



**FACULTAD DE HUMANIDADES
INSTITUTO DE HISTORIA Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE SOCIOLOGÍA**

“Factores organizacionales que influyen en la atención de salud de calidad: el caso del Consultorio de Atención de Especialidades Médicas (CAE) del Hospital ‘Gustavo Fricke’ de Viña del Mar”

Memoria de Grado para optar al Grado de Licenciado en Sociología y
Título Profesional de Sociólogo

Emanuel D. I. Arredondo González

Profesor Guía:
R. Jorge Chuaqui K.

Marzo, 2009

DEDICATORIA

*A mi padre flexible
a mi madre inflexible
que concibieron a su hijo reflexivo...*

Excelencias de la Sabiduría

*(...) cuando la sabiduría entrare en tu corazón,
y la ciencia fuere grata a tu alma,
la discreción te guardará;
te preservará la inteligencia,
para liberarte del mal camino,
de los hombres que hablan perversidades,
que dejan los caminos derechos,
para andar por sendas tenebrosas.*

Proverbios 2:10 al 15

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero dar las gracias a tres personas que inspiraron mi trabajo. Al profesor Chuaqui por sus consejos y apoyos constantes cuando me veía mi trabajo, al sociólogo Alex Uribe que fue quien posibilitó y me introdujo dentro de la dinámica hospitalaria y a la señora Eliana, jefa del CAE (Consultorio de Atención de Especialidades) que fue la gran responsable del difícil logro de desarrollar el trabajo de campo.

Y en general a todos mis amigos, familiares, jugadores varios y compañeros de la U (Eduardo, Bernabé, Paulo, Félix, Gino, Leo, Dani, Fabro, Nini y Rodrigo) que quizás no con un debate complejo y cargado de intelectualidad, me alegraban y me entregaban un poco de animo para lograr la motivación necesaria trabajar en mi tesis. Gracias por lo simple, por su risa, sus comentarios, abrazos y sus palabras.

Y a Yohana S. quien llegó casi al final de este proceso, como la porción justa de ánimo, de amor y casualidad.

PRESENTACIÓN

La comprensión de lo que se entiende por persona enferma o carente de salud, con el paso de los años así como con los avances en ciencia y tecnologías médicas han marcado un cambio a la hora de hablar de salud. Hoy tener salud no se remite meramente a la ausencia de enfermedad sino que comprende una situación de bienestar biológico, psicológico y social; así se habla de bienestar bio-psico-social, debido a que el control de las enfermedades infecto-contagiosas se ha alcanzado en la mayor parte de los países industrializados, las enfermedades que afectan a las personas se asocian más que nada a decisiones de cómo llevan su vida las poblaciones (relacionadas con la calidad de vida).

Dentro de esta nueva comprensión de salud es que se ha desarrollado la medicina preventiva (en desmedro de la medicina curativa) y otras formas de atención como la medicina familiar. Y entran en juego dimensiones como el respeto, la dignidad, libertad e igualdad de los ciudadanos. Este nuevo marco conceptual enfatiza, entre otras cosas, en la calidad de la atención así como en la satisfacción de las expectativas de los usuarios. Un ejemplo de este enfoque, en el cual se resalta el respeto y la dignidad, tanto de los usuarios como de los funcionarios es la campaña que el año 2006 el Ministerio de Salud ha implementado bajo el nombre 'Buen Trato' (Hagamos un Trato, Tratémonos Bien).

Es por esto que resulta de importancia la comprensión y el entendimiento de las percepciones de los funcionarios del sistema de salud y de los factores que inciden en la atención de los usuarios. Este es el fin que la presente investigación se propone realizar. Considerando este nuevo enfoque de salud-bienestar tanto para los funcionarios como para los usuarios, y desde los funcionarios para los pacientes.

Palabras clave:

Bienestar – Práctica Médica – División del trabajo

INDICE

I. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1. <i>Fundamentación: Desarrollo del Problema.....</i>	<i>9</i>
2. <i>Objetivos Generales y específicos.....</i>	<i>16</i>
2.1 <i>Objetivo General.....</i>	<i>16</i>
2.2 <i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>16</i>
3. <i>Relevancias.....</i>	<i>17</i>
II MARCO TEÓRICO.....	19
1. <i>Perspectiva Teórica del estudio: Síntesis Teórica.....</i>	<i>19</i>
2. <i>Discusión Bibliográfica.....</i>	<i>22</i>
2.1 <i>Comprensión de la Organización: Definición y Características del Clima Organizacional.....</i>	<i>22</i>
2.2 <i>La Institución de Salud Como Sistema.....</i>	<i>29</i>
2.3 <i>Entendiendo la práctica médica.....</i>	<i>41</i>
2.4 <i>Comprensión de la Acción Social.....</i>	<i>47</i>
3. <i>Definiciones conceptuales.....</i>	<i>51</i>
III. MARCO METODOLÓGICO.....	58
1. <i>Tipo de Estudio.....</i>	<i>58</i>
2. <i>Tipo de Diseño.....</i>	<i>58</i>
3. <i>Universo y Muestra.....</i>	<i>59</i>
4. <i>Técnicas de Producción de Datos.....</i>	<i>62</i>

5. <i>Técnicas de Análisis de Datos</i>	63
5.1 Estrategia de Análisis.....	64
6. <i>Calidad del Diseño</i>	66
7. <i>Plan de Trabajo</i>	67
8. <i>Condiciones Éticas</i>	68
IV. ANÁLISIS	70
1. <i>Conociendo a los Funcionarios del CAE</i>	70
1.1 Antigüedad Laboral y Procedencia.....	71
1.2 Sobre la función que desempeñan.....	73
1.3 Elementos motivacionales: las razones por las cuales trabajan.....	78
2. <i>Recursos e Infraestructura</i>	84
2.1 Sobre las Condiciones Materiales del CAE.....	85
2.2 Sobre la Falta de Recursos en el CAE.....	91
2.3 Aumento de la Población.....	96
2.4 Elementos Políticos.....	98
3. <i>Cuestiones Administrativas</i>	100
3.1 Sobre Esfuerzos (Recarga Laboral poco reconocida).....	101
3.2 Desplazamiento en los Límites de las Funciones: El Hacer Otras Labores.....	109
3.3 Problemas Administrativos.....	112
3.4 Inseguridad Laboral: Falta de una Contratación Adecuada	116
3.5 La Importancia del CAE para los Funcionarios.....	119
3.6 Lo que Entrega el CAE a los Funcionarios: Recompensas.....	120
4. <i>Relaciones Entre Estamentos</i>	125
4.1 Deterioro de las relaciones superiores-subordinados.....	126
4.2 Buenas Relaciones: Entre Pares.....	130
4.3 Relaciones Intra Estamentos.....	131
4.4 Del Personal: Subordinados.....	133
4.5 Buenas Relaciones de la Dirección a los Subordinados.....	137
4.6 Sobre los Médicos.....	139
4.7 Liderazgos Confusos: Sobre los profesionales desde los médicos.....	144
5. <i>Sobre los Pacientes</i>	148
5.1 Conociendo la Procedencia y el Tipo de Paciente que Acude al CAE.....	149
5.2 Impaciencia e Impulsividad de los Pacientes.....	152
5.3 Reclamos de los Pacientes.....	155
5.4 Lo que Entregan los Pacientes a los Funcionarios.....	159
5.5 Acción Afectiva Hacia los Pacientes.....	161

6. <i>Expectativas de los Funcionarios</i>	164
6.1 Modificación de la Infraestructura.....	165
6.2 Una Mejor Gestión.....	168
6.3 Sobre Calidad.....	171
6.4 Unión, Lealtad, Compromiso y Reconocimiento.....	173
6.5 Seguridad Laboral.....	174
6.6 A Otros Funcionarios.....	175
6.7 A los pacientes.....	178
V. CONCLUSIONES	181
VI. BIBLIOGRAFÍA	196
ANEXOS	I
1. <i>Pauta Entrevistas Individuales y Entrevistas Grupales</i>	<i>I</i>
2. <i>Descripción de las relaciones, contradicciones y encuentros entre el discurso de los diferentes actores del CAE</i>	<i>II</i>
3. <i>¿Quiénes Somos?, Visión y Misión de la Organización</i>	<i>XI</i>
4. <i>ORGANIGRAMA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE 2006 - 2010</i>	<i>XIV</i>

SIGLAS

AUGE	Acceso Universal de Garantías Explícitas
CAE	Consultorio de Atención de Especialidades Médicas
FFOMC	Fundación para la Formación de la Organización de Médicos de Cuenca
FONASA	Fondo Nacional de Salud
MINSAL	Ministerio de Salud de Chile
OMS	Organización Mundial de la Salud
Phao	Organización Panamericana de Salud
SOME	Servicio de Orientación Médico Estadístico
SAP	Servicio de Atención de Personas

I. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1. *Fundamentación: Desarrollo del Problema*

“La evolución desde un modelo etiológico de enfermedades infecciosas a un modelo multicausal de enfermedades crónicas ha contribuido notablemente a que los médicos (y otras profesiones sanitarias) se hayan dado cuenta de las relaciones crecientes entre la biología y las ciencias sociales”.

Lisbeth M. Claus & Yvo Nuyens.

Son innegables los cambios que ha sufrido el panorama sanitario en el mundo. El control de las enfermedades infecto-contagiosas se ha alcanzado en la mayor parte de los países industrializados (Cockerhan: 2002), con lo cual los enfoques curativos de salud, al mismo tiempo que controlan las enfermedades infecciosas marcan el surgimiento de un enfoque de salud que enfatiza en la prevención de las patologías (como la medicina preventiva) y la promoción de la salud (nuevos enfoques, como la medicina familiar).

Las personas hoy ven amenazada su salud por los cánceres, las enfermedades cardiovasculares, las patologías respiratorias (Cockerhan: 2002; FFOMC: 2003) y además por traumatismos, violencias y accidentes de tránsito (Acevedo F.: 2007). Este nuevo tipo de patologías han sido denominadas como enfermedades crónicas no transmisibles, que se diferencian de las enfermedades infecciosas principalmente por ser causadas por lo que se conoce como los estilos de vida (factores sociales muchas veces) los que corresponden a patrones de conducta que se relacionan con la salud y se encuentran basados en elecciones sobre las opciones de que disponen las personas en función de sus posibilidades de vida¹. Desde acudir a visitas médicas hasta cosas

¹ La propuesta que elabora, Weber, acerca de los estilos de vida establece la interacción entre dos determinantes de esta. Estos determinantes son Lebensführung (conducta de vida) y Lebenschancen (oportunidades o posibilidades de vida), los cuales son los componentes del Lebensstil (estilo de vida). Lebensführung, se refiere a las elecciones que las personas llevan a cabo para conseguir un estilo de vida determinado, esto a su vez se encuentra determinado por

más simples como lavarse los dientes. Son elecciones y prácticas, actividades que se pueden hallar tanto dentro como fuera del sistema de salud, como hacer ejercicio, dietas, fumar, tomar alcohol, entre otras prácticas.

Hoy en día la salud se encuentra amanzada por factores o elementos sociales como medioambientales (Cockerhan: 2002).

Entre estos factores podemos encontrar:

- Factores asociados a la conducta individual, como beber alcohol, fumar, falta de ejercicio, etc.
- Factores asociados a fallos de organización social: Soledad, por ejemplo.
- Factores económicos, principalmente la pobreza.
- Factores correspondientes al entorno físico, como la contaminación del aire.

A pesar del surgimiento de las enfermedades crónicas la esperanza de vida de la población se ha alargado con el paso de los años, al igual que los índices vegetativos de la población, la caída de

Lebenschancer. Sobre este punto R. Dahrendorf, menciona que Weber es bastante ambiguo al establecer lo que son las oportunidades o posibilidades de vida. Para él lo que Weber quiere decir con posibilidades de vida es la “probabilidad de encontrar satisfacción por intereses, deseos y necesidades” (Cockerham, William C.: 2002). Es la posibilidad de encontrar un estilo de vida en particular, para esto la persona debe tener recursos económicos, el estatus, los derechos y las relaciones sociales que permiten tener un estilo de vida determinado. Las posibilidades de vida están determinadas por las circunstancias sociales de la persona.

Las posibilidades de vida (Lebenchancen) son mayores en los grupos socioeconómicos altos, dado que poseen recursos con los cuales desarrollar, luego de la elección, un determinado estilo de vida. Con respecto a los estilos de vida, Weber plantea que estos se pueden ampliar al resto de la sociedad, como lo que sucedió con la ética protestante, la cual se extendió al resto de la sociedad. Esto mismo puede llegara suceder con los estilos de vida, debido a que distinguen a las personas, se pueden extender al resto de la sociedad. Por ejemplo, estilos de vida saludables son tomados y valorados por el resto de la sociedad.

El lugar dentro del cual se sitúa una persona ocupa dentro de la jerarquía social no se encuentra solo determinado por los ingresos sino que además, esta posición se encuentra determinada por los ingresos, la educación y el estatus que esta persona posee. El estilo de vida es reflejo del estatus de una persona en la sociedad, es decir, los estilos de vida se encuentran basados en lo que las personas consumen antes de lo que producen. Además, los estilos de vida se encuentran basados en elecciones, pero estos dependen del potencial del individuo para concretarlos. A su vez, el potencial se encuentra determinado por las circunstancias socioeconómicas que rodeen al individuo. Los estilos de vida constituidos caracterizan a grupos socioeconómicos concretos, estos estilos a su vez pueden ser expandidos al resto de la sociedad, a través de los límites de las clases, logrando influencia en la sociedad en conjunto.

la mortalidad infantil y el incremento en la calidad de vida². Sobre este punto la OMS³ (Organización Mundial de la Salud) hace una distinción entre “esperanza de vida” y “esperanza de salud”, la última entendida como la esperanza de vida pero con buena salud.

Se observa un cambio en el foco de atención dentro del campo de la salud, pasando de la salud-enfermedad (como ausencia de esta) a un concepto más amplio de salud, que no solo comprende la salud de las personas desde un aspecto meramente biológico, sino que incorpora otras dimensiones como las físicas, biológicas y sociales. Este nuevo enfoque reconoce y plantea la importancia de los aspectos sociales, psicológicos, económicos y políticos en el estado de salud de las personas, de sus familias y de su comunidad (Ministerio de Salud, 2001). Como “un estado de bienestar físico, mental y social y no meramente como la ausencia de enfermedad” (Cockerham, W.: 2001), define la OMS esta nueva comprensión que se ha desarrollado de la salud, la que además retoma el aspecto de la prevención de las patologías y conservación y promoción de la salud (Cockerham, W.: 2001).

