul, vienen a cubrir.

Eso implica más horas de trabajo, y ahí hay una cantidad de técnicos que son reemplazantes, y hay veces en que se les termina una licencia y empiezan con otra. Ellos mismos van también, es como un pequeño pul, que no es estable, pero que está disponible para cubrir.

Cuando falta la enfermera cubrimos entre nosotras. Dependiendo, pero que uno avisa el día anterior, que se siente mal, o ya está avisando cuando se va que no está bien, entonces ya antes uno se preocupa de avisar para queden cubiertos los turnos. Generalmente no, entre nosotras no falta, porque generalmente nos preocupamos de dejar cubierto, si es que es fin de semana, llamar a una compañera o es fin de semana de avisar. Eso no pasa. Nos cubrimos entre nosotras.

¿La enfermera que trabaja aquí requiere de algún tipo de experiencia?

Yo sí, yo creo que sí. Las enfermeras que llegan, pasan un tiempo como de marcha blanca, preparándose para la atención.

La inducción de las enfermeras nuevas va dependiendo de la urgencia que se necesite. A veces son dos semanas, a veces una semana, pero como estamos de a dos, generalmente queda una antigua con una nueva. Al final se orientan en varios meses, al final, porque una las apoya. Si no pueden hacer algo, generalmente uno está apoyando y cubriendo y si no lo pueden hacer lo hace uno.

La enfermera de aquí tiene que tener un buen trato al usuario, tiene que tener paciencia, tiene que ser prolija en la atención. Bien meticulosa también y lo que más se necesita es la paciencia, porque

en realidad para atender a niños hay que tener como se llama un grado de tolerancia para poder dar la atención.

Se escuchan llantos de niño...Si, el llanto que es constante. Como llevamos tanto tiempo generalmente no lo escucha, es como que el oído se ido adaptando a eso, pero es de la hora que llegamos hasta la hora que nos vamos es el llanto es una constante. Y aparte de eso que a veces hay arreglos aquí, que en los pisos superiores están taladrando, esos ruidos molestan bastante.

Esto es un subterráneo desde hace muchos años, y es con luz artificial. Para poder descansar uno la vista uno tiene que salir para afuera y generalmente no tiene tiempo. Yo he notado en ese sentido que se me ha ido disminuyendo la visión, tengo más dificultad, incluso los lentes los he tenido que ir cambiando más seguido en el último tiempo. Trabajamos sólo con luz artificial tanto en el box como en las salas. Porque no da la cantidad de luz de las ventanas que hay no dan para trabajar sin iluminación artificial.

Yo encuentro que hay dificultades, primero que nada a veces se echa a perder la calefacción. Y en este tiempo que está tan helado estamos pero congeladas nosotras, por ejemplo en los turnos de noche es muy helado, en el turno de día también, pero como que en el turno de noche baja más la temperatura, y cuando no hay calefacción es terrible, porque es mucho, mucho el frío y como la construcción es antigua las ventanas son de fierro, por ejemplo en la sala, se mandaron a arreglar, pero de todas maneras se filtra el aire, entonces como que entra. Hemos tenido problemas también con la lluvia, se inunda la sala en una esquina de la sala de hospitalizados. Empieza a caer bastante agua por uno de los costados. Se solicitó el arreglo, pero se demoran, generalmente se demoran. Y en los box de atención, en el verano da justo el sol en las ventanas de la atención, (se ríe) entonces es un horno, es un horno, uno porque quiere bajar la temperatura a los niños y los niños están en una sala que está ardiendo de calefacción. Los extractores no dan tanto como para sacar el aire que hay. Además como cada paciente entra con un acompañante, la cantidad de pacientes al final es el doble de lo que nosotros atendemos.

El mobiliario que tenemos es muy antiguo, de la inauguración de la Posta de hace como 16 años no se han cambiado las camillas. Las camillas se han ido deteriorando, la parte que cubre la camilla, entonces eso tiene unos clavitos que se han tenido que sacar, porque la parte que cubre el colchón, que es como un moltoprén se aparece esa puntas que son como de tornillos, que son riesgosas, entonces eso se ido cambiando por otras, pero han puesto un hule de mala calidad, entonces no alcanza a durar dos meses y está todo quebrado y los mismos pacientes se encargan a veces cuando están esperando, empiezan a hacer un hoyito, como son niños y los papás no le dicen nada por supuesto y empiezan a deteriorarse más y al final ni en dos meses no alcanzan a durar las reparaciones.

Bueno el mobiliario dentro de los boxes en cantidad se hace poco, pero también, tienen el mismo problema. Porque también tienen mucho tiempo. También están deteriorados en sus cubiertas y también en las partes de las bases que a veces se quiebran y los soportes también para los sueros también se han ido deteriorando, se han ido perdiendo algunas piezas, entonces no tenemos la cantidad de soportes suficientes. En sí por ejemplo, en cuanto a las pinturas se han ido haciendo lo que corresponde, se ve bien, pero en esa parte que es en cuanto a la movilización del paciente que son las camillas, las ruedas que se quiebran, las sillas de ruedas también, que es un problema porque a veces las sillas de ruedas se las llevan. A pesar de que se deja un comprobante, pero se las llevan los pacientes y no vuelven las sillas.

Hay un sistema en que cada vez que un paciente toma una silla deja un canje del carné de identidad. A veces con la urgencia o el descuido de la persona no le pide el carné y la persona se va con la silla y se fue con la silla y no hay vuelta que darle, entonces vamos perdiendo ese material, a pesar de que se hace una investigación y todo, pero ya no vuelve el material. Entonces con dos sillas es muy poco para la atención. Tenemos dos sillas en la parte externa y en la sala hay dos también.

¿Cómo encuentras la presión asistencial actual?

Es mayor ahora., yo creo que es por la influenza. Si bien la cantidad ha disminuido en el tiempo, la atención se ha hecho más compleja, porque hay tratamiento que requieren más tiempo, por ejemplo antiguamente una orina con sedimento se tomaba con un aseo y un recolector, ahora se le pide cateterismo y eso tenemos que hacérselo nosotras. Por lo menos son 20 minutos con el paciente, entonces así se ha ido complejizando la atención. Entonces en caso de que pueda disminuir la cantidad, es el tiempo que uno requiere en esos niños que se ha aumentado un poco.

Bueno, la relación con los médicos como que es más dificultosa que antes. En el trabajo de equipo, ellos no aceptan mucho las sugerencias, a veces uno sugiere y se molestan muy rápidamente, piensan que uno está pasando a llevar, los está cuestionando, cosa que antes no pasaba. Han llegado muchos médicos nuevos con menos experiencia que los anteriores. Provocan más dificultades porque indican más exámenes. Entonces si un paciente empieza con que se yo, exámenes de sangre y salen buenos, después sigue con exámenes de orina, después sigue con una radiografía de tórax, entonces el tiempo que el paciente tiene que estar en la Posta es mucho más largo que si estuviera un médico antiguo, que tenían más clínica.

Uno se dirige al jefe de turno cuando uno tienen algún problema, por ejemplo cuando la indicación no es la adecuada, uno va al jefe de turno y uno le dice sabe que esta es la indicación y no creo que sea lo conveniente. Si es un médico nuevo también, como que no les gusta mucho. Pero en ese sentido independiente que se enojen o no, tiene que avisar y en generalmente ahora no es buena la acogida que tiene uno con los médicos. Porque yo tuve un problema hace poco, que no tenía donde

atender y tuve que hablar, en realidad no hable con el jefe de turno, hable con..... (Médico Jefe), porque ya eran tantas las veces que me había tocado lo mismo, que eran cinco médicos atendiendo afuera y no tenía donde atender. Entonces vine donde la doctora, para que organizara la atención de los médicos, que salieran de a dos o de a tres y tuve el problema con el doctor.... Estaba muy molesto, muy molesto. Yo le explicaba que mi problema no era contra él, sino que era contra la organización.