De esta forma han surgido nuevas y formas de atención de los pacientes como la medicina familiar (solo por poner un ejemplo) que en Chile es una alternativa que lleva alrededor de 10 años de desarrollo (Oliva C. & Hidalgo C.: 2004). Dentro de este enfoque la familia cobra importancia en la implementación del tratamiento pues es en esta donde transcurre el desarrollo biológico y psicosocial del individuo, no perdiendo por esto el foco de atención que son los

² Cabe señalar que no solo en los países industrializados o desarrollados se ha alcanzado el control de las enfermedades infecciosas y el mejoramiento de los índices de mortalidad infantil y materna, así como el aumento en la esperanza de vida. Esta tendencia también se presenta en nuestro país (Acevedo, F. (2007). Seminario de Sociología de la Salud, Viña del Mar: Universidad de Valparaíso, Carrera de Sociología)

³ La OMS ha propuesto medidas que han apaleado la escasez de agua y alcantarillado, además de la producción de alimentos más baratos. Estas medidas son conocidas como “Métodos de Ingeniería”, que fueron aplicados a lo largo del siglo XIX. De esta forma los primeros 60 años del siglo XX estuvieron dedicados al combate de las enfermedades infecciosas (“La Era Médica”) a través de programas de vacunación masiva y el uso de antibióticos para combatir dichas infecciones. Dentro ya de la “Era Posmédica”, se han dejado de lado, en gran parte, las enfermedades infecciosas. En cambio, hoy en día la salud se encuentra siendo atacada por factores o elementos sociales como medio ambientales, en el mundo entero.

individuos y potenciando además, que a través de este enfoque se logre una mayor satisfacción de los usuarios.

Esta necesidad, la de una comprensión de la totalidad de los elementos que influyen en la salud de las personas, se puede entender como un intento por lograr generar una atención de calidad y lograr el bienestar (tanto físico, mental y social) para los usuarios del sistema de salud, con lo cual se busca la satisfacción sobre aspectos que van más allá de lo meramente médico para la población. Iniciativas gubernamentales que recogen este enfoque señalan el alcanzar logros sobre aspectos técnicos de la atención, en un contexto de respeto de la dignidad, libertad e igualdad de los ciudadanos (Ministerio de Salud, 2005). Para lo cual se presentan tres metas:

1. Justicia financiera: Desde el gobierno regional procurar que todas las personas tengan acceso a la salud y que la situación económica no sea un impedimento o que se vea menoscabado por el impacto de las prestaciones médicas de alto costo, generando un mecanismo que no empobrezca a las familias chilenas.
2. Satisfacción de las expectativas legítimas de la población: Relacionado con los aspectos no médicos de la atención e incluyen elementos relacionados con los derechos de los pacientes (respeto a la dignidad, la autonomía y la confidencialidad), así como la orientación al usuario (pronta atención, las comodidades básicas, la posibilidad de contactos con familiares cercanos durante el proceso de atención y la capacidad de elección).
3. Calidad de la atención en salud: Aplicación de la tecnología médica de forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional los riesgos.

Lo que interesa señalar es que el aseguramiento de una atención de calidad y la satisfacción de las expectativas de los pacientes por la atención recibida, es una problemática que ha sido tomada desde el aparato gubernamental como una temática relevante y de importancia. Tal como se

puede observar en el documento del Gobierno “Objetivos sanitarios para la Década 2000 - 2010”, en el cual se señala que deben proveerse servicios de acuerdo a las expectativas de la población (para disminuir de esta forma la insatisfacción respecto a dichas expectativas de los usuarios). Al igual que en el documento realizado por la Unidad de Epidemiología de la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la Región de Valparaíso (2005) “Diagnóstico de la Salud de la V región”, en el cual se indica la “existencia de mecanismos de medición rutinaria de satisfacción de usuarios en todos los establecimientos de salud e intervenciones pertinentes para mejorarla”.

De esta manera, una atención de calidad se hace imprescindible para lograr el bienestar de las pacientes, respetando sus derechos, libertades y por sobre todo la dignidad de las personas. Entiendo por calidad de la atención la “provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario” (Pascoe, 1983. p. 183 en Oliva & Hidalgo: 2004). Corresponde este tipo de evaluación a la calidad social, teniendo presente que existen otras dimensiones de la calidad como la calidad técnica, económica y práctica.

En la investigación llevada a cabo por Oliva & Hidalgo (2004) se proponen dos definiciones de satisfacción del paciente. La primera de ellas es definida como: “el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de este servicio que recibió”. La segunda que se presenta es la siguiente: “la medida en que los profesionales de la salud logran cumplir las necesidades y expectativas de los usuarios”. Las dimensiones presentadas en las definiciones anteriores, guardan relación con la forma y con los objetivos de la presente investigación, que es conocer la percepción de la atención desde los funcionarios, atención que ellos mismos brindan en el CAE (Consultorio de Atención de Especialidades) que se encuentra ubicado en el Hospital Gustavo Fricke.

La satisfacción de los usuarios debe considerar la medición y el diagnóstico de las condiciones en las cuales los funcionarios del CAE realizan sus labores, porque la satisfacción de médicos, como un ejemplo, repercute en la relación médico paciente (Bascuñan M.: 2005). Es por esto que la satisfacción de uno o de otro grupo se relaciona con la satisfacción de ambas partes.

En concordancia con lo anterior, el año 2006 el Ministerio de Salud ha lanzado la campaña publicitaria *Buen Trato*, con el eslogan: “*Hagamos un Trato, Tratémonos bien*”. Generar un ambiente más digno, cordial y humano, entre los funcionarios de la salud y los usuarios del sistema, reforzando la idea de que no solamente es importante lo que se hace con las personas sino cómo se hace. Bajo esta lógica es importante el trato hacia los usuarios desde los funcionarios, pero al mismo tiempo es igual de importante el trato de los usuarios hacia los funcionarios, considerando la dignidad y el respeto como dimensiones bidireccionales, de los usuarios a los funcionarios y desde los funcionarios a los usuarios. (Ministerio de Salud (Agosto, 2006) <http://www.minsal.cl/>)

Por otro lado, la aplicación del conocimiento científico en la práctica médica, sumando al hecho de los avances en los desarrollos científicos mismos, tanto en conocimientos como en tecnologías médicas, han facilitado de alguna manera el diagnosticar y el tratar enfermedades y han conducido a una profundización del saber mismo, que se ha parcelado al interior de la medicina y dado lugar al desarrollo de las especialidades médicas. Las especialidades médicas, tal como Parsons (1999) lo muestra, se caracterizan (gracias a este desarrollo de ciencia) por un alto grado de competencia técnica, y que son la base para la división del trabajo de la práctica médica.

Pero más allá de las implicancias teóricas en la comprensión del desarrollo de las especialidades médicas, existe un elemento que debe ser considerado a la hora de la comprensión de esta diferenciación al interior del campo de la medicina. Este elemento se encuentra constituido por

las reformas a la salud que se han desarrollado en Chile (como la ley 19.937), que entre otras cosas impulsan y de esta promueven el desarrollo de la atención primaria.

Este tipo de atención es la que el CAE (Consultorio de Especialidades Médicas) del hospital Gustavo Fricke desarrolla. En el se encuentran presentes trece especialidades médicas (como la oncología, la ginecología, la oftalmología entre otras). Al interior del CAE, al igual que en el resto del hospital Gustavo Fricke, además de los especialistas de las trece especialidades, se encuentran presentes cinco estamentos de funcionarios (administrativos, médicos, profesionales no médicos, técnicos y auxiliares). Esto señala que no solo los médicos y los equipos médicos son parte en la organización del tratamiento que se les brinda a los pacientes del sistema de salud y que la división del trabajo al interior de esta organización es una temática que no puede pasar por alto a la hora de comprender la percepción de los funcionarios con respecto a la atención.

El rescate de aquellos elementos, los mencionados anteriormente entre muchos otros, encuentran su sentido y pertinencia en el hecho de lograr la comprensión de las condiciones de trabajo de los funcionarios del CAE, condiciones de trabajo que permitirán la comprensión del entorno dentro del cual deben desarrollar sus funciones los diferentes funcionarios del CAE.

Esta posibilidad genera la comprensión de las reales posibilidades de lograr cumplir las expectativas de los usuarios del CAE, por parte de los funcionarios. En otras palabras, permitirán entender y sentar las bases, para mostrar hasta que punto las posibilidades de satisfacción de los usuarios, pasa además por la satisfacción de los funcionarios del mismo consultorio y así el lograr “cumplir las necesidades y expectativas de los usuarios” (Pascoe, 1983. p. 183 en Oliva & Hidalgo: 2004).

Del planteamiento anterior se desprende la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción de los funcionarios del Consultorio de Atención de Especialidades Médicas (CAE) ubicado en el hospital Gustavo Fricke, con respecto a la atención que ellos brindan y los factores sociales y organizacionales que influyen en ella, en el Chile de hoy?

2. Objetivos Generales y específicos

A partir de la pregunta de investigación anterior, a continuación se señala tanto el objetivo general de la investigación, así como los específicos.

2.1 Objetivo General

- Conocer la percepción de los funcionarios del Consultorio de Atención de Especialidades Médicas (CAE) ubicado en el hospital Gustavo Fricke, con respecto a la atención que ellos brindan y los factores organizacionales y sociales que influyen en ella, en el Chile de hoy.

2.2 Objetivos Específicos

- Describir los roles de los funcionarios de los distintos estamentos y las relaciones intra y entre estamentos, a partir de la percepción de los funcionarios.
- Conocer las disposiciones burocráticas y su injerencia sobre la forma de atención, a partir de la percepción de los funcionarios.
- Conocer las percepciones de los funcionarios con respecto a los recursos disponibles (tanto humanos como de infraestructura) para la atención, a partir de la percepción de los funcionarios.
- Conocer las percepciones de los funcionarios con respecto a los pacientes.
- Conocer las expectativas de los funcionarios y en grado en que estas se cumplen, a partir de la percepción de los funcionarios.

Dentro de los objetivos específicos de la investigación se han considerado los factores o elementos que pueden influir en la atención, que han sido recogidos de la literatura, así como de distintas investigaciones, además de las conversaciones con funcionarios del CAE. De esta manera, se han considerado como factores o elementos que pueden influir en la percepción de los funcionarios, los recursos disponibles (tanto los materiales como los humanos), la gestión o los elementos administrativos, las relaciones entre a intra los estamentos, los paciente y las expectativas de los funcionarios. Todo lo cual busca contribuir al entendimiento de las condiciones de trabajo de los funcionarios.

3. Relevancias

Una primera aproximación a las relevancias del problema de este estudio, se encuentra establecida por la contingencia y por la utilidad práctica que tendrán, tanto la investigación como los resultados de esta, para la realización de posibles y futuras intervenciones en el CAE.

Dentro del sistema hospitalario se han realizado muy pocas investigaciones que evalúen la calidad de la atención desde el punto de vista de los funcionarios. En especial al interior del CAE, se han realizado mediciones desde la percepción de los funcionarios, pero no desde la perspectiva sociológica, por lo cual los resultados que esta investigación proveerá serán de gran utilidad para realizar futuras mejoras en aspectos que se consideren claves y a la vez débiles, para la satisfacción de los usuarios y también para la comprensión de las dimensiones más relevantes que los funcionarios destaquen con respecto a la atención que ellos mismos brindan. Es por esto que esta primera aproximación señala la relevancia práctica de esta investigación.

Pero además esta investigación, como ha sido señalado y tomando los elementos del marco interpretativo, contribuirá al conocimiento de la organización de los servicios médicos (en especial los consultorios) y su influencia en la satisfacción de los usuarios. Contribuyendo de esta

manera al conocimiento teórico del problema de la salud y de los elementos que influyen en la satisfacción de los pacientes. Además, de generar el diagnóstico de los elementos que influyen en la satisfacción de los usuarios, la medición de este tópico puede hablar indirectamente de la legitimidad del CAE para con los usuarios, es decir, si es aceptado o no por ellos.

Relevancia teórica, que también se puede hallar en la contribución que se realizará a partir de esta investigación a la problemática de la sociología de la salud, temática poco estudiada en Chile a diferencia del desarrollo de esta disciplina en Europa, Estados Unidos o Australia. Por lo mismo, su dificultad está dada por no contar con teorías acabadas que comprendan este tema a cabalidad en Chile. La comprensión de los servicios médicos, su organización, las relaciones de los diferentes actores y sus disposiciones, y los elementos que influyen, tanto en la organización de los servicios de salud, como en las relaciones que mantienen entre los mismos funcionarios y los pacientes, se convierten en elementos de importancia, porque se proveerá de un conocimiento (teórico como práctico) de gran relevancia para el entendimiento de esta temática poco estudiada y abarcada en Chile.

De esta manera, se espera aportar con esta investigación al conocimiento teórico de la sociología de la salud y al mismo tiempo al conocimiento práctico de esta disciplina.