Hay tres box asignados para los pediatras y dos asignados para los cirujanos, esos tres pediatras a veces son cinco pediatras, entonces atienden en esos tres box, más la sala de reanimación y más la sala de procedimientos quirúrgicos, que es una sala de procedimiento limpio, y entonces ya ahí están transgrediendo una norma de infección intrahospitalaria, porque están usando una sala que es para sutura, para quemados, o sea es un área limpia. Ellos atienden ahí y el otro en reanimación y ahí nos obstaculiza la atención. Porque si tenemos un paciente en reanimación y ellos entran con otro, la sala se completó y no tenemos donde poner un suero, donde hacer un procedimiento.

Bueno, el jefe de Unidad me escuchó. Pero ella sabe el problema. Lo que si no ha organizado a sus médicos como para que si hay cinco hagan diferentes cosas, que se yo, o atiendan dos y dos o tres y dos. Entonces hubo un problema puntual con el jefe de turno que estaba muy molesto conmigo de la situación que a veces es más, porque a veces ellos atienden con internos y con becados, aparte de los cinco vienen dos alumnos y un interno, vienen ocho personas que son, atienden, todos atienden. Entonces hay una sobrecarga hacia el personal de enfermería.

En ese minuto yo era la persona de turno más antigua, la otra enfermera que había era nuevita. Tuve apoyo de enfermería. Pero no sentí apoyo del médico jefe de la Posta. No sentí ningún apoyo de ella, incluso es más, ella estaba como asustada. No se impuso como jefe de unidad y no sentí apoyo. Mis colegas, todas tienen la misma dificultad. Es compartido. Referente a eso se va a programar una reunión con la doctora que es la jefe de servicio, para poder solucionar ese problema. Porque ya no es hacia una persona sino a varias personas.

Yo creo que en esta unidad el problema es un problema grave de comunicación. Porque nosotras no tenemos comunicación con los médicos, ni reuniones. La jefe de servicio tienen reuniones con los jefes de turno, a ellos la jefa les entrega información y el jefe de turno les comunica a sus médicos. Pero no hay una comunicación como expedita, porque muchas veces llegan algunos documentos que los médicos no están al tanto de las indicaciones, entonces uno les dice y generalmente desconocen algunas cosas que llegan así improvisadas.

En relación a las exigencias por mejorar la calidad, en ese sentido estamos todas dispuestas a colaborar, porque hay muchas cosas que necesitamos para la acreditación, entonces nos organizamos para que cada turno haga una parte, tratando de sacar bien la acreditación.

Nos han preparado, hemos ido a cursos para poder incorporar toda esta metodología nueva que en realidad nosotros con los años que tenemos de egresada, no tuvimos esta cantidad de información, entonces nos han mandado a curso. Pero han llegado nuevos formularios que tenemos que realizar a los pacientes, que a veces como es unidad de emergencia, son cosas rápidas se nos hace más complejo de realizar, por ejemplo el ingreso ahora de enfermería que hay que hacer una categorización, que hay veces que es tan rápido que hay que subirlos tan rápido que uno no alcanza a hacerlo.

Se está tratando de unificar el registro. Ahora están llegando nuevos formularios para unificar esta atención. Pero en los documentos que tenemos como el DAU, no tenemos casi espacio para poder anotar nuestros registros, porque no hay un espacio, a veces tenemos un espacio, pero pequeño para poder anotar nuestras evoluciones si es que llega un niño y anotar los diferentes procedimientos que se les hacen, pero a veces ese espacio lo ocupa todo el médico, no nos deja espacio ni siquiera para anotar que se yo un control de ciclo. No hay un espacio para la atención de enfermería o acorde a lo que tenemos que hacer. Entonces muchas veces se obvia ese registro por falta de espacio. Hace falta otro documento o más espacio para el registro de enfermería.

Bueno hay, nuevas exigencias en relación a lo que estamos viviendo en este minuto, que son las de clasificarlos, hacer una clasificación de los pacientes más complejos, eso lo está haciendo una enfermera en la sala que está afuera de la Unidad, que es la categorización de los pacientes. Nosotros si tenemos que vigilar a todos los pacientes que ingresen se les tome o de acuerdo a lo que consulten se les haga un control de temperatura o de saturación, de acuerdo por lo que consultan, antes de que entren a box.

Trabajamos en equipo con la enfermera selectora, porque ella ve, ella va seleccionando a los pacientes de acuerdo a su gravedad, ella les hace un control previo al ingreso a la Unidad y si el paciente requiere prioridad en la atención, ella lo pasa para adentro, para que inmediatamente le demos la atención, saltándose toda la espera. Por ejemplo el paciente viene con dificultad respiratoria o con hipertermia, que en este minuto es lo más grave, se le pasa inmediatamente, hay un lugar en que uno deja la hoja DAU, para que el médico lo atienda inmediatamente.

Nosotros tenemos que tener un tiempo entre la atención médica y la atención que realizamos las indicaciones que no pasa más allá de 15 minutos. En caso de que tengamos mucho público, mucha atención o que estemos con un paciente grave, ahí la persona que está en box tiene la colaboración de la persona que está en sala. Esa persona a la vez generalmente va sacando la atención para que no se retrase, sacando la atención que está acumulada. Pero uno tiene siempre la colaboración de la enfermera que está en box, la de sala o la de box.

¿Hay algún horario en que tengan mayor demanda de atención?

Empieza, generalmente en la tarde y parte de la noche, que la gente empieza a llegar más o menos a las diez de la mañana y a la una de la tarde llega toda la gente y toda la tarde.

El fin de semana es igual, pero ahora último con esto de la influenza, han llegado temprano, llegan a las ocho. Se nota que llega más atención temprano, pero generalmente es sacan a los niños más tarde, eso significa que aquí están hasta más tarde también. Porque hay veces en que hemos tenido retraso de tres horas en la atención, por la cantidad de paciente y por supuesto que se alarga la atención para la noche.

¿Cuáles son los temas que ustedes tratan en las reuniones de enfermeras?

Lo primero, la supervisora informa de las reuniones que ha tenido a nivel de hospital, las nuevas, lo que va saliendo nuevo. Informa sobre los problemas que ha habido y después comenzamos con una tabla que generalmente son los problemas locales. Ahí vamos tratando de conversar, de ponernos de acuerdo y sacar todos los problemas en equipo.

Conversamos abiertamente en las reuniones. Hay por supuesto personas que participan menos que otras, entonces se desconoce más su forma de pensar. Pero tratamos de ponernos de acuerdo, generalmente todas nos ponemos de acuerdo y tomamos decisiones de equipo, que después tienen que hacerse efectivas.

¿Tú consideras que la cantidad de enfermeras es suficiente para la demanda de atención?

En momentos no es suficiente. Hay momentos en que la atención nos sobrepasa. Pero en otros momentos es suficiente con lo que hay.

A veces la demanda como que te dificulta un poquito la atención. Uno trata de hacerse el tiempo para hacer los registros, porque además los registros a uno la respaldan para la parte legal, uno siempre tiene que mantener los registros, porque esa es la constancia para verificar las dificultades que uno tiene, que se yo, todo lo que uno hace. Entonces, a veces es cosa de organización para poder hacer los registros adecuados, pero generalmente los tratamos de hacer. Lo que sí a veces, tenemos la dificultad de la hoja DAU y uno hace la hoja anexa, generalmente yo le anexo una hoja de enfermería porque los procedimientos han sido muchos y a veces el paciente se va y esa hoja se pierde. Entonces queda como que uno no ha escrito nada y uno ahí ha hecho todo el registro.

La hoja DAU no te permite corchetear, pero puedes adjuntarla y a veces el paciente ambulatorio se va y una hoja queda acá y después cuando son ordenados los del día van retirando el resto de las hojas anexas, por lo queda sólo el DAU. O sea a veces el trabajo de los registros a veces se pierde. A veces no, a veces queda en el lugar, pero hay veces que se pierde. No Así en la sala de observación, porque allí tenemos unas fichas, y la ficha se mantiene y si el paciente se va, se va con su hoja de

enfermería a otro servicio. Y el paciente de alta, a veces también se pierde la hoja que uno le ha hecho.