II MARCO TEÓRICO

1. Perspectiva Teórica del estudio: Síntesis Teórica

Teniendo presente la pregunta de investigación, así como los objetivos que guían esta investigación, se ha pensado en un marco teórico y autores que traten las temáticas de la organización del trabajo. Pero más que nada se ha puesto énfasis en aquellos autores que hayan recogido la problemática de la organización de los servicios de salud y en aquellos elementos de sus perspectivas teóricas que se puedan complementar para el análisis de la práctica médica. La siguiente cita ilustra de mejor manera la perspectiva teórica del estudio, así como sus vinculaciones con la pregunta de investigación como con la metodología:

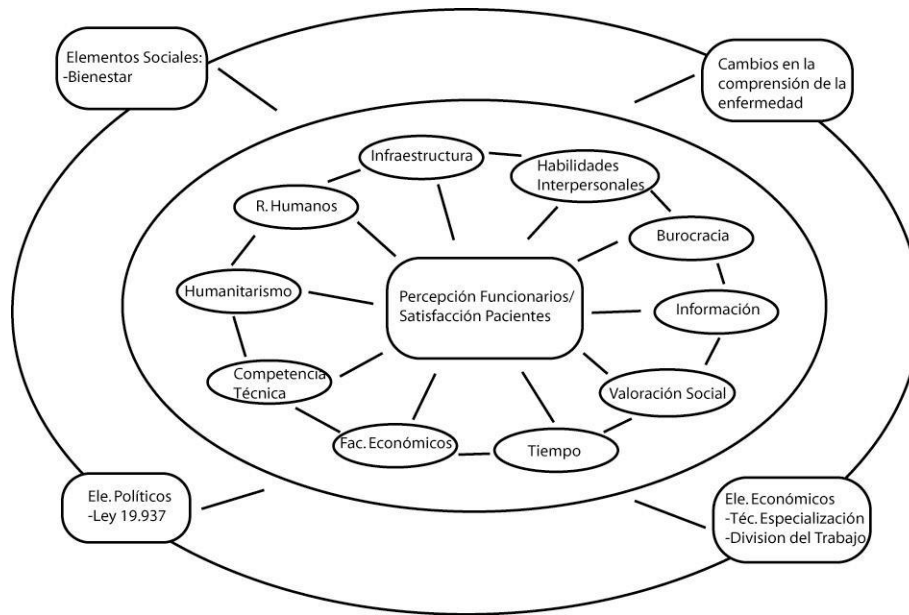
“El interés del sociólogo se dirige en primer lugar las instituciones donde el trabajo se efectúa; en este caso el hospital y el consultorio médico. En segundo lugar, el sociólogo se interesa por la medicina en tanto parte de la división ocupacional del trabajo en la sociedad. Finalmente, los sociólogos se interesan por la psicología social del trabajo esto es, por la relación del trabajo con la organización de la personalidad (...) el hospital es un área accesible para el estudio de las relaciones entre sistemas de estatus y las funciones especializadas (...) En resumen, el estudio de los hospitales ofrece la oportunidad estratégica para comprender complejas estructuras institucionales” (Lazarsfeld, P.: 1971 Pág. 161).

Se han considerado los enfoques de Talcott Parsons y Max Weber principalmente. Por parte de T. Parsons se ha recorrido todo el planteamiento que ha realizado con respecto a la medicina y de M. Weber se ha tomado el desarrollo de las ideas de *burocracia* y *acción social*, que dadas las características de la práctica médica se ajustan (aunque no fue un desarrollo de Weber) para proponer un marco explicativo de la organización del trabajo, así como de la práctica médica.

Siguiendo lo anterior, también se ha se ha decidido tomar los desarrollos de la teoría de sistemas, en especial, los planteamientos de Darío Rodríguez. No hay que desconocer que el hospital corresponde a una organización, que se diferencia al resto de las organizaciones por las características inherentes al sistema hospitalario. Una de estas características corresponde a la distribución del poder al interior de esta organización que se caracteriza principalmente por la forma en que este se hace manifiesto, teniendo una preponderancia crucial el conocimiento médico principalmente. Como lo ha mostrado Lazarsfeld (1971), la comprensión del hospital como una organización no puede ser obviada, porque un enfoque sistémico contribuye al entendimiento de los principios que rigen a la organización y la vez, constituye un complemento al entendimiento de las prácticas que se producen y reproducen al interior de la organización misma. Como lo ha señalado Henderson (Freeman, H., Levine, S. & Reeder, L.: 1998) no se trata de entender de una manera lineal, como causa y efecto, sino que de una manera, en cierto sentido compleja, entender los movimientos o las acciones que se producen dentro de la organización hospitalaria como un sistema en donde si se mueve cualquier punto (visto desde el plano de la organización) afectará al conjunto del sistema: *“describir tal acontecimiento como causa y efecto de un punto al segundo punto y al tercer punto es absurdo”* (Freeman, H., Levine, S. & Reeder, L.: 1998 Pág. 373).

La figura que sigue ilustra de alguna manera y sintetiza las diferentes opciones teóricas y las principales variables que son recogidas como transcendentales para la comprensión de la percepción de los funcionarios de la atención que entregan en el CAE. En un primer momento, se puede observar desde un nivel menor el conjunto de variables que inciden en la satisfacción de los usuarios, como el tiempo, las habilidades interpersonales, el humanitarismo, la información proporcionada entre otras variables. Desde un nivel de análisis mayor se puede reconocer la influencia reciproca (desde el interior hacia el exterior y viceversa) que existen entre estos dos planos.

Figura N°1: Elementos Influyentes en la percepción de la Atención. Fuente: Elaboración propia.



De esta manera se puede observar en la Figura N°1 como los distintos elementos que se encuentran en el entorno ejercen su influencia en los elementos centrales, pero no es una acción unidireccional sino que por el contrario multidireccional, por el hecho de que los elementos que se encuentran en las relaciones cotidianas. De igual manera juegan un papel de importancia y de influencia hacia los elementos de corte más estructural, como la división del trabajo y los elementos políticos (Ley 19.937) y los sociales (el cambio en la comprensión de Bienestar). Es un conjunto de influencias recíprocas, donde los elementos de cada nivel entran en juego con los de los otros niveles.

No se han considerado otros aportes teóricos funcionalistas, como los de Robert K. Merton, debido a una opción personal y teórica, por considerar que las teorías y conceptos escogidos para la investigación son lo suficientemente adecuados para realizar los análisis y las conclusiones.

Se ha presentado una síntesis, a manera de introducción del marco teórico. Sólo se han mostrado los elementos más destacados de cada teoría. De esta forma se ha intentado construir una perspectiva de teórica atingente y coherente con los objetivos de la investigación.

2. *Discusión Bibliográfica*

A continuación se presentan los lineamientos teóricos, la discusión bibliográfica y los principales conceptos que serán utilizados a lo largo de la investigación.

2.1 Comprensión de la Organización: Definición y Características del Clima Organizacional

La organización, para Niklas Luhmann corresponde uno de los tres niveles de análisis que diferencia. El primero de ellos es el sistema propiamente tal, de ahí la teoría de los sistemas sociales y el tercer nivel el de los sistemas organizacionales (Krieger, M.: 2001). Para comprender la definición de sistema que plantea, hay que considerara la diferenciación anterior, debido a que Luhmann considera y define los sistemas como construcciones analíticas que se diferencian por los límites antes mencionados.

La definición que se plantea de las organizaciones arranca de una condición previa a estas. Bajo esta condición se consideran a las organizaciones como sistemas determinados estructuralmente (Rodríguez, D.: 1992). La determinación estructural de los sistemas, plantea que todo lo que puede ocurrir o generar el sistema se encuentra determinado como posibilidad dentro de la propia estructura del sistema, esto no indica ni condiciona que las posibilidades a las que se orienten los sistemas sean estáticas. Por el contrario, toda la estructura de un sistema se encuentra en un cambio estructural constante. Este cambio estructural está dado por la adaptación constante del sistema al entorno y los cambios que se provocan en el sistema (determinados estructuralmente)

son provocados por esta adaptación a las perturbaciones del entorno, lo que se conoce como acoplamiento estructural (Rodríguez D.: 2004). De esta manera, el sistema organizacional se encuentra por un lado en una constante modificación y por otro lado en una permanente adaptación a su entorno⁴. Por lo cual, no puede existir una organización sin entorno, ni entorno sin organización (Rodríguez, D.: 2004).

La organización no solo es entendida como un sistema, sino que corresponde a un tipo de sistema, en este caso el social. Luhmann, considera a las organizaciones como sistemas autopiéticos, compuestos por decisiones (Rodríguez, D.: 2004). Para Maturana, quien elabora el concepto de autopoiesis, este corresponde a una característica de los sistemas vivientes, “que están constituidos por una red de producción de componentes que produce con su operar los elementos que lo componen” (Rodríguez, D.: 2004 Pág. 52). En otras palabras, el mismo sistema organizacional produce los elementos (en su operar) que lo forman. En el caso del sistema organizacional, estos elementos corresponden a las decisiones, las que producen, a su vez, las decisiones que la conforman, y sólo se consideran como elementos del sistema aquellos que son producidos por el propio sistema, en otras palabras, aquellos elementos producidos por el decidir organizacional. El reproducir elementos por el propio sistema para que se reproduzca a si mismo, es lo que se denomina como clausura ocupacional (Rodríguez, D.: 2004), es decir, que sólo formará parte del sistema lo que el mismo sistema genera por su misma operación. Y es a partir de las decisiones que la organización cambia, se transforma, evoluciona o no, en otras palabras las decisiones son lo que determinan su adaptación con el entorno.

⁴ Una de las características de las organizaciones de hoy, es que a diferencia de las organizaciones del pasado, las de la época industrial principalmente, donde la estandarización del trabajo, determinaba un trabajo rutinario, es que hoy esta estandarización ya no parece ser valida (Rodríguez, D.: 2004). Los modelos organizacionales se relacionan hoy con las demandas del consumidor antes que por la producción estandarizada. Esta nueva forma de producción determina a la organización y la forma de producción que se juega dentro de un contexto flexible y en constante adaptación con el entorno (para ver un análisis más profundo recurrir a Jean Baudrillard, ‘El sistema de los Objetos’).

Como parte de su entorno interno, son considerados los miembros de la organización. Esto quiere decir, que la forma en que se materializa el aporte de los miembros, se realiza desde la posición que su rol les permite, es decir, que todo lo demás que puedan realizar o todo su comportamiento adicional que desarrollen los individuos al interior de la organización es considerado como parte del entorno interno de sistema organizacional (Rodríguez, D.: 2004). Esta definición de los miembros de la organización como entorno-interno de la organización, plantea que la organización condiciona la pertenencia o presenta condiciones previas para el ingreso de los miembros, estas son (Rodríguez, D.: 1992):

- I. Establecer las condiciones que deben cumplir quienes deseen ingresar a ellas.
- II. Ponen condiciones que deben ser satisfechas por todos los miembros mientras permanezcan en ellas.

Estas dos condiciones plantean que en toda organización han de armonizarse dos contingencias, las que regulan el comportamiento humano y las que determinan la conducta de las personas. Y es de tal importancia la armonización de ambas contingencias que la organización sólo puede vivir y sobrevivir si logra la coordinación de estas dos contingencias. La definición que se presenta de contingencia corresponde a algo, que podría ser de otra manera, algo que es como es, pero no tiene porqué serlo:

“toda vez que se relacionan dos seres humanos se produce un acomodo entre dos contingencias. Los sistemas sociales requieren de esta doble contingencia para constituirse, dado que si uno u otro de los participantes decide optar por alguna otra alternativa a la de estar allí, no podrá producirse el sistema social” (Rodríguez, D.: 1992 Pág. 21).

La doble contingencia se expresa en las organizaciones, entre la contingencia propia de los reglamentos y normas de la organización para regular el comportamiento de los miembros y, por otro lado, la contingencia propia del comportamiento de los miembros. La condición necesaria para la existencia de la organización es el logro de la coordinación y limitación mutua de ambas contingencias. No solo como la suma de ambas contingencias, sino del acomodo entre normas y comportamientos para el surgimiento de una nueva contingencia, la organización efectiva, la que expresa parte importante del proceso autoreflexivo de la organización, “la organización, entera, adoctrina, convence y castiga o premia a sus miembros para que respondan y actúen de acuerdo a lo esperado. Los individuos, por su parte, tratan de acomodar las reglas y condiciones organizacionales a sus propios intereses y necesidades” (Rodríguez, D.: 2004 Pág. 30).

El Clima organizacional de una organización y el marco conceptual bajo el cual se comprende y se estudia, permite tener una visión de la forma y de las principales características de las variables que son aprehendidas en la comprensión del clima de una organización. Es por esto que la temática, si bien, no corresponde a una línea de la presente investigación, si permite orientar el análisis de las condiciones (materiales, relacionales, entre otras) bajo las cuales los funcionarios del CAE deben desarrollar sus labores⁵. A continuación se presenta la definición y las principales características del ‘Clima Organizacional’.

Una primera consideración acerca del clima de una organización, corresponde a que este corresponde a un conjunto de variables que son medidas para lograr una visión global de la organización. Clima organizacional, que al igual que el clima atmosférico, desde el cual toma su nombre, puede variar al igual que este, manteniendo su diferencia en el hecho de que el clima organizacional no depende de las condiciones atmosféricas, sino que de las condiciones laborales,

⁵ Como se ha señalado la definición del Clima Organizacional, no corresponde a la línea de la presente investigación, pero ha orientado la investigación, por ejemplo en el desarrollo de la Pauta de Entrevistas, cómo un primer antecedente de la temática a estudiar.

como los despidos, cuestiones de sueldos, ascensos, entre otros elementos. Y de este se puede medir, su temporalidad, permanencia o modificación diaria, tal como el clima atmosférico.

Como ha sido señalado el clima de una organización depende de elementos propios de una organización. El concepto no se asocia a procesos individuales que pueden generarse al interior de una organización, estudiándolos aisladamente, como el poder, los conflictos, la comunicación o el cambio, sino que se trata de un concepto multidimensional. A partir de esta multidimensionalidad del concepto, se establece que el clima corresponde a la configuración de las características de la organización (Rodríguez, D.: 1992).

El clima organización pone énfasis en los factores internos de la organización y no, en los externos de la organización. La aproximación a estos factores se produce por la percepción que los miembros de la organización tienen de estos, por lo cual no se miden de manera directa.

Las variables que son consideradas dentro del concepto de clima de una organización son las que se describen a continuación (Rodríguez, D: 1992):

- I. Variables del Ambiente Físico: espacio físico, condiciones de ruido, calor, contaminación, instalaciones, maquinarias, etc.
- II. Variables Estructurales: tamaño de la organización, estructura formal, estilo de dirección, etc.
- III. Variables del Ambiente Social: compañerismo, conflictos entre personas o entre departamentos, comunicaciones, etc.
- IV. Variables Personales: aptitudes, actitudes, motivaciones, expectativas, etc.

V. Variables propias del comportamiento organizacional: productividad, ausentismo, rotación, satisfacción laboral, tensiones y stress, etc.

La forma en que son medidas estas variables, que comprenden el clima de la organización, se da por la percepción que los miembros de la organización tienen de ellas:

“El concepto de clima organizacional, en consecuencia, se refiere a las percepciones compartidas por los miembros de una organización con respecto al trabajo, al ambiente físico en que éste se da, las relaciones interpersonales que tienen en torno a él y las diversas regulaciones formales que afectan a dicho trabajo” (Rodríguez, D.: 1992, Pág. 147).

La forma en que es medido el clima organizacional, a través de las percepciones que sus miembros tienen de su experiencia en y con el sistema organizacional, determina las apreciaciones o percepciones evaluativas, o valorativas de la experiencia organizacional de los miembros del sistema. Ahora bien, no solo son importantes de considerar las variables que son medidas por el clima organizacional, sino que además es necesario precisar las características de dicho clima organizacional.

Una primera consideración acerca del clima de una organización se relaciona con el hecho de constituirse como un sistema autopiético de decisiones. La forma en que es medido el clima de una empresa, parte de la medición de las percepciones que los funcionarios tienen de su experiencia en la organización. Esto constituye y marca las bases para entender el clima como una autorreflexión acerca de sí misma, autorreflexión que se genera a través de los miembros de la organización, quienes autoobservan su experiencia en la organización colectivamente. “Esto significa que el clima organizacional es una autorreflexión de los miembros de la organización

acerca de su vinculación entre sí y con el sistema organizacional” (Rodríguez, D.: 1992, Pág. 147). Pero para ser más precisos el clima de una organización, no sólo se caracteriza por la autorreflexión de los miembros de la organización, sino que esta autorreflexión debe alcanzar el decidir organizacional (de una organización). Una vez que el clima de una organización pasa a ser tomado en cuenta y se convierte en un elemento a considerar para generar cambios o mejoras dentro de una organización, se constituye como parte de la autorreflexión del sistema organizacional.

Entre las características del clima de una organización se encuentran:

- I. Variables que guardan relación con el ambiente laboral de la organización. Hace referencia a la situación en que tiene lugar el trabajo de la organización.
- II. El clima de una organización puede gozar de cierta permanencia, pero sufre ciertas modificaciones menores causadas por cambios coyunturales. El clima visto así, puede permanecer estable, siendo modificado por cambios graduales, que aseguren su estabilidad, sin embargo, la estabilidad o permanencia no está dada por si misma, sino que se debe mantener, y así como puede sufrir modificaciones graduales, este puede modificarse por perturbaciones de importancia derivadas del decidir organizacional que pueden afectar el futuro de la organización.
- III. EL clima de una organización tiene un impacto considerable sobre los comportamientos de los miembros. Existe concordancia entre un buen clima laboral y una mejor predisposición de los miembros a participar activa y eficazmente en el desempeño de las diferentes funciones.

- IV. Así como el clima de una organización recae sobre el comportamiento de sus miembros, de la misma forma afecta el grado de compromiso e identificación de los miembros con la organización.
- V. El clima de una organización se ve afectado por lo comportamientos y actitudes de sus miembros, y de la misma manera, afecta comportamientos y actitudes.
- VI. El clima organizacional se ve afectado no sólo por las características de sus miembros (comportamientos, actitudes e identificación con la organización) sino que además por variables estructurales, como el estilo de dirección, las políticas y planes de gestión, sistemas de contratación y despidos, entre otras.
- VII. Indicadores de un mal clima laboral son considerados el ausentismo y la rotación excesiva, al igual que la insatisfacción laboral.
- VIII. Lograr algún cambio en el clima de una organización, siempre es posible, pero este no sólo se remite a la modificación de una variable sino que, para que sea duradero se hace necesaria la modificación en más de una variable.

A partir de lo anterior, de la definición que se ha planteado y de las características del clima de una organización, se ha buscado presentar un marco de antecedentes acerca de las variables que influyen en la satisfacción de los miembros de una organización. De esta manera, se tiene como finalidad, generar una comprensión de los elementos tanto estructurales como cotidianos que afectan el comportamiento, las actitudes y el compromiso de los funcionarios con la organización.

2.2 La Institución de Salud Como Sistema

Partiendo desde lo más simple, como lo señalan los autores D. Allen y A. Pilnick (2005), la salud, entendida como un sistema, es un campo como los otros en el cual la división del trabajo

es una temática presente y recurrente a la hora de observarlo. Comprensión que se puede realizar desde los aportes de los clásicos de la sociología, como los de Karl Marx y Emile Durkheim, analizando la totalidad de las actividades que son necesarias en una sociedad en particular y/o la comprensión de la organización social del trabajo. Visto desde un macro nivel, se consideran todas las formas de trabajo y como este se modifica y cambia, y en un micro nivel se considera el estudio de las relaciones entre la división técnica del trabajo y los roles sociales, sumado a esto las implicancias del estatus en los roles, los cuales en conjunto determinan la división del trabajo (Allen D. & Pilnick A. (2005) Making connections: healthcare as case study in the social organization of work. *Sociology of Health & Illness*, 27, 683 – 700).

De la misma manera, el entendimiento de la división del trabajo y, por otro lado, la comprensión de cada ocupación de manera individual, pero enfocada de manera esencialista, es decir, considerándola de manera aislada, deja fuera su vinculación con su historia particular, sus cambios en los límites disciplinarios, en el valor otorgado a cada ocupación y el sistema social (total) del cual cada ocupación forma parte (Allen D. & Pilnick A. (2005) Making connections: healthcare as case study in the social organization of work. *Sociology of Health & Illness*, 27, 683 – 700). Juega un papel de importancia, la comprensión desde un macro nivel (situándola al mismo tiempo en el complejo del sistema social, porque es en el sistema social en el cual surgen las divisiones del trabajo) y desde un micro nivel, la comprensión de la división del trabajo y cómo este dentro de una organización de salud se modifica, se mantiene o reproduce.

La organización social y la forma en cómo el tema de la sociología de la salud ha tomado importancia, ha provocado centrar la importancia en elementos, extra laborales, como la inclusión de los pacientes y la esfera doméstica para la comprensión de la división del trabajo:

“el sociólogo de la salud ha puesto la atención sobre las actividades de autocuidado y especialización desarrolladas a través de la experiencia de vivir con un enfermo

crónico o invalido, y algunos han hecho el hincapié en la inclusión del usuario en la división de trabajo como lo esencial para la comprensión del trabajo médico (...) donde la división del trabajo en la familia se ha introducido y se ha reforzado a través de la división del trabajo en el dominio público” (Allen D. & Pilnick A. (2005) Making connections: healthcare as case study in the social organization of work. *Sociology of Health & Illness*, 27, 683 – 700, Pág. 685. Traducción libre)

Si tan solo, para la comprensión del sistema de salud, se consideran a los funcionarios y los elementos propios de la división del trabajo, el enfoque será limitado. Para el entendimiento del trabajo de las enfermeras, se hace necesario tomar en consideración de un conjunto de elementos (los que se sitúan más allá de los límites de este sistema) para comprender el estatus de su actividad, como el género del profesional, que responde a una división laboral producida en la esfera doméstica. Como muestra la cita anterior, es necesario ampliar el enfoque dada la irrupción de estos elementos extra laborales dentro de esta esfera, como los elementos que se encuentran dentro de la esfera doméstica, que si bien muestra la cita el género del profesional, surgen otros elementos de corte afectivos que se desarrollan al interior de la familia y que tanto los funcionarios como los pacientes de los servicios de salud los incrustan dentro de los sistemas de salud, siendo tan relevantes como los elementos laborales. Por lo cual, la emergencia de este enfoque estriba en la necesidad de una ampliación de los elementos necesarios a considerad para la comprensión de la organización de los servicios de salud. Así el entendimiento de los cambios tanto de la esfera privada como de la esfera pública, se pueden llegar a asociar con los cambios en las actividades y la división del trabajo que se producen dentro del campo de la salud (Allen D. & Pilnick A. (2005) Making connections: healthcare as case study in the social organization of work. *Sociology of Health & Illness*, 27, 683 – 700).

Siguiendo la línea anterior, el trabajo se caracteriza de manera general por su contenido inherentemente social. Para Durkheim la división del trabajo conduce a la generación de solidaridad social, para Marx el trabajo es fuente de la alienación y para Weber la división del

trabajo representa el más poderoso de los movilizadores sociales, además de ser un creador de identidades colectivas e individuales, “el número de miembros de tales agrupaciones sociales proporciona un punto de referencia a los individuos que significan su trabajo e identidad del hogar, aunque las ocupaciones varían en la duración de la fuerza de tal asociación” (Allen D. & Pilnick A. (2005) Making connections: healthcare as case study in the social organization of work. *Sociology of Health & Illness*, 27, 683 – 700. Traducción Libre). Para Weber (1964), esta condición de grupo determina su situación de clase (la que reconoce como una categoría económica), la que a su vez determina la posición en el mercado de individuos que comparten esta posición similar. Así el trabajo se convierte en la categoría por la cual la gente es juzgada y por el cual los sujetos se juzgan a si mismos.

Cabe agregar una definición de lo que se entiende por ‘estatus’. A lo largo de esta discusión se ha nombrado y no se ha precisado su naturaleza. La aproximación que se tomará será la proporcionada por el clásico Weber (1964). Estatus es entendido como una característica sobre la que se basa una valoración, que puede ser el respeto o el honor que le es brindado a un individuo dentro de la sociedad, el cual no se encuentra determinado ni por el poder económico ni por el poder en general. Al contrario el estatus puede constituirse como una fuente para el poder, inclusive para el poder económico⁶. Quienes comparten un mismo estatus, son considerados bajo una situación de estatus similar y es sobre esta posición que se construye una ‘clausura social’, lo que impide una relación con sujetos con un menor estatus, o con otras posiciones de estatus. Es de alguna manera una diferenciación basada en la posición social y los estilos de vida, lo que constituye al estatus social.

⁶ Por poder económico se entiende la posición marxista al respecto del uso y posesión de los medios de producción. Weber distingue entre el poder económico y poder en general, el cual tiene fuentes que son independientes del uso y posesión de los medios de producción.

La base del estatus, se puede hallar en relación con un pasado glorioso, con un futuro prometedor (es el caso de algunas religiones) o con cualidades personales. En el presente la diferenciación que se produce a través del estatus se halla cada vez más ligada a consideraciones económicas.

Ahora bien, habiendo definido 'estatus, como un elemento primordial para entender la forma que adopta el trabajo o como un elemento en esta configuración, es necesario considerar la división y los límites entre las distintas funciones al interior del sistema de salud como algo que se discute y se encuentra en pleno debate. Las barreras y los límites entre los distintos equipos y funcionarios son barreras móviles que no se encuentran fijas, están en movimiento y en constante redefinición (Nacarrow S. & Borthwick A. (2005) Dynamic professional boundaries in te healthcare workforce, *Sociology of Heath & Illness*, Pág. 897 – 919). Esto mismo puede generar tensiones al interior de los equipos de salud y no solo eso sino que la división del trabajo y lo que el trabajo produce y provoca en los individuos condiciona de alguna manera el tipo de atención y quien entrega el servicio médico.

Uno de los elementos que ha contribuido a esta modificación entre los límites interdisciplinarios, se encuentra en el vuelco que se ha provocado hacia la atención de las necesidades de los pacientes antes que de los grupos profesionales. Si bien, en Chile persisten las demandas laborales desde área de la salud, el giro hacia el neo-liberalismo económico, ha sentado las bases para entender la salud de las personas, antes que como un derecho como un servicio (Nacarrow S. & Borthwick A. (2005) Dynamic professional boundaries in te healthcare workforce, *Sociology of Heath & Illness*, Pág. 897 – 919). Este giro ha hecho poner énfasis en las demandas y necesidades de los pacientes, lo que ha generado la flexibilidad tanto en el trabajo práctico como en la organización de los servicios de salud. Estos cambios, incluso han llegado a la modificación de las base histórica de la jerarquía laboral y de los roles dentro de la organización.

Estos cambios tanto en el contexto como el énfasis histórico en la especialización de las diferentes especialidades médicas, ha generado que los limites tradicionales se estén

modificando. Bajo estas presiones, los trabajadores menos calificados o con un menor desarrollo de habilidades, como los trabajadores asistenciales han tomado tareas que anteriormente eran desarrolladas por profesionales. Un ejemplo de lo anterior, es el hecho de que los profesionales de área de la salud han delegado la prescripción de medicamentos a enfermeras (Nacarrow S. & Borthwick A. (2005) Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce, *Sociology of Health & Illness*, Pág. 897 – 919). Otro de estos ejemplos, lo constituye el caso de los cirujanos ortopédicos en Estados Unidos, quienes decidieron limitar su práctica sólo a los aspectos que consideraban divertidos y bien remunerados, como la prevención y el tratamiento de la osteoporosis, dejando fuera el cuidado de los pies.

Las tareas consideradas de una menor jerarquía, así como las menos remuneradas, en un contexto marcado por la prosperidad, estimularon que estas facetas de su profesión hayan quedado eximidas de su ejercicio profesional, dejando el espacio y la oportunidad para que otros grupos profesionales se dedicaran a estas tareas menos valoradas. Potenciando la substitución de los roles desde un alto nivel de entrenamiento hacia uno menos especializado o hacia otro practicante que ha adoptado este trabajo descartado. Esta forma de substitución se basa en el ‘trabajo sucio’, que corresponde a la capacidad de algunas profesiones de delegar el trabajo menos placentero o menormente remunerado, reteniendo las tareas más deseables o más placenteras para su ejercicio. Pero además de las implicancias anteriores, estos límites entre las profesiones y el empoderamiento de ciertas tareas para ciertos grupos profesionales, cabe considerar un elemento primordial para la comprensión de este mecanismo. Es el poder de elites, que refuerza la dominación médica al interior de la organización de salud, porque son estos grupos profesionales que deciden que tareas delegar y que tareas retener. Frente a la irrupción de nuevos grupos de profesionales o nuevos aspirantes a las profesiones, surge una dinámica, una estrategia ocupacional centrada en la protección y el mantenimiento de los límites, expandiendo las áreas de control. Como ‘clausura social’ puede ser entendido este concepto, en términos de Weber (Nacarrow S. & Borthwick A. (2005) Dynamic professional boundaries in the healthcare

workforce, *Sociology of Health & Illness*, Pág. 897 – 919), que es la forma como colectividades sociales actúan para proteger su estatus y posición en la sociedad, manteniendo los derechos y los privilegios, o tratando de expandirlo frente a otros grupos profesionales.

La división del trabajo al interior de este campo se complejiza, dado que la experticia, es decir, el conocimiento y la especialización, son los elementos centrales que determinan la división del trabajo. Así tenemos que habrá formas de trabajo que serán los trabajos sucios, que su principal característica se basa en la completa ausencia de conocimiento en la realización de esa labor, en cambio las tareas mejor remuneradas y las mejor valoradas serán las que en su realización impliquen una mayor inversión de conocimiento.