¿Según tu opinión como ves a la unidad en relación a medidas de seguridad para el personal?

Bueno en relación a manejo del material corto punzante estamos bien, lo que sí yo creo que el personal de aseo no tiene el mobiliario que requiere para poder entregar su atención, andan con las bolsas en la mano y hay veces que puede caer una aguja ahí, y como a dan con las bolsas en la mano, pueden pasarla a llevar a uno y tener un accidente con una aguja. Entonces no tienen un carro donde lleven este material de desecho que circulen en la Unidad, no ellos no, circulan con la bolsa por la Unidad. Entonces eso significa que cualquier momento puede caerse, tenemos donde desechar las agujas, pero puede que a alguien se le caiga una aguja, como ha pasado, hacia el material de la basura. Como salen ellos sólo con las bolsas pueden tener ellos mismos accidentes con las bolsas. Pero en seguridad tenemos los recursos de los guantes para hacer los procedimientos, tenemos la cantidad de riñones que se necesitan y el resto sí.

¿Qué cosas te gustan y no te gustan de la Unidad?

Bueno, yo llevo tantos años aquí, yo tuve la oportunidad de trabajar en el área privada y tengo una medida de comparación y me gusta aquí la atención porque es como un servicio, es como una entrega hacia el paciente más débil, en cuanto económicamente. La relación que hay entre nosotras tampoco es mala, o sea estamos en un ambiente de trabajo, tampoco puede ser un ambiente de amistad, pero no es mala la atención y no es mala la relación que tenemos. Es respetuosa, sobre todo no hay eso aquí, personas que salgan con una grosería, eso no, tenemos un respeto y el personal también es así. Se mantienen dentro de un respeto de un ambiente armónico. El trabajo que tenemos en nuestro equipo es bueno, de mucha colaboración.

He.... En este momento no me gustó el hecho de que la Supervisora no la hayan dejado con su cargo como correspondía desde el primer minuto. Haberle dado, que se yo las condiciones que ella pedía para poder haber asumido su cargo como correspondía. Porque ella tuvo que seguir trabajando, lleva muchos años trabajando junto con nosotros a la par, entonces ella debía haber salido de esto y tomado su cargo sobre nosotros como correspondía y no haber seguido juntos. Y no se le dio esa posibilidad, me molestó mucho y me sigue molestando, porque yo trabajo con ella y como te decía, no me molesta trabajar de más, pero muchas veces lo he tenido que hacer igual, con no sé, con el poco reconocimiento de las otras colegas que piensan que ser supervisora es súper light. Algunas creen que es algo que no tiene transcendencia, que es un par de equipos, un par de cosa. No es, lo que yo me doy cuenta. Porque yo estoy con ella y yo sé que son muchas cosas más. Pero no lo entienden, me molesta el hecho que muchas veces venga otra persona a cubrir sus turno y el resto cuestiona esas cosas, que eso ha provocado una serie de conflictos, porque como se llama, no la,

algunas personas no la ven todavía como supervisora. y eso genera un poco de conflicto, porque, llevamos muchos años a la par, en el mismo nivel, entonces estamos en que la persona está como supervisora y también está con sus turnos, entonces, de repente para poder decirles alguna cosa, no lo toman en cuenta, yo encuentro que es así. Y lo otro que me molesta en forma absoluta que desconocen lo complejo que es ser supervisora, lo que requiere de mucha entrega, de mucho trabajo, aparte de hacer el trabajo de enfermería, entonces, como le digo yo, y lo otro es que como yo estoy con ella, que las colegas no reconocen esas cosas. Ellas piensan que es el mismo trabajo y muchas veces no es así.

Bueno, de la jefatura de enfermería no considero que haya mucho apoyo, más bien. No tenemos mucha relación con la Subdirección de Enfermería. Nosotros tenemos relación solamente por medio de la Supervisora. Pero directamente con ella no, solamente cuando ha ido caso de conflictos, en un paro y eso. Pero ahí aparece más bien la Subdirección, pero ni con la Dirección ni con Subdirección de Enfermería no tenemos relación. El Director venía, él generalmente venía los días lunes y daba una vuelta por todo el servicio, pero últimamente no lo ha hecho, venía saludaba a los pacientes, daba una vuelta por todo el servicio, pero últimamente no lo ha hecho.

Tenemos colación nocturna que fue producto de una negociación de un paro, se logró esa colación nocturna, que es una colación fría, que sí, es buena, es una sándwich, un yogurt, una bebida, té, café y azúcar. En relación a la cantidad de la comida diurna, a veces no es buena. A veces es buena, por ejemplo yo tengo un régimen hipocalórico. A veces es buena, pero a veces no es buena porque la a veces la comida no llega bien cocida, pero han ido cambiando de proveedores, pero hay veces en que no ha sido muy buena. Uno siempre trata de traer algo de la casa, para poder complementarla. Muchas veces es así.

¿Tú consideras que el trabajo de enfermería en la Unidad es reconocido por las instancias superiores?

Yo creo que no. No es tan reconocido. No es un trabajo tan reconocido. Ellos siempre piensan que nosotros no tenemos tanta presión. No, no es tan reconocido encuentro yo y a nivel de hospital tampoco. No hay un reconocimiento real de la labor que hace la enfermera. Muchas veces los problemas los soluciona la enfermera. Hay muchos problemas que no son perceptibles por ello, porque uno ya los ha solucionado, entonces ellos piensan que la labor de la enfermera es hacer procedimientos no más, pero ellos no saben que a veces falta una persona, que hay que cubrir turnos, que hay que ubicar cómo se hace, hay miles de cosa, que se corta la luz, que hay que ubicar al eléctrico, en fin, tantas cosas que hacer, que esa labor no es reconocida, encuentro yo.

Nunca tenemos reunión con los médicos, solamente por intermedio de la supervisora, sabemos lo que la doctora nos informa.

En relación a la futura Unidad, todo se ha hecho a través de la supervisora. Ella es la que estado haciendo los aportes técnicos y requerimientos de enfermería. Y ella nos ha informado a nosotros. Ella ha gestionado las solicitudes de nosotros. Incluso de las salas de estar, porque al parecer no había un lugar, un espacio. Ella fue la que vio eso.

Yo no conozco el plano, pero el diseño dice que vamos a quedar en el primer piso, por lo menos lo que a mí me interesaba, era estar a nivel de primer piso y tener luz natural, porque eso es causa de muchas enfermedades como depresión, y cosas así con tanta luz artificial, entonces uno va teniendo sus años y necesita mejores condiciones y eso para mí es un requisito.

La planta física debería primero estar a nivel del primer piso para tener luz natural, segundo tener el espacio, tener un espacio para hacer nuestros procedimientos como corresponde en forma que no te interrumpan, que lo puedas hacer tranquila, que tenga privacidad para hacer eso y que tengas un espacio para atender al paciente en forma ordenada y no en los pasillos. Que tengamos todos los equipos como corresponde, ojala que nos dieran material nuevo y que tengamos efectividad con esos equipos. Que tuviéramos una sala de estar para cada estamento, que no estuviéramos compartidos con Posta Adulto, que no hubiera lugares compartidos, como sala de espera compartida, porque no sería bueno para los niños estar viendo patologías de adulto, mientras esperan la atención. Que se mantuviera el turno como cuarto turno y que de paramédicos hubiera uno más.

¿En relación a los turnos cuál es tu opinión?

En realidad, para mí es bueno el cuarto turno, porque estoy más tiempo en mi casa, tengo tiempo para mí y mi familia, pero a la vez que están pasando muchos años, que ya por ejemplo repetirme un turno de noche es un sacrificio. Antiguamente yo podía hacer seguido cubrir la noche, pero ahora es un verdadero sacrificio repetirme la noche. Las noches son las más complicadas por el desgaste. Uno lo va notando ahora, el desgaste que ha tenido en todos estos años, lo va notando ahora, el cansancio del día siguiente uno lo va notando en el cuerpo.