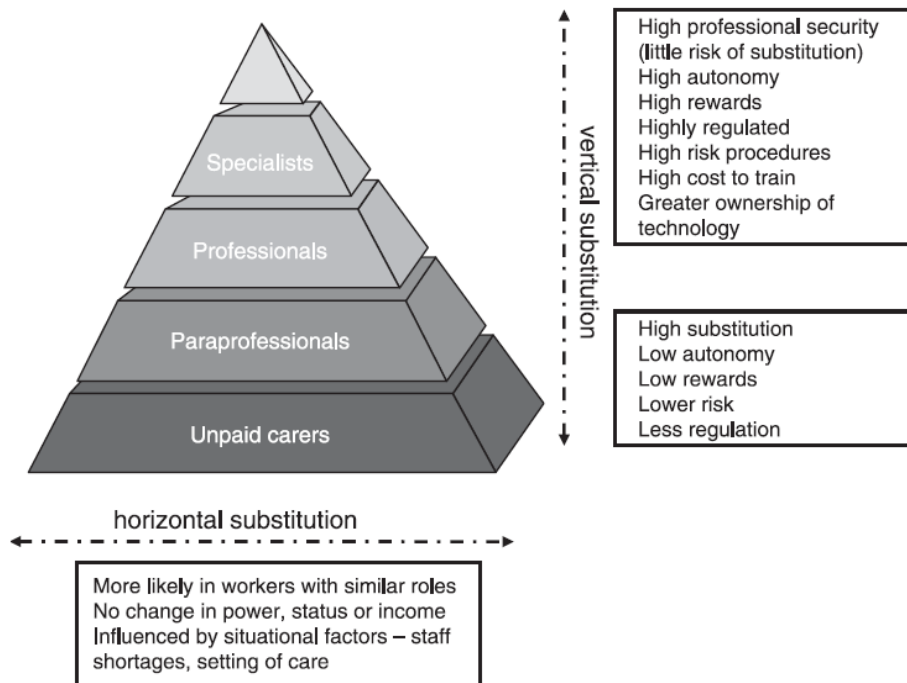
Las formas que puede tomar la división del trabajo pero además las formas que pueden tomar los cambios en la fuerza de trabajo del campo de la salud, principalmente son dos. Por un lado diversificándose (que se basa principalmente en la especialización) y por otro lado la substitución. La forma que toma la ‘diversificación’ se basa principalmente en la expansión de los límites disciplinarios al interior de una especialidad o en un cambio interdisciplinario. Por el contrario, aunque manteniendo una similitud, la forma que toma la ‘substitución’ puede ser de manera vertical u horizontal, pero a diferencia de la ‘diversificación y especialización’, el cambio se produce no dentro de los límites de una profesión dada, sino que la modificación en los límites se produce fuera de los límites de una profesión dada, toma tareas que son realizadas por otros proveedores de servicios de salud o el cambio se enfatiza en las modificaciones intradisciplinarias. La ‘substitución’ además opera bajo una lógica diferente. En ella, no están en juego los límites entre las profesiones, como es el caso de la ‘diversificación’ sino que las tareas que son rotuladas bajo este concepto, corresponden a tareas desechadas por la baja recompensa (monetaria o social) que reportan, delegándolas a subordinados, en una estrategia de ‘clausura interna’, de las tareas consideradas como ‘trabajo sucio’.

Entrando en detalle los límites disciplinarios pueden expandirse tomando el trabajo de que tradicionalmente era desarrollado por otras disciplinas. Como una forma de ilustrar estos cambios la substitución vertical como horizontal se basan en principios similares, como el nivel de entrenamiento, especialización o estatus entre los practicantes de estas labores.

La ‘substitución vertical’ opera delegando o adoptando tareas a través de los límites disciplinarios, donde los niveles de especialización como entrenamiento (poder y autonomía) no son equivalentes entre los trabajadores (Nacarrow S. & Borthwick A. (2005) Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce, *Sociology of Health & Illness*, Pág. 897 – 919). Un ejemplo de esto, se encuentra en algo mencionado anteriormente, en la delegación de la prescripción de medicamentos a los pacientes a enfermeras, rol que tradicionalmente estuvo ocupado por el dominio de la profesión médica. Una de las aristas de la ‘substitución vertical’ es el incremento del dominio práctico de una profesión sobre otra, pero no así el estatus ni la recompensa por realizar dichas labores, lo que se incrementa al interior de su grupo profesional, actuando como una diferenciación al interior de su grupo, la enfermera al prescribir la receta, seguirá siendo una enfermera, no una médico.

Por su parte la ‘substitución horizontal’, se provoca cuando proveedores con un nivel similar de entrenamiento y especialización, pero de diferentes disciplinas emprende la realización de labores realizadas por otras disciplinas. Como una forma de conceptualizar este tipo de substitución, se la considera como una variante de la ‘clausura ocupacional’, más precisamente como ‘clausura lateral’, dentro de la cual el conflicto entre los diferentes actores que comparten un similar estatus y poder, se provoca por la competencia por el desarrollo de un área similar de especialización. Además este tipo de movimientos ocurre principalmente entre ocupaciones que son subordinadas antes que con la medicina. La ‘substitución horizontal’ no se encuentra relacionada con el incremento del estatus profesional, el poder o los ingresos. Estos cambios se producen más que nada como una respuesta pragmática, a los factores circunstanciales, como la escasez de personal o cuando la entrega de este servicio tiene un sentido para quien lo entrega.

Figura N°2: Influencia de la sustitución vertical y horizontal. Fuente: (Nacarrow S. & Borthwick A. (2005) Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce, *Sociology of Health & Illness*, Pág. 897 – 919)



La Figura N°2 muestra, las formas en como actúan estas dos formas de ‘sustitución’ y las características de cada una de estas. Resulta de importancia destacar la forma en que se materializan, por un lado la tan solo se desplazan los límites entre las actividades, sin incrementarse ni el estatus, la recompensa ni el poder, y por otro lado, es decir, verticalmente, estas formas dependen de otros factores, siendo los inferiores de menor importancia (jerárquicamente hablando) donde se provoca la ‘sustitución horizontal’, y en la cúspide de la pirámide de la jerarquía estas formas depende de otros elementos, principalmente del conocimiento y de la especialización. De la misma manera, entre más arriba de la jerarquía se reportan otros beneficios y otras exigencias.

Es así como el papel del saber en el campo de la medicina es un elemento que debe ser analizado con detenimiento porque es este elemento el que determina muchas veces la organización interna de una organización. Como lo señala Lazarsfeld (1971), la burocracia y la jerarquía pueden quedar desechas, es decir, solo estar presentes de manera simbólica porque pueda que exista una forma de ejercer poder que rompa con esta. Así el conocimiento que posea el médico muchas

veces puede significar el manejo de poder al interior de la organización, porque son ellos quienes son los pilares fundamentales de todo el sistema y quienes dan salud a los usuarios del sistema. Así lo que ellos estimen conveniente es lo que se hace, muchas veces no respetando la misma organización administrativa.

Para entender la forma en cómo influye el conocimiento en el diseño organizacional, es necesario revisar la visión que presenta Henry Mintzberg al respecto (Rodríguez, D.: 2004). Para este autor, la estructura de una organización resulta de la combinación de cinco elementos, su historia, el tamaño, la tecnología, el entorno y la distribución de poder. Las formas de organización que se describen se relacionan con los elementos anteriormente mencionados. De esta forma se diferencian cinco tipos de organizaciones: Estructura simple, Burocracia mecánica, Burocracia profesional, Estructura divisional y Adhocracia. Solo se describirán las formas organizacionales que más se aproximan a los sistemas de salud⁷, como la burocracia profesional y la adhocracia.

La burocracia profesional se caracteriza principalmente por la estandarización de los conocimientos, es decir, la normalización de las actividades para la coordinación de las mismas, a través de la preparación y adoctrinamiento de sus miembros. Es por esto que la organización contrata a profesionales (especialistas) preparados y adoctrinados para el núcleo de operaciones. La preparación y el adoctrinamiento son un elemento que explica el control considerable sobre su propio trabajo, el que se encuentra completamente especializado en la dimensión horizontal, pero ampliado en la dimensión vertical.

El control del trabajo, por las razones antes mencionadas, recae principalmente en las manos del especialista que lo ejecuta, lo que implica que el profesional trabaja con autonomía de otros profesionales, pero con alto contacto con sus clientes, en nuestro caso con los pacientes.

⁷ Para una revisión completa acudir a: Rodríguez, Darío: “Gestión Organizacional: Elementos Para su Estudio”. Ediciones Universidad Católica, Santiago, 2004

La práctica repetitiva, asegura que una serie de pasos son necesarios para lograr por ejemplo, un buen resultado en una intervención quirúrgica. El trabajo que realiza el profesional, se encuentra mediado por la orientación técnica. Al igual que T. Parsons (1999) lo describe, Mintzberg encuentra que la normalización de los conocimientos y las habilidades, ayuda a la coordinación del núcleo de operaciones. Sin embargo, la aplicación técnica del conocimiento, no se queda sólo en el seguimiento de una serie de pasos estandarizados. La complejidad del trabajo que realizan los especialistas, les asegura la libertad de acción a la hora de aplicar sus conocimientos y habilidades (queda bajo el juicio de los especialistas los pasos a seguir).

Las normas de la burocracia profesional surgen por regla general fuera de su propia estructura, en las asociaciones autogestionadas (como el colegio médico). Las reglas internas que podrían surgir por parte de un analista experto, ceden terreno a los planteamientos externos que regulan las reglas internas de la organización, debido principalmente a que los procesos de trabajo son demasiado complejos para ser normalizados por un analista, por lo cual este tipo de burocracias no pueden recurrir a la planificación o control del trabajo profesional, por la complejidad que reviste al mismo.

El núcleo de operaciones, es la parte de mayor importancia en la burocracia profesional, sin embargo existen otras áreas dentro de este tipo de burocracias. Es el caso del staff, que presta apoyo al núcleo de operaciones. Por el alto costo que reviste para la organización contar con los especialistas cobra sentido prestarles apoyo en todo momento, haciendo que el staff de apoyo realice tareas rutinarias o que se pueden prestar a la formalización del trabajo. Otras áreas como la tecnoestructura o la línea media de gestión, no se encuentran desarrolladas dentro de la burocracia profesional, debido a que el trabajo de los especialistas no necesita coordinación ni supervisión.

Este tipo de burocracias se encuentran descentralizadas tanto en la dimensión vertical como en la horizontal. El poder de las operaciones permanece en la base de la estructura, en manos de los especialistas (en el trabajo que realiza se relaciona principalmente con el cliente, sin un control elaborado, salvo el que se inculca en el adoctrinamiento). El poder les otorga un mayor control sobre sus actividades, debido a que este se distribuye al interior de esta organización en base a las habilidades y conocimientos, es decir, al carácter 'experto'. Es decir, que quienes poseen el conocimiento son quienes deben llevar a cabo la concreción del trabajo, es por esto que el grupo operativo cuenta con mucho poder, porque es de este grupo del que depende la organización. La jerarquía presente en este tipo de diseño solo actúa en labores administrativas, y por lo general entra en conflicto con el grupo operativo que se resiste a cualquier tipo de control. Ejemplo de este tipo de diseño se encuentran tanto en universidades como hospitales.

La adhocracia se caracteriza principalmente por poseer una gran flexibilidad. La autoridad en este tipo de diseños se encuentra dispersa en toda la organización, de la misma forma ocurre con los conocimientos. Esta dispersión de la autoridad como de los conocimientos permite una gran flexibilidad, por lo cual su adaptabilidad es alta y puede emplearse en proyectos diversos.

Esta forma de organización que se superpone a la organización burocrática, por el hecho de ser el conocimiento la forma primordial que determina la organización, ha sido denominada como 'burocracia profesional' por Mintzberg (1988) y la que más se ajusta a la forma de ejecución de los procesos administrativos de un hospital.

Para precisar aún más la definición antes plateada, cabe mencionar la definición de poder. Por poder se entenderá, "la probabilidad de imponer su propia voluntad dentro de una relación" (Krieger, M.: 2002, Pág. 363). Es decir, que esta relación implica obediencia y mando. Una definición más precisa habla de los extremos y de las formas en como se puede entender el poder.

Por un lado, se encuentra la fuerza (como las cárceles, organizaciones militares, entre otras) y en el otro extremos se encuentra el consenso (como los sindicatos, partidos políticos, entre otros).

Weber considera el poder institucionalizado y oficializado, bajo estos términos el poder es considerado como autoridad. Y la autoridad “significa la probabilidad de de que una orden sea obedecida” (Krieger, M.: 2002, Pág. 363), de alguna el poder se basa en la capacidad de influir en la voluntad de un hombre o de un grupo, a pesar de estar en contra y hacerlo tomar parte de estas determinaciones (Weber: *Classes, Status Groups and Parties*, Junio 2005, de la base de datos Blacksacademy). La obediencia, es decir, la materialización de la autoridad reviste de poder a los individuos que son obedecidos, sin embargo este poder puede ser fruto tanto de una autoridad legítima como ilegítima. Una vez obedecida, la autoridad pasa a ser legítima, y si esta autoridad confiere poder, se habla de dominación. La dominación, consiste en una relación de poder, legitimada, por lo cual el gobernante asume el derecho de ejercer poder sobre un gobernado, quien consideras estas ordenes y actúa en función de ellas, por considerarlas que emanan de un poder legítimo (Krieger, M.: 2002).

Weber (1964) a su vez, distingue tres formas de autoridad, carismática, tradicional y racional con arreglo a fines. Para los fines de la investigación sólo se considerará la definición de poder y de autoridad, los tipos de dominación que se encuentran basados en el tipo de autoridad, no serán considerados. La definición de poder así propuestas se relacionará a lo largo del estudio con la noción de estatus que también ha sido tomada desde los escritos de Weber.

2.3 Entendiendo la práctica médica

La práctica médica se ha desarrollado como una forma de superar las alteraciones en la salud de los individuos, que principalmente son las enfermedades que los aquejan. Esta superación de las

alteraciones de los individuos se genera por el tratamiento médico, que consiste en la restauración de la normalidad de los individuos (Parsons: 1999) o el restablecimiento de su salud.

La salud, desde la perspectiva del análisis funcional de la realidad, en especial desde el enfoque Parsoniano, se encuentra relacionada con los prerequisites funcionales de la sociedad y de ahí su importancia. De esta manera, la salud es entendida como una necesidad para el individuo, dado que la enfermedad incapacita para el desarrollo de los roles sociales. El control de las enfermedades, por su parte, es racional, porque en el control hay un interés funcional (en este caso reducir al mínimo la enfermedad) para que los individuos logren el desarrollo de sus roles sociales.