Si, si me gusta. Siempre me ha gustado trabajar aquí y no me iría a otra parte. Si, por ejemplo pasado los cincuenta cinco años, no sé si voy a poder trabajar aquí.

Nosotros tenemos o nos empezaron a imponer como trabajo pesado hace algunos años, entonces espero yo poder trabajar hasta los cincuenta y cinco años y de ahí jubilarme, pero no se si voy a poder hacerlo o no. De acuerdo a esa ley. Después podría hacer reemplazos en el área privada, para no echar mucho de menos el trabajo más que nada, pero por ejemplo, siendo realista, no creo que a los sesenta años pueda trabajar acá. No sería lógico, uno aquí necesita agilidad, necesita moverse, ahora por ejemplo, claro, la gente joven se mueve más, pero es más efectiva la gente antigua (se ríe!!!!), por ejemplo uno ya va a poner un suero y en dos minutos está, la gente joven se demora más, pero a los sesenta años no se si voy a poder estar de pie todo el día.

¿Cuáles son las razones de la ausencia de las enfermeras al trabajo?

Generalmente en esta época del año de enfermedades respiratorias. Eh... problemas de la columna, posturales, a pesar de que somos rehacías a ir al médico, todas tenemos dolor de espalda. Hay una que ya tiene una hernia que ya tiene diagnosticada, problemas en los brazos igual, por la fuerza que estamos haciendo, hemos ido todas teniendo, por ejemplo una tiene una hernia en la columna, otra tiene un dolor en el brazo. A mí si estoy mucho en turno me duele mucho la espalda. Y lo otro es también el estrés, es mucho la carga y hay períodos que son muy agotadores y uno termina muy cansada, en este minuto nadie ha salido con licencia por estrés, pero yo creo que a la larga a medida que pasen los años, yo creo que sí, más de alguna.

¿Qué opinas tú con respecto a incentivos para ocupación de cargos de enfermera?

Nosotros tuvimos un paro en el 2006, en el cual luchamos por el encasillamiento, el encasillamiento todavía está en trámite. En ese minuto el colegio de enfermeras hizo una gestión en el cual se promulgó todo esto de la gestión de enfermería y además en esa ocasión se gestionó que las personas que entraran al servicio, entraran en grado 15, las personas nuevas. En ese minuto hubieron muchas personas que estaban de acuerdo porque no teníamos reemplazante, las personas se iban a otras partes por que se les ofrecía un grado muy bajo, entonces eso reía una solución para nosotros. Pero en el fondo me molestó, a mí me molestó porque, uno lleva tantos años atendiendo con tanto sacrificio aquí en este servicio, que trabajamos en otras condiciones cuando llegamos, teníamos menos recursos, teníamos menos materiales, menos recursos humanos, teníamos que hacer muchas cosas más y con menos recursos y ahora que ingresan las personas nuevas, nosotras trabajamos solas, ellas ingresan acompañadas y con más sueldo que nosotras. Y muchas veces somos nosotras las que tenemos que hacer el trabajo, porque ellas como vienen nuevitas no pueden hacerlo, entonces uno hace las punciones, porque ellas no pueden porque están recién empezando y están con más grado que uno. No es que a uno le moleste la persona, pero le molesta el hecho que por ejemplo una compañera de turno, ella tiene grado 14 y yo 15, ella viene llegando, viene saliendo de la universidad, entonces yo veo que estoy haciendo mi trabajo y el de ella. Eso es como ilógico. Yo siempre pensé que si les arreglaban a ellas, a nosotros también tendrían que habernos arreglado. Si ellas subían, si el grado básico era de la enfermera era 17 y se les subió a quince, a nosotros también tendrían que habernos subido dos. Cuando me ofrecieron que yo entrara a la planta, me ofrecieron tres grados más para rechazar la titularidad. Yo preferí la titularidad. Incluso en ese minuto yo tenía el grado 16 y al entrar a la titularidad baje al grado 18. Me bajaron de grado pero pasé a la planta. En este minuto yo creo que eso es una cosa, es un trabajo totalmente inestable, porque las personas que están a contrata se les puede suspender el contrato en cualquier momento. Cuando no es necesario, el servicio puede suspender el contrato. Entonces para nosotros no es un aliciente, que le suban dos

grados y la dejen a contrata, porque no va a tener estabilidad en su trabajo. Va a ganar más plata, pero no va a saber hasta cuándo.

Mi trabajo es estable. Porque si quieren sacarme de aquí, tendrían que sacarme con un sumario que esté adverso a mí.

La titularidad me da la sensación de estabilidad, pero no se hasta cuando las leyes cambien, está cambiando todo tan rápido últimamente que a lo mejor a la larga no va dar estabilidad tampoco eso.

¿Quieres agregar algo a esta entrevista?

Creo que tenemos un grave problema de comunicación con nuestra jefatura, no es lo suficientemente comunicativa como para convocar a todo el equipo, hacer un equipo más unido. Los médicos trabajan en forma independiente. Es como una modalidad nueva esto, ellos trabajan en forma independiente, cada uno encerrado en su atención, a veces no viendo lo de al lado, hay veces que priorizan por lo de ellos no más.

Los técnicos están a cargo nuestro y siguen la modalidad de uno. Pero lo médicos si, porque muchas veces ellos sienten que uno los pasa a llevar. No como el médico antiguo. Tú sabes que le decías a un médico antiguo por ejemplo, le decías doctor que... yo opino esto. Y él te decía sí, esta bien y te daba un argumento de su atención y te enseñaba. Era como que recibías mucho más de lo recibes ahora. Ellos como que sabían más, te daban una lección. Entonces uno los admiraba, pero no por ser médicos, sino por sus conocimientos. Ahora no podemos decir lo mismo, se apoya más en el laboratorio que en la clínica. Entonces tú ves que el médico todo el día pide lo mismo, parámetros PCR, sino radiografías. Pero la clínica es la que se ha ido perdiendo y ese gusto por enseñar, decir deje esto por esto o por esto otro. Que eso encuentro yo que provoca más gusto por el hecho de trabajar con una persona así. Que entrega más conocimiento. Hay uno que otro que sí. Todavía quedan algunos. Pero la mayoría como son nuevos eso se ha ido perdiendo.

Yo..... Firma:

Fecha:

Valido la siguiente transcripción de la entrevista realizada el.....20...., para la investigación en enfermería: Condiciones Laborales de la Enfermera de Urgencia Infantil del Hospital Gustavo Fricke y doy fe que ésta corresponde a una copia fiel de mi relato.

V. ANEXO ESTUDIOS DE CAMPO

ESTUDIO DE CAMPO N°1

Fecha: 13 de junio 2009. Hora 20:00 horas.

❖ RECEPCIÓN DE TURNO CON ENFERMERA DE SALA:

Observaciones:

- Falta de pilas para el saturómetro.
- Falta de camas para traslado de pacientes desde la sala de Observación a Pediatría y Cirugía Infantil. la enfermera nos explica que en ocasiones hay pacientes internados en la Sala de Observación por 2 a 3 días, por falta de camas en los servicios.
- La enfermera nos explica que la devolución de costos de los insumos que se utilizan en la Sala de Observación, son cargados al servicio que se trasladará al niño, por lo que no se devuelven a la Unidad de Emergencia Infantil.
- La enfermera asiste a su compañera de sala o de box en caso de requerirlo, como en procedimientos e ingresos.

❖ RECEPCIÓN DE TURNO CON ENFERMERA DE BOX:

Observaciones en la recepción:

- La enfermera de Box recibe turno incompleto. Personal Técnico Paramédico avisa que se encuentra enferma y que tramitará una licencia mañana.
- Se observa una estación de Enfermería estrecha, en relación al número de funcionarios que la ocupan.
- Se registra pérdida de un punto de aspiración.

- La enfermera se queja de la calidad de la tela de esparadrapo.
- Saturómetro funciona defectuosamente en la sala de reanimación.
- Monitor cardíaco sin baterías. Por normativa los traslados a UCI deberían ser con monitor cardíaco, pero ante la falta de batería se realizan sólo con el saturómetro conectado al usuario.
- La enfermera hace la observación de que en su turno, al igual que en otros, hay funcionarios que han presentado alergia al jabón del servicio.

Observaciones durante el turno:

- Debe ocuparse la Sala de Reanimación para realizar los procedimientos de enfermería, porque no existe una sala habilitada para ello.
- La enfermera debe dedicar mayor tiempo en la punción e instalación de vía venosa en un niño en relación con un adulto.
- La enfermera se queja de la falta de una buena luz que facilite los procedimientos de enfermería. Se le observa realizando una instalación de vía venosa en un lactante, en que la luz no facilita, por el contrario, lleva a que requerir varios intentos para lograrlo.
- Refiere lentitud en la mantención y reparación de equipos.
- Durante toda la recepción y el turno mismo, se escucha el llanto de los niños, especialmente en box, el que parece ser ignorado aparentemente o inadvertido por los funcionarios en general.
- Tanto la Sala de Observación como la estación de Enfermería de los Box de Atención carecen de equipos informáticos como computador, impresoras y otros, que faciliten y hagan más expedita la atención y los registros de éstas. Se continúan utilizando sólo los cuadernos o libros para el control y supervisión.

ESTUDIO DE CAMPO N°2

Fecha: 22 de junio 2009. Hora: 8:00

❖ RECEPCIÓN DE TURNO CON ENFERMERA DE SALA:

Observaciones:

- A la enfermera se le avisa que su turno se encuentra incompleto, ante la licencia repentina de un paramédico de sala, la que es solucionada al rotar un paramédico de box a sala.
- Se confirman 4 licencias de técnicos paramédicos, por lo que la enfermera de sala debe reemplazar con un pul de funcionarios de la misma Unidad adscritos, los que deberán por lo general repetirse turnos.
- La enfermera de Sala debe completar documentación nueva en relación a la atención de pacientes con IRA (Infecciones Respiratorias Agudas), las que según su apreciación no han sido explicadas con detención.
- Existe fuga de oxígeno en la cama 1 de la Sala de Observación.
- Los Traumatólogos Infantiles están realizando capacitación a los Paramédicos y Enfermeras sobre inmovilización en niños.
- Llega con una semana de retraso la hoja de instructivo para los médicos y las enfermeras, para completar la hoja de envío de IFI a laboratorio, por lo que la enfermera asume que se enviaron por una semana varias hojas incompletas o mal confeccionadas.
- Prácticamente carece de luz natural. Hay ventanas fijas, por lo que no pueden utilizarse y algunas de ellas están semi abiertas sin la posibilidad de cerrarlas ante el frío.
- El techo se encuentra descascarado y corroído. El paramédico menciona que se filtra la lluvia por las ventanas y por el techo.
- La enfermera nos explica que hoy tiene calefacción central, lo que no siempre ocurre, especialmente en invierno.

❖ RECEPCIÓN DE TURNO CON ENFERMERA DE BOX:

- Hay pacientes en camilla esperando atención, ya que los box se encuentran ocupados. Un familiar, que por lo general es la madre quien vigila la inmovilización del niño para evitar

caídas. Las camillas se observan varias de ellas con deterioro franco del tapiz, sin seguro en los frenos y carecen de inmovilizador.

- Se permite la entrada al pasillo y a los box de atención de un solo familiar por usuario, debido a que los box de atención no son lo suficiente espacioso para permitir otro familiar..
- Durante todo el turno se mantiene presente el llanto de los niños, el que parece no ser escuchado por los funcionarios.
- La iluminación es tenue en los pasillos. Sólo los box tienen luz natural
- La ventilación tanto de los pasillos como de los box mismos es deficiente. Existen extractores de aire que no alcanzan a retirar el aire condensado y algunos de ellos no funcionan.

ESTUDIO DE CAMPO N°3 REUNIÓN DE ENFERMERAS

Fecha: 26 de junio 2009. Hora: 9:00 hrs.

Se encuentra citadas a reunión todas las enfermeras de la Unidad. La asistencia es de nueve enfermeras de un total de 10. La reunión fue publicada en el diario mural de la Sala de Enfermeras, la que fue dirigida por la Enfermera Coordinadora de dicha Unidad.

Es importante mencionar que es la primera reunión general de enfermeras del año.

Características de la Sala de Enfermeras:

- Habitación de 1,5 mt. por 2,5 mt. Sin ventanas, ventilación ni luz natural. Carece además de extractor de aire y de baño.
- La sala sirve además de vestidor, comedor, oficina y lugar de descanso en general, además de reunión.
- Es espacio físico es estrecho y a través de dos puertas puede convertirse la sala en un perfecto pasillo.
- No posee pizarrón alguno.
- Posee un computador, al que pueden acceder en los momentos de descanso.

Tabla de la reunión:

- Revisión del acta anterior, para recordar los acuerdos pendientes aún.
- Información para la Acreditación del Ministerio en IIH.
- Ocupación del Cargo de Enfermera Coordinadora de la Unidad.
- Elaboración del FODA de la Unidad.
- Información sobre los cambios estructurales de la Unidad, mientras dure la construcción de la nueva planta física del Hospital Gustavo Fricke.

Observaciones:

- La Enfermera Coordinadora cumple paralelamente las funciones de una enfermera de turno, lo que dificulta cumplir adecuadamente los roles de cada una.
- El cargo de Enfermera Coordinadora se encuentra aún en subrogancia desde hace meses. Se le ofreció oficializar el cargo, pero debía pasar de titular a contrata, ya que sólo a contrata

se podría elevar a grado 12, lo que no fue aceptado por la enfermera que ocupa por el momento este cargo. Lo mismo ocurrió en UCI, perdiendo varias garantías que habían adquirido con anterioridad. El mismo ejemplo habría ocurrido en el Hospital Van Buren de Valparaíso. Importante es recordar que las escalas de titulares se llevan a cabo por concurso o encasillamiento. Ante esto, es probable que el cargo vaya a concurso.

En la actualidad todos los cargos que se ofrecen en el hospital son a contrata.

- La falta de oficialización del cargo ha conllevado a tener poca solvencia de la enfermera actual y a manejar o sortear los acontecimientos por contingencia.
- Las enfermeras de la Unidad no tienen suficiente información de las características de la nueva planta física. Se aprecia falta de incorporación de la enfermera en general, en las sugerencias en relación a las necesidades que se requieren cubrir en el trabajo.
- La nueva planta contaría con sólo una sala de descanso tanto para el personal paramédico como para las enfermeras, lo que es recibido con desilusión. Hay disconformidad y una visión de que el discurso de la importancia del trabajo de enfermería no se ve reflejado en las decisiones de la Dirección.
- Existen carencias importantes en ropa y equipos, por falta de renovación y/o suficiente mantención, que dificultan los cuidados de enfermería.
- Se aprecia fallas en la comunicación desde y con otros servicios, como el de Esterilización, lo que dificulta el funcionamiento del material e insumos dependientes de este servicio.
- Se aprecia barreras en la comunicación que impiden una información fluida y expedita con instancias directivas que impiden el feed-back necesario.
- Se observa alta participación de las enfermeras en la reunión. No hay descalificación ni marginación de ningún tipo.
- Deterioro permanente de relación y comunicación con la dirección médica de la Unidad y con el personal médico en general. Existe una reunión con esta instancia pendiente hace 8 meses.
- Insuficiente capacitación y/o preparación para el cumplimiento de tareas y compromisos acordados por la dirección o subdirección médica o de enfermería, lo que conlleva al incumplimiento o cumplimiento en forma deficiente de estas labores. (FODA)
- Hay falencias importantes en la gestión de enfermería en la Unidad, que se evidencian en la falta de supervisión, de elaboración de normas y protocolos, que se visualizan como consecuencia de los puntos anteriores.
- Existe una preocupación por autoevaluarse en el cumplimiento de metas, reflejada en la categorización por dependencia y riesgo del usuario externo.