Una de las razones principales por las cuales se busca el control de las enfermedades se encuentra en que un individuo enfermo no retribuirá a la sociedad el 'coste' de lo que la sociedad ha invertido en él.

La explicación de las enfermedades, como lo plantea Parsons (1999), puede encontrarse en factores motivacionales, que pueden ser observados en la comprensión de la acción. Estos factores por lo demás se encuentran en la base de la etiología (causa) de muchas enfermedades, es por esto que muchas de las condiciones de estas enfermedades pueden ser tratadas terapéuticamente, a través, de canales motivacionales. Un ejemplo que plantea Parsons (1999), ilustra que el deseo de ser herido o presentar alguna enfermedad por parte de los sujetos, que puede ser causa de una enfermedad psicosomática o de alguna enfermedad mental. En relación con esto último, la enfermedad deja ser entendida como una amenaza que proviene desde afuera (externo a los individuos) sino que además como un modo de eludir las responsabilidades sociales. La enfermedad es entendida desde el análisis funcional de la sociedad, como una alteración del estado normal del individuo (Parsons, 1999), y como se ha mostrado, esta enfermedad puede ser tanto biológica como social.

La práctica médica, a su vez, se ha desarrollado como un mecanismo para enfrentarse con las enfermedades de los miembros de la sociedad, a su vez, implica la existencia de roles⁸ institucionalizados, que se encuentran relacionados con aspectos culturales de la sociedad moderna. Más específicamente, esta relación se encuentra sustentada en el hecho de que la práctica médica consiste principalmente, en la aplicación de conocimientos científicos para dar solución (o controlar) a las enfermedades y al mantenimiento de la salud de los miembros de la sociedad. La ciencia es entendida, desde esta perspectiva, como un producto cultural, que se relaciona con el nivel de desarrollo de occidente (Parsons: 1999).

Visto desde la estructura social, entre los roles institucionalizados de la práctica médica, encontramos el rol del médico, que corresponde al género de 'profesional', que es un subtipo dentro de los roles ocupacionales. Tal como Parsons (1999) lo describe, el cuidar enfermos se ha transformado en un empleo de dedicación exclusiva funcionalmente especializado, que se ha focalizado en torno al alto contenido técnico de la función.

Es por esto, por su alto contenido técnico que la pauta de rol que los médicos han institucionalizado se basa principalmente en su especificidad y su neutralidad afectiva (Parsons: 1999), es decir, se deja fuera todo tipo de valoración o la vinculación con los pacientes, sólo se enfatiza en la aplicación de conocimiento, abstrayendo al individuo, solo considerando su enfermedad. Esta pauta se encuentra relacionada con la tradición cultural, en el hecho de la alta especialización para la competencia técnica, la cual constituye la base para la división del trabajo. De esta forma, el rol del médico se encuentra constituido principalmente por el alto grado de competencia técnica, lo que le da la especificidad a la función.

⁸ Por roles se entenderá, en términos parsonianos (1999) lo que hace cada actor desde su posición en el sistema social, pero esta definición queda incompleta sino se relaciona con la posición estructural, que se conoce como estatus, y desde la cual los individuos actúan. Por lo demás se considera al actor, como el resultado de estatus y su rol. Pero además esta definición cabe complementarla con la definición organizacional (Krieger, M.: 2002) que se propone de rol. Desde esta perspectiva, el rol se entiende como una serie de patrones de conducta esperada que se atribuye a quien ocupa una posición determinada. Ambas posiciones asumen la funcionalidad no solo del rol, sino del actor que empleará dicho rol, en otras palabras, se asume que el actor realizará la tarea.

Las ideas antes expuestas pueden entenderse a la par con el proceso racionalizador de la sociedad occidental (Rodríguez D.: 2001). Como lo muestra Rodríguez las sociedades que así surgieron estuvieron marcadas por el hecho de que la forma principal de acción de los sujetos, estaba marcada por la racionalidad de las acciones. Estas acciones orientadas racionalmente a fines, dejan de lado los valores o las pautas emocionales, con lo cual se enfatiza en la elección de los medios y fines de manera racional. El análisis de Weber (1964) sobre la acción social se refleja sobre la práctica médica y la forma en que se lleva a la práctica la medicina, que ha sido conceptualizada como un saber técnico y racional (que se profundizará más adelante).

A partir de los aspectos racionales es importante considerar y que Parsons (1999) lo destaca, es la neutralidad afectiva de los médicos, porque se ha constituido la medicina como una forma de ciencia aplicada, que se ocupa del problema de la salud en términos objetivos y científicamente justificables (saber racional, acción racional). En contraste con el aspecto más humano de la atención, que es el que muchas veces esperan los pacientes y que se encuentra en la base de la adhesión los tratamientos y a las consideraciones de los médicos (Jenkinson C.: 1997). Es así como esta tensión entre lo que esperan los pacientes de los médicos, se basa en la contradicción de la vinculación afectiva y emocional, que por un lado se rechaza y al mismo tiempo constituye una de las bases del desarrollo de la medicina.

El rol ocupacional del médico puede situarse en dos dimensiones o el médico puede desempeñarse en dos ámbitos. Por un lado se encuentran quienes ejercen la medicina de manera particular y, por otro lado, se encuentran quienes se desempeñan dentro de una organización, que por el desarrollo de la medicina, se han desarrollado nuevas tecnologías, que por su alto costo los hace trabajar en organizaciones de salud (y no lo hace individualmente sino que trabaja con un conjunto de otros funcionarios).

El médico por lo que se ha mostrado corresponde a un experto técnico, porque ellos conocen los tratamientos, las enfermedades, entre otros elementos por su entrenamiento, experiencia y conocimiento, les reviste de un reconocimiento social, estatus, suficientemente alto, por el hecho de que está calificado para ayudar y además por el hecho de tener la potencialidad de la sanación o el alivio del dolor (la práctica médica parte del principio de hacer lo mejor que pueda)

Por otro lado, la contra parte o el complemento de la atención médica corresponde a los pacientes. Sobre los cuales Parsons (1999) ha mostrado sus principales rasgos, entre los que destaca, destaca el sentimiento de desamparo, la necesidad de ayuda, la incompetencia técnica y la implicación emocional. La búsqueda de ayuda, competente y técnica, se presenta principalmente porque el enfermo (gran parte de ellos) no saben lo que es necesario y no saben como hacerlo para reestablecer su estado de salud o el alivio del dolor.

Es por esto que la validación del conocimiento y de los tratamientos que proponen los médicos es tan importante. Un hecho que valida, desde quienes presentan alguna patología se encuentra en que frente a una enfermedad existe una necesidad de ponerse bien, por lo cual se está dispuesto a aceptar las medidas necesarias para salir de esa condición, ya que para las personas normales, las alteraciones de la salud las viven como frustraciones, que les generan un shock al principio y ansiedad sobre el futuro, que básicamente se genera por un prejuicio sobre su pronta o su lenta recuperación. Es por esto que la aceptación emocional de la enfermedad es difícil y genera que los pacientes no logren evaluar objetivamente su situación (o un complicado nivel de racionalidad en sus juicios). Como Parsons (1999) señala: “los médicos pueden influir en los estados emocionales y esto puede tener influencia en el estado de los casos” (Pág. 414).

Pero mal que mal, cuando el enfermo reconoce y se reconoce a sí mismo como enfermo o como portador de alguna patología, esto no señala necesariamente que así como acepta su enfermedad aceptará el tratamiento y el diagnóstico del médico. Se ha visto en investigaciones (Leger A.;

Schnieden H. & Walswerth J. P.: 1997; Jenkinson C.: 1997) que no solo importa el rol que cumpla el enfermo, como una persona que acepte el tratamiento, sino que importan una serie de variables (como el trato, las relaciones interpersonales, el tiempo, el humanitarismo del médico, entre otras variables) que corresponden y se encuentran en el dominio del médico. Por ejemplo se ha demostrado que entre mayor tiempo el médico se demore con su paciente la satisfacción de los usuarios es mayor (Jenkinson C.: 1997). A nivel local se ha mostrado que la organización del trabajo de los médicos, por ejemplo, la atención del mayor número de pacientes en un determinado tiempo, marca la tecnificación de la especialización que conduce a la deshumanización del tratamiento, porque el usuario no es la prioridad sino el la mayor cantidad de ellos que son atendidos (Bascañan M. L.: 2005).

Retomando la situación del médico y las implicancias de su rol, que es principalmente la mejora de los pacientes utilizando una alta competencia técnica, su empleo es eminentemente tecnológico, en parte porque no se considera la interacción con los pacientes y sus familias, más allá de la indicación de tratamientos y resultados. Las relaciones o reacciones emocionales por parte del médico a los pacientes o de estos a él, no se consideran y por lo general prima un trabajo con un alto nivel técnico, a pesar de ser además de importancia para la satisfacción de los usuarios (Jenkinson C.: 1997).

Con respecto a las variables pauta y los valores de la pauta profesional, se establecen una serie de puntos, entre ellos Parsons (1999) destaca: adquisición, universalismo, especificidad funcional, neutralidad afectiva y orientación colectiva. La medicina presenta una estructura específica, como un sistema cerrado que establecería fuertes barreras y límites entre lo médico y lo no médico. Sin reconocer los aportes provenientes de otras disciplinas.

El universalismo y la especificidad, no sólo se presentan con el uso de conocimiento sino que además como una forma de legitimación de su campo, regula las relaciones con los pacientes y

controla la información (privada, por el acceso al cuerpo de los paciente) y el cuerpo de los pacientes. En relación con esto último, el médico posee una comunicación privilegiada ya que conoce información privada de los pacientes (ficha médica) que no se revela muchas veces ni a sus familias.

La segregación opera en este nivel para mantener la especificidad funcional y la neutralidad afectiva, que son consideradas como reacciones impropias muchas veces por los usuarios. El universalismo, la especificidad funcional y la neutralidad afectiva posibilitan al médico penetrar en asuntos privados o nexos particulares de los pacientes. Por su parte, la especificidad funcional le permite reducir la relación a un cierto contenido. La neutralidad afectiva le procura evitar reciprocidades y realizar su labor de manera objetiva y neutral.

Sin embargo, esta pauta profesional del rol del médico, no incluye un sistema de autoridad explícita por lo cual, el seguir los tratamientos y medidas dispuestas por ellos por parte de los enfermos pueden ser pasadas por alto. Mientras exista una relación de mutua confianza (la que se supone) y a la vez, en términos weberianos se presente una relación de autoridad implícita, los tratamientos serán aceptados.

2.4 Comprensión de la Acción Social

La comprensión de la acción de los sujetos al interior de la organización es un componente que no puede quedar ausente de esta investigación, por el hecho de que el tipo de organización, como la médica se caracteriza por un fuerte contenido racional en sus decisiones y acciones, para la atención de pacientes principalmente, en el caso de los médicos. Resulta de importancia resaltar estos aspectos, los tipos de acción y las formas en que orientan sus acciones los diferentes actores del CAE. Con esta finalidad se expondrá la teoría de la acción de Weber y los tipos de dominación.

Como una primera aproximación Weber señala que la sociología es una ciencia que se ocupa de la comprensión interpretativa de la acción social, es decir, que se preocupa de lograr una explicación causal y de las consecuencias que se desprende de dicha acción. De esta manera, los individuos le otorgan un significado subjetivo a su conducta y/o un sentido mentado a su acción (Weber, M.: 1964). La acción de un individuo se vuelve una acción social, en la medida en que el significado subjetivo atribuido a su acción se ‘orienta’ hacia la conducta de otros. La acción, por otro lado, corresponde a un comportamiento humano, hasta el punto los agentes la consideran significativa. La acción social por su parte, comprende la intención del (los) agente(s) hacia la implicancia de una relación con la conducta de otra persona y la relación de ambos actores y su intencionalidad determina la acción. De esta forma, puede tener una orientación tanto individual como social y, para comprender la acción es necesario determinar la orientación social del acto individual hacia los otros (Krieger, M.: 2002).

Weber distingue tres tipos de acción social (Weber, M.: 1964). La acción tradicional, que se basa y proviene de la costumbre, la cual haya al borde de una acción orientada intencionalmente; la acción afectiva, que se encuentra determinada por la emoción (el sentimiento o los afectos del agente); la acción valorativa racional, orientada en forma conciente por la creencia en un valor particular por el valor mismo. Existe en este tipo de acciones, la tradicional, la afectiva y la valorativa racional, una clara formulación de los valores esenciales que determinan la acción y su orientación específica, planteada en torno con tales valores. Al actuar sin considerar las consecuencias, se actúa por el valor mismo que orienta la acción, lo que les otorga un bajo nivel de racionalidad. Y por último se considera la acción instrumentalmente racional, dentro de la cual se ponderan los medios, fines y las consecuencias, con un alto grado de racionalidad (Krieger, M.: 2002).

Jürgen Habermas (1989), a partir del planteamiento de M. Weber (1964) observa la necesidad de complementar este enfoque. Menciona que se pueden generar diferentes tipos de relaciones

reflexivas de las orientaciones de la acción, otros aspectos bajo los cuales las acciones pueden racionalizarse. A partir de lo anterior plantea, dos versiones de la teoría de la acción de Weber, una oficial y otra no oficial.

La versión oficial se caracteriza, por distinguir entre diferentes tipos de acción, como la racional con arreglo a valores, racional con arreglo a fines, acción afectiva y acción tradicional; y es hacia los fines de la acción se orienta el actor. Como orientación teleológica, define Habermas la acción hacia los fines utilitarios, valorativos y afectivos. Queda fuera la acción tradicional, que no encaja dentro de este esquema, dado que no contempla la racionalidad de la acción, debido a que lo que guía a esta forma de comprender la acción son los grados de racionalidad en cada acción. Dentro de la acción racional con arreglo a fines, existe un supuesto de la racionalidad de la acción y de la racionalidad de las decisiones de los sujetos (Krieger, M.: 2002). Los sujetos escogen sus fines dentro de un horizonte de valores y tras considerar las consecuencias alternativas, organiza para conseguirlos los medios más adecuados para dichos fines. Siguiendo la secuencia de los tipos de acción, la conciencia de los sujetos va estrechándose. Así en la acción racional con arreglo a valores, se pierde el sentido subjetivo y las consecuencias escapan de un control, es decir, se pierde la medición de la eficacia de los medios; en la acción afectiva desaparece la consideración de las consecuencias y los valores y, en la acción tradicional desaparecen incluso los fines, perdiéndose el sentido final de la acción, lo que se conoce como ritualismo.