VI. ANEXOS ANÁLISIS DE DOCUMENTACIÓN

LIBRO DE NOVEDADES DE LOS TURNOS DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL DEL HOSPITAL GUSTAVO FRICKE

Elementos básicos que incluye el registro:

- Ingresos
- Traslados
- Altas
- Asistencia del personal auxiliar y paramédico y presentación de licencias.
- Nombre de las enfermeras de turno en box y sala de observación
- Recepción y entrega de medicamentos barbitúricos (DORMONID, DIAZEPAM, FENITOINA, MORFINA Y KETAMINA)
- Recepción y entrega de saturómetro (NONIN)
- Extravío o pérdida de equipos o insumos.

El análisis irá en búsqueda de elementos detallados en las entrevistas, a modo de triangular la información que en ellas aparece. El análisis se hizo revisando el libro de novedades de la entrega de turnos de las enfermeras de Urgencia Infantil del Hospital Gustavo Fricke, desde el primero de enero del 2009 hasta el primero de enero del 2010.

PATRÓN DE ANÁLISIS DEL LIBRO DE NOVEDADES.

- IMPLEMENTACIÓN, ESTRUCTURA FÍSICA Y SEGURIDAD.
 - Dimensión: EQUIPAMIENTOS BÁSICOS EN LA ATENCIÓN:
 - “Oxímetro ambiental de sala en reparación”
 - “No quedan baja lenguas para reponer”. “no quedan hojas de traslado de enfermería”
 - “Sensor de saturómetro de reanimación malo” “a consecuencia del paro hubo demora en la entrega de resultados de exámenes aproximadamente de 4 a 5 hrs”.
 - “Informan de scanner descompuesto, por lo que ante una urgencia se debe controlar con el jefe de urgencia para coordinar posible traslado al hospital clínico”

- “No es posible reemplazo de baterías del monitor de reanimación (dinamap plus). No hay baterías en equipos médicos. Sólo se realiza protocolo de inspección. Pendiente baterías”.
- “Sala 508 cerrada, actual oncología cerrada por problemas estructurales”, “reloj de reanimación malo (no es problema de pilas)”
- “No hay frascos humidificadores para reponer en sala. la luz de la hoja recta del laringoscopio está suelta”
- “No quedan cintas de HGT” “ saturómetro Noni sin pilas”
- “Durante la noche no se contó con agua caliente con posterior corte de agua”
- “Se realiza mantención de electrocardiógrafo”.
- “Se pide a UEA una caja de guantes de procedimientos”
- “Se retira reloj de box de reanimación por detenerse, a pesar de tener pilas nuevas”.
- “Se intenta durante todo el día cubrir turno con técnicos reemplazantes sin respuesta satisfactoria.”
- “Refrigerador de sala de material en mal estado”.
- “Jefe de mantención informa que habrá corte de agua desde las 21 hrs hasta la 01.00 a.m. aproximado. se junta agua:”
- “Lavamanos box 2 tapado, se solicita gasfíter. Ascensor malo de UEI, se avisa a mantención”.
- “1 camilla de sala de observación en reparaciones. no hay en bodega guantes 6 ½, ni seda 3/0”
- “No se puede subir pacientes a Rx desde las 10:00 a 14:30 hrs por corte de luz prolongado”.
- “No hay en bodega lo siguiente: guantes de procedimiento ni estériles de ningún número. No hay microgoteos, algodón, bránula nº 24, tegaderm, por lo que hay que racionarlos súper bien”.
- “Ascensores malos, se avisa a telefonista”.
- “No hay gasas en el hospital”
- “En bodega no hay los siguientes insumos en hospital:
 - tela.
 - perfus de suero.
 - jeringas heparinizadas
 - guantes estériles 6 1/2.
 - detergente en polvo.
 - moltopré.

Así que por favor cuidar lo existente, ya que viene un fin de semana largo”

- ✓ “Esterilización en paro. no hay material”.
- ✓ “No hay baja lenguas de madera, ni detergente en polvo”.

- ✓ "Reparan Electrocardiógrafo"
- ✓ "No hay detergente en sala de material".
- ✓ "Guardia facilita silla de ruedas a un paciente que va a rayos acompañado por su madre, la que sustrae la silla. se da aviso a carabineros de sus sustracción".
- ✓ "No quedan jeringas de 3 cc, férulas digitales y detergente.
- ✓ "Saturómetro de equipo de sala de observación en mal estado. se envía para su reparación a servicios médicos".
- ✓ "No hay alcohol, termómetros, guantes nº 6 ½, bránulas 22 y hojas de evolución médica".
- ✓ "Hoja recta de laringoscopio desoldada. se deja en sala de enfermeras para mandar a soldar".
- ✓ "Informan de equipos médicos que la hoja del laringe deberá enviarse a Santiago para su reparación". "entregan saturómetro ambiental reparado".
- ✓ "Se recibe equipo de monitor con desfibrilador con baterías nuevas." se envía a equipos médicos el monitor de reanimación para reparar".
- ✓ "Quedan los dos monitores reparados y con baterías. por lo que ya se pueden usar para traslados".
- ✓ "Manómetro de o2 de sala de reanimación con reloj descompuesto. pendiente orden de trabajo para reparación".
- ✓ "Dispensador de jabón de sala está malo".
- ✓ "Se recibe electrocardiógrafo sala de reanimación operativo, con cable de poder más conexiones paciente más cable de tierra. falta funda".
- ✓ "PC de supervisora aun en reparación".
- ✓ "Desde 18:30 hrs por arreglos en la UEI queda corte de comunicaciones anexos telefónicos, desde esta unidad al resto del hospital y en general".
- ✓ "Teléfonos operativos, pero no al 100%".
- ✓ " No hay internet, por lo que no se pueden subir las camas al sistema".
- ✓ "Queda poco jabón, ya que no hay en el portal. probablemente llegue el lunes. no hay vendas cambris y tela adhesiva corriente".
- ✓ Se envía a reparación camilla de reanimación, dejando la camilla de la sala nº2 por ésta.
- ✓ Ducha de teléfono de baño de pacientes con filtración.
- ✓ No hay hojas de tec.
- ✓ Acuchec sin pilas.
- ✓ No hay tela en el servicio.
- ✓ No hay tela en el servicio.
- ✓ No hay apósito chico, ni algodón en esterilización.
- ✓ Insumos de esterilización muy escasos. se deja para fin de semana.
- ✓ No quedan hojas para categorizar.

- ✓ Camilla de reanimación con cabecera suelta. pendiente reparación.
- ✓ No hay internet hoy y mañana por problemas con servidor.
- ✓ Faltan hojas de traslado.
- ✓ Faltan hojas de categorización de paciente.
- ✓ Quedan sólo 2 paños perforados en la unidad
- ✓ Faltan hojas de traslado.
- ✓ Se dejan 10 frascos humidificadores para oxígeno (5 nuevos y 5 antiguos).
- ✓ Teléfono directo malo.
- ✓ No hay brazaletes en el servicio.
- ✓ Quedan sólo 12 aerocámaras en el servicio.
- ✓ No hay tela microport. en farmacia, ni tubular.
- ✓ Monitor cardiaco malo.
Faltan sondas de alimentación de calibre n°4.
- ✓ No hay en el hospital: algodón, sondas de aspiración n° 8, jabón, guantes estériles n° 61/2 y 7, moltopren, papel pizarra y brazaletes de identificación.
- ✓ 2 mangos del laringoscopio quedan no operativos y no enciende la luz. no se logra arreglar por equipos médicos.
- ✓ Monitor cardiaco en equipos médicos para reparación.
- ✓ Equipos médicos informa que monitor cardiaco no tienen reparación. sugieren dar de baja.
- ✓ No hay jabón en el servicio.

- DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS DE SEGURIDAD FÍSICA:

- “Se recibe secador de sala en mal estado, hace cortocircuito”
- “Enfermerano recibe paciente lactante de 10 meses con diagnóstico de contusión cerebral por tener cama grande, no apta para acostar a la lactante. se informa al Médico de Turno”.
- “En relación a la gripe porcina en casos de sospecha de esta patología en niños se debe:
 - Avisar a epidemiología.
 - Mantener en aislamiento transitorio en el box 2 que se encuentra habilitado con extractor, o2 central y aspiración.
 - Además se deja una caja con equipo de protección: mascarillas, antiparras y delantal (4).
 - Lavado de manos importante siempre.
 - El aislamiento es por gotitas y de contacto.

Se capacitará por los días 30-4-5-6 de mayo de 10:00 a 10:30 hrs y de 11:00 a 11:30 hrs en auditorio para todo el personal, también aparece por intranet un díptico informativo. Registrar con firma y fecha los asistentes.

- ✓ "Se quiebra manilla de puerta de box 3".
 - ✓ "Box 6 con megatoscopio y enchufe en mal estado. Se solicita reparación eléctrica".
 - ✓ "Guardia a las 4:30 hrs aproximadamente no se encuentra en su lugar de trabajo".
 - ✓ "Siendo las más menos 3:15 no se encuentra la guardia en su puesto de trabajo, se solicita a jefe de guardias una explicación y esta persona indica que la unidad de emergencia infantil no cuenta con guardia exclusivo".
 - ✓ "Enfermera sufre accidente en turno. cae balón de oxígeno de transporte sobre su talón derecho, provocando equimosis y contusión".
 - ✓ Amago de incendio en dependencias en construcción de zona administrativa. Extintores vencidos desde el año 2008. Bomberos sugiere identificar por zonas el tablero eléctrico para poder cortar electricidad en caso de ser necesario.
 - ✓ Camilla de reanimación en mal estado. base de fierro quebrada. se deja camilla de sala en reemplazo. se deja hecha hoja de orden de trabajo para enviar mañana.
 - ✓ Bodega de material sin luz.
 - ✓ Paciente se cae de camilla de reanimación en presencia de su madre, resultando con un corte en la oreja. de esta situación no se informa a enfermera de turno, ni pediatra, ni cirujano.
 - ✓ Silla de ruedas desoldada saca de funcionamiento. pendiente orden de trabajo.
- DISPONIBILIDAD DE ESPACIO DE DESCANSO.
- Sin elementos de observación.
- HORARIOS Y CALIDAD DE LA ALIMENTACIÓN:
- "No se reciben colaciones para el turno, se llama a alimentación, pero no contestan"
 - "Se extravía una colación del turno de noche por 3ª vez. la retiran directamente del estar de enfermeras".
 - "No llega colación nocturna para los técnicos paramédicos. se envía memo".
 - Falta colación nocturna.
 - Se reciben 2 colaciones menos en la entrega de turno.

- DISPONIBILIDAD Y CARACTERÍSTICAS DEL ESPACIO FÍSICO, TAMAÑO, DISPOSICIÓN DEL ESPACIO, ILUMINACIÓN, TEMPERATURA, VENTILACIÓN RUIDO.

- A paciente inmunodeprimida no se puede hospitalizar por falta de aislado, por lo que se le envía a domicilio. se le llamará si sucede algún cupo en el turno de noche”.
- ”Hoy a las 09:00 hrs se inunda sala de observación. se llama a intención y se informa a médico jefe. mantención plantea una solución momentáneas, ante ello se deben retirar 2 camillas de sala, ya que se encuentran en el área de salida del agua”.
- ”No hay calefacción en el servicio. se conversa con la persona responsable, quien informa que se encuentran las 2 bombas malas”.
- ”No hubo calefacción durante la noche”.
- ”Aviso para mañana de corte de energía de 09:00 a 11:00 hrs”.
- ”Gotera en sala de observación. se cambian 2 camillas. hoy será necesario conseguir bolsas de arena”.
- ”Gotera de sala de observación no se puede arreglar hasta que pare la lluvia, según informa mantención”.
- ”Comienzan obras en UEI”
- ” Mañana es seguro que sacan y cierran el baño”
- Se cambian 2 tubos fluorescentes de sala de reanimación y de baño de pacientes de sala.
- Baño de sala de paciente tapado. mantención esta avisado desde ayer.

- DISTRIBUCIÓN Y TIPOS DE TURNOS EN LA UNIDAD:

- sueldos, tipo de contrato - grados – tiempo en el grado actual. tiempo en la unidad Sin elementos de observación.

❖ EL CLIMA LABORAL:

- ❖ DIMENSIÓN: ESTRUCTURA FUNCIONAL: Sin elementos de observación.

- RESPONSABILIDAD:

- ✓ “Se recuerda que todo paciente de alta en su momento debe registrar fecha y hora de alta, en la hoja de enfermería. están dejando fichas incompletas”.
- ✓ ”Pérdida del chip de codificación del frasco de tiras del accu check. se solicita mayor control de los insumos”.

- ✓ "Pérdida de una silla de ruedas por el guardia de turno de día, la que no es informada hasta el siguiente turno. Se busca por lo servicios sin resultado y se informa a supervisora".
- RECOMPENSA: Sin elementos de observación.
- DESAFÍO:
 - ✓ "Se observa desfase de atención desde el ingreso al control pediátrico de más menos de 1 hora".
 - ✓ "Se observa una demora de atención de más menos 3 horas, con 100 atenciones en espera".
 - ✓ "Se realiza triage respiratorio desde 20.00 hrs a 0:00 hrs con técnico paramédico y enfermera de sala para descongestionar y disminuir la espera.
- RELACIONES:
 - ✓ "Se hará reunión con todo el personal de UEI, solicitada por el personal, el día jueves 26 de febrero 2009 a las 09:00hrs.

Tabla:

- ✓ Funcionamiento sala de observación.
- ✓ Equipamiento
- ✓ Carga de trabajo
- ✓ Capacitación
- ✓ Varios
- ✓ "Reunión Express de enfermería: martes 07 de abril 2009 8:30 hrs. motivo: decisión de enfermera supervisora sobre su cargo"
- ✓ "Feliz día de la enfermera".
- ✓ "Se cita a reunión de enfermeras para el viernes 26 de junio a las 09:00 hrs.

Tabla:

Acreditación IIH

- Cambios de registros en enfermería.
- Turnos ira
- Construcción del hospital Gustavo Fricke consenso de cargos en enfermeras".
- ✓ Se cita a reunión de enfermeras para el día 11 de septiembre a las 9.00 am.

Tabla:

- Avances en las normas de IIH.
- Carro de paro.
- ✓ Se hará reunión con médico jefe de unidad con todas las enfermeras de UEI. temas:
 - Unificar criterios entre equipo médico y equipo de enfermería en atención de urgencia a paciente crítico, que consulta en la unidad.
 - Sobrecarga de trabajo del equipo de enfermería, por cantidad de médicos versus enfermeras.
 - Falta de registros médicos en hoja (Hoja de Atención de Urgencia) DAU.
 - Entrega de pacientes entre jefes de turno médico.
- ✓ Reunión de enfermeras. tabla:
 - Protocolos de enfermería pendientes.
 - Capacitación.
 - Vacaciones.
- ✓ Reunión de enfermeras en calidad de urgencia. tabla: feriados legales.
- COOPERACIÓN:
- ✓ "Queda paciente en sala de observación con dg de Síndrome Obstructivo Severo y cardiopatía terminal, en compañía de sus padres".
- ✓ "Se facilita a Servicio Quirúrgico Pediátrico en calidad de préstamo una caja de mascarillas".
- ✓ "Se consigue en consultorio de especialidades 2 paquetes de 10 u c/u de férulas de aluminio".
- ✓ "Se recolecta información del nº de consultas, nº de pacientes respiratorios, nº de dg de influenza de los días 27 y 28 y se envía a la dirección del servicio".
- ✓ "Chiquillas queda presentación de lavado de material en el escritorio, para que la revisen y posteriormente presentarlo al personal como capacitación.
- ✓ "Queda hoja de laringo recta sala de observación para soldar".
- ✓ "Se manda hoja de laringo recta de sala de observación en equipos médicos. informan que tardará su reparación".
- ✓ "Dra. cárcamo realizará el práctico del curso de inmovilización, por favor les solicito colaboración para que el personal se organicen ese horario, ya que es durante el turno".
- ✓ "Se prestan 8 equipos de microgoteo a posta adulto. se deja solicitud".
- ✓ "médico dona dos collares cervicales nuevos".