La versión no oficial de la teoría de la acción, a partir de la ausencia de racionalidad en la acción social, establece tipologías, las que se pueden distinguir desde la coordinación de la acción, lo que es otro aspecto de la racionalidad de la acción, como la relación social que se establece en base a intereses o un consenso normativo. Lo que se constituye desde la costumbre a la convención o la forma como la complementariedad de intereses conduce a una nueva 'validez consensual', es decir, "la creencia jurídica o convencional de una obligatoriedad de una

determinada conducta” (Krieger, M.: 2002, Pág. 32), lo que es la base de la formación de la tradición, el paso de la costumbre a la convención:

“las reglas convencionales son normalmente el camino por el que las simples regularidades fácticas de la acción, es decir, las meras ‘costumbres’, adquieren la forma de ‘normas’ obligatorias, que en un principio vienen garantizadas por la coacción física”. (Krieger, M.: 2002, Pág. 32).

Habermas (1989), plantea la necesidad de racionalizar aspectos de la teoría la acción, que Weber pasa por alto, en base al concepto de ‘complejo’ que utiliza Weber para su análisis de la cultura. Así distingue dos orientaciones básicas, la coordinación por trama de intereses y la coordinación por acuerdo normativo, en otras palabras acciones orientadas al éxito o al entendimiento.

El éxito de una acción, se orienta a la consecución de un estado de cosas deseado, generado usualmente mediante la acción u omisión calculadas. Considerando los efectos, que comprenden los resultados de la acción; las consecuencias de la acción y las consecuencias colaterales. De esta manera, la acción orientada al éxito se considera ‘instrumental’, cuando son consideradas las reglas de la acción técnicas y se evalúa el grado de eficacia de la intervención que dicha acción representa. Además, la acción orientada al éxito puede ser considerada ‘estratégica’, cuando son consideradas reglas de elección racional y se evalúa el grado de influencia sobre las dimensiones de un oponente racional. Sin embargo, no todas las acciones de los individuos se orientan ‘instrumental o estratégicamente’, en aquellos casos el cálculo racional queda fuera, dando paso a los actos de entendimiento, lo que Habermas llama acciones comunicativas.

La acción comunicativa, se caracteriza por la no existencia de una orientación basada en el propio éxito, además de esto, por la persecución de fines individuales, pero con la diferencia que son considerados los planes de acción de otros individuos para que armonicen entre si, teniendo una base compartida de la situación. No obstante, existen acciones comunicativas orientadas al éxito

y al cálculo de resultados, es el caso de las comunicación organizacional, donde existen estas orientaciones, como el logro de objetivos o transmitir ordenes (lo que muestras las posiciones de poder asimétricas al interior de la organización). Se distinguen a partir de lo anterior las siguientes acciones (Krieger, M.: 2002):

I. Acciones comunicativas al entendimiento:

- a. Bajo grado de racionalidad de la acción: comunicaciones simples de la vida cotidiana, exposición de estado de cosas, relaciones interpersonales y expresivas, o intrascendente e informal en las organizaciones.
- b. Alto grado de racionalidad de la acción: expresiones culturales, manifestaciones sociales.

II. Acciones comunicativas orientadas a la acción:

- a. Bajo grado de racionalidad de la acción: órdenes, locuciones imperativas, o la comunicación informal trascendente.
- b. Alto grado de racionalidad de la acción: acciones comunicativas complejas orientadas a fines y resultados organizacionales.

3. Definiciones conceptuales

Se presentan a continuación los principales conceptos que guían esta investigación. Se ha profundizado y puntualizado en aquellas definiciones que se adecuan a la problemática de estudio de manera precisa y que sirven para comprender la pregunta de investigación como los objetivos de la misma. Los conceptos definidos se presentan a continuación:

- **Bienestar:** En su sentido más amplio la salud es entendida como el bienestar biológico, psicológico y social de los individuos. Esta definición proveniente, por los cambios en el

perfil epidemiológico marca la importancia de factores que van más allá de lo meramente biológico. Tanto es así que iniciativas gubernamentales han recogido esta nueva definición de la salud, que se puede observar en documentos de gobierno así como en documentos del ministerio de salud, en los cuales se sostiene que tan importante como el respeto y la dignidad de los usuarios es igual de importante la de los funcionarios del sistema de salud (“Diagnóstico de la Situación de la Salud V Región”, 2005).

- **Percepción:** Siguiendo las ideas propuestas por Mead (Ritzer G.: 2001), se comprenderá en la investigación por percepción, las reacciones de los sujetos frente a un estímulo determinado que implican tanto las imágenes mentales como los estímulos entrantes para la generación de una respuesta, a través de imágenes mentales frente a los estímulos. En palabras de Canales (2006), de lo que se trata es del conocimiento social o común, de lo que se sostiene como lo real, lo obvio o lo dado por la mayor parte de las personas. Que puede ser entendido directamente como “una representación o comprensión que tiene el sujeto de lo que hace, hizo o hará (...) hasta la definición de contextos (...) un esquema observador, un programa de un sujeto actor, o lo que es igual, de un sujeto en situación” (Canales: 2006 Pág.: 266).
- **Organización:** Como diferenciación entre el entorno y el sistema se entiende a la organización, que a su vez es parte de los sistemas sociales. Además de esto la organización se caracteriza, como un sistema autopoietico de decisiones, es decir, que dentro de su decidir organizacional produce los elementos para su propia reproducción. Sus miembros son considerados como entorno interno de la organización. Esto quiere decir, que la forma en que se materializa su aporte, se realiza desde la posición que su rol les permite, es decir, que todo lo demás que puedan realizar o todo su comportamiento adicional que desarrollen los individuos al interior de la organización es considerado como parte del entorno interno de sistema organizacional. Esta definición de los

miembros de la organización como entorno-interno de la organización, plantea que la organización condiciona la pertenencia o presenta condiciones previas para el ingreso de los miembros.

Las contingencias que presenta la organización son aquellas condiciones que deben cumplir quienes deseen ingresar a ellas y condiciones que deben ser satisfechas por todos los miembros mientras permanezcan en ellas. Estas condiciones plantean que en toda organización han de armonizarse dos contingencias, las que regulan el comportamiento humano y las que determinan la conducta de las personas. Y es de tal importancia la armonización de ambas contingencias que la organización sólo puede vivir y sobrevivir si logra la coordinación de estas dos contingencias. La doble contingencia se expresa en las organizaciones, entre la contingencia propia de los reglamentos y normas de la organización para regular el comportamiento de los miembros y, por otro lado, la contingencia propia del comportamiento de los miembros.

La condición necesaria para la existencia de la organización es el logro de la coordinación y limitación mutua de ambas contingencias. No solo como la suma de ambas contingencias, sino del acomodo entre normas y comportamientos para el surgimiento de una nueva contingencia, la organización efectiva, la que expresa parte importante del proceso autoreflexivo de la organización.

- **Práctica médica:** Se entenderá por práctica médica a un conocimiento o una aplicación del mismo que se destaca principalmente por el carácter eminentemente racional. Como un saber técnico, orientado por la acción racional.
- **Neutralidad afectiva y emocional:** Del concepto anterior, se desprenden estas dos categorías del mismo, como un subproducto de la acción y de la práctica médica, la que se basa sobre estos supuestos para la interacción con los pacientes y para evitar cualquier vinculación que se encuentre más allá de lo meramente técnico.

- **División del trabajo:** Totalidad de las actividades necesarias en una sociedad para su mantenimiento y/o para la comprensión de la organización social del trabajo. Visto desde un macro nivel, se consideran todas las formas de trabajo y como este se modifica y cambia, situándola al mismo tiempo en el complejo del sistema social, porque es en el sistema social en el cual surgen las divisiones del trabajo, considerando además, elementos extra laborales como la inclusión de los pacientes y la esfera domestica para la comprensión de la división del trabajo; y en un micro nivel se considera el estudio de las relaciones entre la división técnica del trabajo y los roles sociales, sumado a esto las implicancias del estatus en los roles, los cuales en conjunto determinan la división del trabajo y cómo este dentro de una organización de salud se modifica, se mantiene o reproduce.

Para Weber la división del trabajo representa el más poderoso de los movilizadores sociales, además de ser un creador de identidades colectivas e individuales. Esta condición de grupo determina su situación de clase (la que reconoce como una categoría económica), la que a su vez determina la posición en el mercado de individuos que comparten esta posición similar. Así el trabajo se convierte en la categoría por la cual la gente es juzgada y por el cual los sujetos se juzgan a si mismos.

Ahora es necesario considerar la división y los límites entre las distintas funciones al interior del sistema de salud. Las barreras y los límites entre los distintos equipos y funcionarios son barreras móviles que no se encuentran fijas, están en movimiento y en constante redefinición. La división del trabajo al interior de este campo se complejiza, dado que la experticia, es decir, el conocimiento y la especialización, son los elementos centrales que determinan la división del trabajo. Así tenemos que habrá formas de trabajo que serán los trabajos sucios, que su principal característica se basa en la completa ausencia de conocimiento en la realización de esa labor, en cambio las tareas mejor

remuneradas y las mejor valoradas serán las que en su realización impliquen una mayor inversión de conocimiento.

- **Burocracia:** Se entenderá la burocracia como una forma de organización del trabajo eminentemente racional, que maximiza los medios para alcanzar los fines propuestos. Como señala Bascuñan (2005) la constante presión hacia los equipos médicos para cumplir con las metas propuestas, ha conducido a que los pacientes ya no importen por sí mismos, sino que importa el mayor número de ellos, generando en la profesión médica como en el trato hacia los pacientes una deshumanización de la atención proporcionada (Jenkinson C.: 1997).
- **Burocracia Profesional:** A partir de la definición planteada por Mintzberg (1988) la importancia que toma el cuadro profesional al interior de la organización, por depender la organización de sus labores para el logro de sus objetivos, genera que este cuadro detente el poder al interior de la organización. Tal es el caso de los médicos en los hospitales.
- **Estatus:** Posición de prestigio de los actores dentro de la organización social. El estatus se relaciona con la función que desempeñan los individuos al interior de la sociedad y la valoración por parte de otros individuos de esta función. Pero además de esto, se complementa esta definición de estatus, como el complejo de características individuales que genera una valoración de los individuos o grupos que detentan estas características. Así se entenderá por ‘estatus’ una característica sobre la que se basa una valoración, que puede ser el respeto o el honor que le es brindado a un individuo dentro de la sociedad, el cual no se encuentra determinado ni por el poder económico ni por el poder en general. Al contrario el estatus puede constituirse como una fuente para el poder, inclusive para el poder económico. Quienes comparten un mismo estatus, son considerados bajo una situación de estatus similar y es sobre esta posición que se construye una ‘clausura social’,

lo que impide una relación con sujetos con un menor estatus, o con otras posiciones de estatus. Es de alguna manera una diferenciación basada en la posición social y los estilos de vida, lo que constituye al estatus social.

- **Poder:** Weber considera dos tipos de poder el institucionalizado y el oficializado. Bajo estos términos el poder es considerado como autoridad. Y la autoridad “significa la probabilidad de que una orden sea obedecida” (Krieger, M.: 2002, Pág. 363). La obediencia, es decir, la materialización de la autoridad reviste de poder a los individuos que son obedecidos, pero el poder puede ser fruto tanto de una autoridad legítima como ilegítima. Una vez obedecida, la autoridad pasa a ser legítima, y si esta autoridad confiere poder, se habla de dominación. La dominación, consiste en una relación de poder, legitimada, por lo cual el gobernante asume el derecho de ejercer poder sobre un gobernado, quien considera estas ordenes y actúa en función de ellas, por considerarlas que emanan de un poder legítimo (Krieger, M.: 2002).
- **Orientación de la acción:** Como acción social se entenderá la acción de los individuos con sentido mentado, pero además su orientación hacia otros individuos. Se distinguen la acción tradicional, que se basa y proviene de la costumbre, que se haya al borde la acción orientada intencionalmente; la acción afectiva, que se encuentra determinada por la emoción (el sentimiento o los afectos del agente); la acción valorativa racional, orientada en forma conciente por la creencia en un valor particular por el valor mismo. Pero además, se desprende de lo anterior, la falta de racionalidad en ciertos aspectos de la acción de los actores, bajo lo cual se comprende la urgencia de la acción comunicativa (Habermas, 1989), basada en la racionalidad comunicativa, que se diferencia de la acciones orientadas al éxito (como la estratégica y la instrumental’) por encontrarse orientadas al entendimiento de los sujetos.

Los conceptos expuestos tienen como finalidad ilustrar y facilitar la comprensión de la pregunta de investigación. Partiendo por 'Bienestar', que ilustra la tendencia actual de lo que se entiende por persona sana, de manera holística, no sólo como la ausencia de enfermedad. La 'Percepción' de los diferentes funcionarios del CAE es lo que busca la presente investigación, por lo cual precisar la naturaleza de este concepto se hace imprescindible. El Consultorio de Atención de Especialidades, corresponde a un tipo de 'Organización', que es el lugar dentro del cual se desenvuelven los diferentes funcionarios. La 'Práctica Médica' es la actividad principal y la que orienta la función del consultorio. Un elemento ligado a la práctica médica, es la necesaria 'Neutralidad Afectiva y Emocional' de los profesionales de la salud, en especial en el caso de los médicos (la que se pierde de vista en los funcionarios que realizan labores asistenciales). La 'División del Trabajo', que se presenta al interior de toda organización y de la sociedad, ilustra la forma en cómo de el desarrollo de una función en particular genera una identidad colectiva (en el caso del CAE una identidad como estamento) que traspasa la esfera laboral. El concepto de 'Burocracia Profesional' muestra la forma en cómo el conocimiento es un elemento de importancia y trascendencia en los sistemas hospitalarios, que determina jerarquías, roles y estatus. El 'Estatus', es significado como la forma en que una característica individual es considerada natural y digna de respeto, condicionando la obediencia y admiración de unos a otros funcionarios. Dentro del sistema hospitalario, si bien existe jerarquías al igual que en toda organización, la forma en que se distribuye el 'Poder', se encuentra condicionada por la cantidad de conocimiento que poseen los actores, lo que a su vez determina el 'Estatus'. La 'Orientación de la Acción', en este caso, la forma en que son atendidos los pacientes, presenta diferencias entre los estamentos, mientras que para unos domina lo técnico para otros lo afectivo.

Se han presentado los principales conceptos que guiarán la investigación y permiten una comprensión de la pregunta de investigación así como los elementos implícitos de esta.