- ✓ La enfermera de pediatría nos presta el acuchec por el turno de noche ante la falta de pilas del nuestro.
- ✓ Me conseguí con lavandería 14 paños perforados.
- ✓ Pediatría facilita 4 bolsas de jabón.
- ✓ Se facilitan a unidad de emergencia adulto 2 sillas de ruedas.
- ✓ Servicio de pediatría facilita 15 brazaletes.

- STÁNDARES:

- ✓ "A partir de hoy se debe ingresar al sistema UGCC (unidad de gestión de camas centralizadas) en salud responde a todos los pacientes que estén hospitalizados en UEI. este informe debe estar antes de las 10hrs am. la sugerencia es que la enfermera de sala de turno de noche lo haga".
- ✓ "Chiquillas, dejé en el escritorio un documento con los protocolos de enfermería corregidos, revísenlosj.
- ✓ "Deben hacer la hoja de ingresos en todo los pacientes ingresados".
- ✓ De debe seguir realizando la hoja de ingreso y egreso de enfermería a todos los pacientes.
- ✓ A partir de hoy de deben identificar a todos los pacientes: hospitalizados, procedimientos ambulatorios, pabellón con el brazalete. registrando nombre y apellidos completos, n° de rut, con letra imprenta y legible y registrar en ficha clínica y /o en hoja de ingreso y egreso el diagnóstico según circular 088 (protocolo de identificación .quedan brazaletes en sala de reanimación.
- ✓ Mañana vendrán de IIH a revisar fichas de pacientes hospitalizados.

- CONFLICTOS:

- ✓ "Demora excesiva en entrega de resultados de exámenes, sin que laboratorio justifique tal demora." "se sugiere hacer un reclamo oficial al médico jefe de laboratorio"
- ❖ "Quedan 7 pacientes hospitalizados en sala de UEI y 1 paciente en box"
- ❖ "Pendientes 4 ingresos en sala". "se recepciona licencia de paramédico por 7 días"
- ❖ "Recepción de licencia médica de paramédico por 14 días". "personal paramédico se retira de turno por lumbago diagnosticado en UEA"
- ❖ "Se recepciona prolongación de licencia médica de paramédico"
- ❖ "Paciente traumatológico es atendido por doctor..., dejando indicaciones que no satisfacen a la madre del menor, la cual toma el FAP de atención y lo esconde a la cartera en presencia del paramédico, no pudiendo recuperar el documento. cuando se avisa de este hecho a la enfermera de box, la madre se fuga con los documentos, no quedando registro del nombre del menor. este hecho fue presenciado sólo por el paramédico, informando del hecho al médico jefe de turno"

- ❖ “Quedan 6 pacientes hospitalizados en sala de observación”
- ❖ “Auxiliar de aseo no acata ordenes de enfermera de box en realizar aseo terminal”
- ❖ “No hay camas en pediatría”
- ❖ “No hay camas den pediatría y servicio quirúrgico pediátrico. se avisa a jefe de turno en la mañana por posibilidad de traslados o altos. no se realizan.”
- ❖ “Pediatría sin camas, al igual que Servicio Quirúrgico Pediátrico (SQP).
- ❖ “Se entrega sala de reanimación con 7 pacientes hospitalizados y 2 pacientes hospitalizados en camilla de box. jefe de turno toma conocimiento”:
- ❖ “Durante el turno se reciben 16 ingresos, por lo que sebe desocupar sala de observación, trasladándose los niños a los servicios y dos de los niños se envía en ambulancia a sus domicilios, belloto y quintero”.
- ❖ “Mañana habrá paro de funcionarios. se deja parcialmente cubierto los turnos”.
- ❖ “En UEI no hay formularios de notificación de influenza humana”.
- ❖ “Se fuga paciente desde sala de observación. se da aviso a carabineros”.
- ❖ “Pérdida de 1 riñón desde sala de observación. técnico paramédico no contabiliza material. se avisa de esta situación a supervisora”.
- ❖ “Portal del hospital malo para realizar pedido”.
- ❖ “Fuga de madre con menor con disfunción familiar en espera de traslado al hospital de Quilpué. se informa a médico de turno”.
- ❖ “Laboratorio clínico informa que muestras de IFI de dos pacientes en turno de noche del 14 de junio llegan con rotulación y ordenes cambiadas, por lo que no son procesadas y se deberán tomar nuevamente”.
- ❖ “Padres se retiran con menor ante la negativa de someter al lactante a exámenes de sangre que son solicitados por el médico. pese a la explicación resulta imposible convencer. queda Registrado lo sucedido en el Formulario de Atención Prestada (FAP) correspondiente a la atención”.
- ❖ “Personal paramédico incompleto en el turno
- ❖ “Queda hospitalizado en sala de observación paciente con dg. trastorno de personalidad ¿bipolaridad? por orden de jefe de turno, existiendo cupos en pediatría.
- ❖ “Gasfíter destapa lavamanos en área sucia en clínica en box. saca 49 termómetros”.
- ❖ Se solicita por técnico paramédico 2 días de vacaciones, los que deberán cubrirse.
- ❖ Avisa técnico paramédico, que no puede venir a turno mañana, por enfermedad. pendiente licencia médica, el que queda cubierto.
- ❖ Se recibe turno sin personal de aseo.
- ❖ En pediatría y cirugía infantil, reciben sólo un ingreso en cada servicio por falta de personal (en paro).
- ❖ Se recibe licencia médica de técnico paramédico. Se busca reemplazante.

- ❖ Se recibe licencia médica de técnico paramédico por 15 días. Se busca reemplazante.
- ❖ Se pesquisa 1 pinza menos en bandeja de curación.
- ❖ Se deben cubrir vacaciones de técnico paramédico.
- ❖ Personal técnico se reporta enferma. se intenta cubrir.
- ❖ Pediatría sin camas.
- ❖ Se recibe licencia médica de técnico paramédico por 15 días que se debe cubrir.
- ❖ Se recibe licencia médica por 5 días por esguince de técnico paramédico.
- ❖ Cubro licencia médica de técnico paramédico.
- ❖ Turno con personal auxiliar y técnico paramédico incompleto.
- ❖ Sin cupo en el servicio quirúrgico pediátrico.
- ❖ Se recibe licencia médica por 12 días de técnico paramédico.
- ❖ Cerrarán sala de cirugía hasta mañana.
- ❖ Turno con personal auxiliar paramédico incompleto.
- ❖ Se recibe licencia médica por 6 días. se deja cubierto.
- ❖ Técnico paramédico solicita vacaciones por problemas personales, que se deja cubierto.
- ❖ Se fuga paciente. se da aviso a carabineros.
- ❖ Se recibe licencia médica de técnico paramédico. se cubre turno.
- ❖ Se recibe licencia médica por 7 días de técnico paramédico.
- ❖ Se pesquisa falta de camilla, la que no es encontrada dentro del servicio.
- ❖ Se recibe licencia médica por 15 días de técnico paramédico.
- ❖ Se recibe licencia médica por 10 días.
- ❖ Equipo de curación incompleto.
- ❖ Se recibe licencia médica por 21 días.

- IDENTIDAD:

- ❖ La autorrealización profesional y personal a nivel laboral de la enfermera de la unidad.
dimensión:

- HALLAZGOS:

- ❖ “reunión urgente jueves 8 de enero,09:00hrs.tema: uso de la sala de observación para paciente ambulatorio”

VII. ANEXO

PLANO ESQUEMÁTICO DE LA UNIDAD DE URGENCIA INFANTIL
DEL HOSPITAL GUSTAVO FRICKE (2010 - 2011)