III. MARCO METODOLÓGICO

1. Tipo de Estudio

En una primera aproximación al alcance de la investigación, cabe señalar que sólo se ha realizado una investigación de la satisfacción de los usuarios en el CAE, que se encuentra ubicado en el hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, y ninguna aproximación a las percepciones de los mismos funcionarios de este consultorio, es muy poco lo que se conoce con respecto al tema. Es más, el año 2006 se realizó el primer estudio del “Clima Organizacional” del Hospital Gustavo Fricke⁹. Por lo cual la presente investigación posee una potencialidad enorme al profundizar en la comprensión de las percepciones de los funcionarios del CAE, con respecto a la atención que ellos brindan a los usuarios de este sistema y los factores internos asociados a esta.

De esta manera, nos encontrarnos con un campo poco conocido desde una perspectiva tanto práctica como teórica. Es por esto que la investigación se enmarca dentro de un tipo de estudio de corte descriptivo y a la vez exploratorio, en el cual se buscará la descripción de las percepciones de los funcionarios, visiones o la perspectiva del actor (en este caso de los funcionarios) en una situación dada (Canales M.: 2006).

2. Tipo de Diseño

Considerando los objetivos de la investigación, que detallan a lo que se pretende llegar a conocer, además de las limitantes tanto prácticas como económicas, se ha resuelto por el uso de metodologías cualitativas. Como se puede apreciar en los objetivos de la investigación, el hecho de trabajar con las percepciones de los funcionarios con respecto a la atención, se ajusta de mejor manera desde este enfoque metodológico.

⁹ Estudio que fue la tesis de grado para optar al título de sociólogo de Alex Uribe. Universidad de la Frontera (2006)

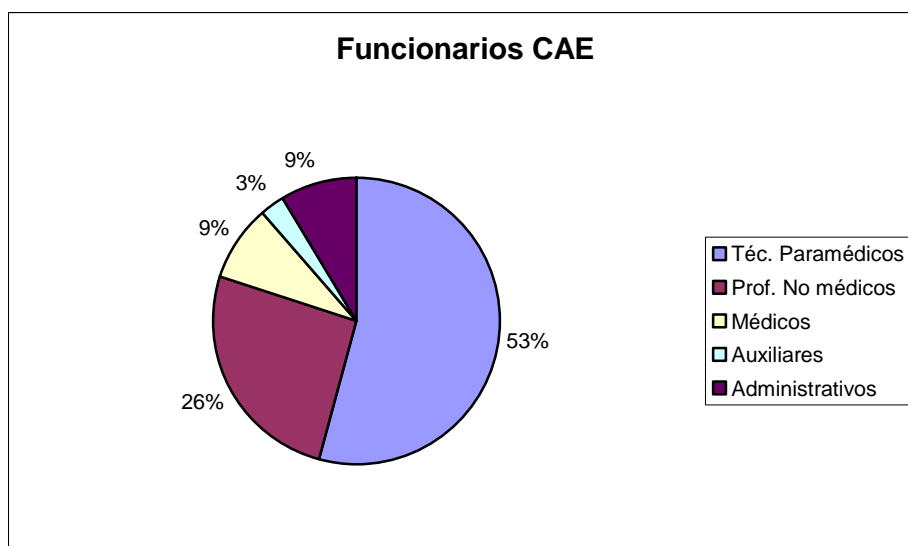
Por otro lado, el diseño de la investigación no apunta a recoger las percepciones de los funcionarios en un ambiente controlado o teniendo como comparación de estas un grupo de control y otro experimental, por el contrario, la comprensión se busca tal cual se manifiesta en su contexto habitual y tampoco se busca la relación entre variables en términos de un experimento social. Por lo tanto, el diseño de investigación es no experimental.

Ahora considerando la dimensión temporal de estudio, el diseño de la investigación considera realizar la intervención (aplicación y análisis) en un tiempo determinado, y no a lo largo del tiempo. Es por esto que la investigación tendrá un corte transversal.

3. Universo y Muestra

El universo estará compuesto por los funcionarios del CAE (Consultorio de Especialidades Médicas) del Hospital Gustavo Fricke. Estos corresponden a 70 funcionarios, y en ellos se encuentran presentes los 5 estamentos de trabajadores del hospital (administrativos, médicos, profesionales no médicos, técnicos y auxiliares). La distribución de los funcionarios, tal como lo muestra el Gráfico N°1, se compone de 38 técnicos paramédicos (que corresponden al 53%), 18 profesionales no médicos (que corresponden al 26%), 6 médicos (que corresponden al 9%), 2 auxiliares (que corresponden al 3%) y 6 administrativos (que corresponden al 9%). En total representan al 100% de funcionarios que desarrollan labores en el CAE.

Gráfico N°1: Funcionarios CAE. Fuente: Dirección CAE.



Habiendo presentado la cantidad de funcionarios, es el espacio para hablar del muestreo. En primer lugar se consideran las características de estos (las que podríamos considerar como cuestiones prácticas, la pertenencia a un estamento), que como Valles (2000) señala se pueden mezclar las dimensiones prácticas con el muestreo estructural. De esta forma abandona la representación del mayor número de casos posibles, enfatizando en la ‘expresión’ por sobre la ‘representación’. Siguiendo esta lógica, lo que persigue en el muestreo estructural es “representar una red de relaciones, de modo que cada participante puede entenderse como una posición dentro de una estructura” (Canales M.: 2006). A partir de lo anterior, a pesar de contar con 5 estamentos el CAE, para los fines del análisis se han diferenciado 6 grupos, es decir, que además de los 5 estamentos considerados, se ha diferenciado un grupo extra, ‘los directivos del CAE’, por presentar diferencias en los discursos, tanto de la médico jefa como de la enfermera supervisora, quienes antes que presentar una visión que encuentre su arraigo en su estamento, presentan la visión de la ‘jefatura’, antes que todo.

Como puede observarse, con las tipificaciones de los funcionarios y a la vez sumando a la selección estructural, lo que se busca es cubrir la heterogeneidad estructural, pero no hay que ser ciego y solo considerar los aportes beneficiosos de la heterogeneidad estructural. El cuidado

reside en que hay que lograr un equilibrio entre la heterogeneidad y la homogeneidad de los participantes dentro de los grupos como entre los grupos (Canales M.: 2006). De esta manera quedará representado el universo, ajustándose a su imprecisión. El cuidado que hay que tener con grupos muy heterogéneos es que estos pueden llegar a establecer sentidos demasiado complejos y densos, y por parte de la homogeneidad puede facilitar consensos y la reproducción de la estructura básica de discursos (Canales M.: 2006).

Al establecer dentro de la investigación la selección estructural como criterio muestral, lo que se busca, teniendo en consideración las tipificaciones de los sujetos, es que cada participante de la investigación se diferencie de los otros, como una forma de representar una perspectiva diferenciada, que es a la vez una perspectiva común del estamento que el grupo reúne (Canales M.: 2006).

Uno de los criterios que se había considerado para realizar la selección de los sujetos ha sido la antigüedad laboral, la que posteriormente quedó truncada dado el hecho de que el personal que desarrolla labores en el CAE, es un personal con una cantidad considerable de años de servicio. Al mismo tiempo que los funcionarios que se podrían considerar 'nuevos', provienen de los servicios clínicos del hospital, lo que ya los ha introducido a la dinámica de la organización. De esta manera, se ha configurado la muestra sólo considerando el estamento de cada funcionario:

Tabla N°1: Muestro Estructural Funcionarios CAE. Fuente: Elaboración Propia

Muestreo Funcionarios CAE				
Médicos	Prof. No Méd.	Técnicos Paramédicos	Administrativos	Auxiliares
2 Entrevistas (1 médico – 1 médico directivo CAE)	1 grupo (5 funcionarios) 1 Entrevista (directiva)	4 grupos (22 funcionarios)	1 grupo (5 secretarias)	1 grupo (2 funcionarios)

De esta forma se configuró la muestra para la selección de los entrevistados, los que previo a esta selección participaron tanto de entrevistas individuales como grupales, semiestructurales.

4. Técnicas de Producción de Datos

Se utilizarán entrevistas grupales e individuales para abordar la problemática que se pretende estudiar en la investigación. Tal como se presenta en el objetivo general de la investigación, se busca conocer la percepción de los funcionarios del CAE (con respecto a la atención que ellos brindan y los factores que los funcionarios asocian a ella). Es por esta razón que la realización de entrevistas grupales e individuales semiestructuradas, para abordar la problemática son idóneos, porque como lo señala Canales:

“se trata (...) del conocimiento social o común, esto es del conjunto de presunciones sostenidas intersubjetivamente como ‘lo real’, ‘lo obvio’ o lo dado por sabido en las acciones y comunicaciones de un grupo o colectivo (...) como palabras centradas en la experiencia vivida, entendida directamente como a representación o comprensión que tiene el sujeto de lo que hace, hizo o hará, desde sus conexiones de motivación y orientación, hasta la definición de contextos; en suma, un esquema observador, un programa de un sujeto actor, o lo que es igual, de un sujeto en situación”. (Canales, M.: 2006, Pág. 266).

En síntesis, llegar al entendimiento de la cotidianidad de las acciones de los actores.

Se han considerado las entrevistas individuales y grupales, como principales herramientas para la recolección de información, porque además de ser útiles en la comprensión de las acciones de los diferentes funcionarios, las entrevistas individuales y grupales serán utilizadas dependiendo del actor al que se pretende abordar. En el caso de los médicos principalmente, se utilizarán las entrevistas individuales, debido a su escasa predisposición para con la investigación y por los escasos tiempos libres que poseen dentro de su horario de trabajo. En el caso del resto de los funcionarios, las entrevistas grupales, son posibles de llevar a cabo debido a la buena disposición que han presentado hacia la investigación.

Tal como se ha mostrado, el uso de entrevistas grupales e individuales semiestructuradas, por las características de esta técnica y considerando los objetivos de la investigación, es adecuada para levantar la percepción que los funcionarios del CAE tienen de la atención que ellos brindan a los usuarios y los factores asociados a ella, porque no se busca solo la opinión de los actores, sino como ha sido (quizás de manera recurrente) mostrado la comprensión del sentido mentado de la acción, es decir, de los esquemas mentales que llevan a los funcionarios a tomar determinadas decisiones, en determinados contextos, que los llevan a emprender determinadas acciones. Ese, es el objetivo de la elección de esta técnica, la comprensión de la acción.

5. Técnicas de Análisis de Datos

La comprensión de la acción social de los individuos, según M. Weber, independientemente de si nos ayudamos de estudios estadísticos, de "tipos ideales", o de análisis cualitativos, queda comprendida y a veces explicada cuando captamos el sentido pretendido por el agente (la intención) y lo situamos en el complejo contexto de significado práctico en que se desarrolla. Así el objeto de conocimiento es para Weber *'el subjetivo complejo de significado de la acción'*, esto es, el marco de sentido de la acción tal como es vivido por los sujetos, es decir subjetivo. El marco de sentido vivenciado (subjetivado y subjetivante) es lo que nos permitiría realizar y comprender la acción (García Selgas F: 1994).

Así el comentario que se presenta de la comprensión de la acción social, se enmarca en el entendimiento tanto de los elementos subjetivos de la misma y el sentido de la misma acción que se encuentra mediado por la intencionalidad (la decisión de fumar por ejemplo) y el contexto (las dimensiones culturales y simbólicas del fumar). De esta manera la sociología puede llegar a la comprensión social de la acción tomando ambos elementos, la intención y el contexto en el cual surge la acción, lo cual es sumamente útil para el entendimiento de la percepción de los funcionarios de la atención y los factores asociados a ella.

Para la investigación se consideró analizar los datos con análisis de contenido. Como se llevó a cabo la investigación, con entrevistas grupales e individuales, y estas diferenciadas por agrupaciones de sus características por los temas a discutir, se realizaron tipologías a partir de las respuestas y de los grupos a que pertenecen las percepciones de los sujetos participantes de la investigación.

5.1 Estrategia de análisis¹⁰

Un primer paso para la confección de las categorías de análisis se encontró en la pauta de las entrevistas grupales e individuales. La que fue confeccionada luego de realizar visitas informales al CAE y de haber consultado literatura relacionada con la sociología de la salud. Esta pauta fue aplicada a todos los entrevistados lo que permitió la comparación de los discursos de los diferentes actores del CAE.

El siguiente paso en el análisis de los datos (o las entrevistas) fue la transcripción total de las entrevistas, la que permitió tener una primera aproximación a los discursos de los diferentes actores. Como una mirada preliminar, por cada transcripción hecha, se comenzó el análisis de cada

¹⁰ Para poder profundizar sobre la estrategia de análisis se recomienda leer el anexo II: Descripción de las relaciones, contradicciones y encuentros entre el discurso de los diferentes actores del CAE.

una de las entrevistas. En este paso, se logró identificar por un lado los principales temas (salarios, presión laboral, precaria infraestructura, entre otros) de los cuales hablaban los diferentes funcionarios y por otro lado, la forma en que se refieren a dichos temas (valorándolos, criticándolos, explicándolos, entre otras dimensiones). Las convergencias, similitudes, diferencias y desencuentros en los discursos de los diferentes funcionarios del CAE, se reflejó en los análisis por separado de cada una de las transcripciones.

Para ordenar la información que fue recogida en el paso anterior, se delimitaron los temas de los cuales hablaban los actores del CAE. Comenzó la confección de las categorías de análisis. Se encasillaron los datos, buscando aquellas categorías que fueran a la vez excluyentes y exhaustivas. De esta forma se encontró que los principales tópicos de los discursos eran: sobre si mismos, los recursos y la infraestructura, cuestiones ligadas a la administración, relaciones entre los estamentos y los pacientes. Dentro de cada una de estas categorías, se encontraron diferentes subcategorías o subtemas, por lo cual para generar el análisis se conservaron aquellas categorías con un mayor poder explicativo (las que se encontraban presentes en todos los estamentos).

De la misma forma como se hallaron los principales temas que se desprenden de los discursos de los diferentes actores, al mismo tiempo se fueron elaborando los ejes discursivos, entre los que se encontraron: diagnósticos y propuestas. Dentro de los diagnósticos, se situaron los juicios (críticas y valoraciones) y las explicaciones. Y por el lado de las propuestas, las categóricas y las condicionales.

A partir del encuentro de estas dos dimensiones (ejes temáticos y ejes discursivos) en los discursos de los diferentes actores, se confeccionó la matriz de análisis. En la parte superior de la matriz se anotaron los principales temas y en la parte vertical de la matriz las forma de hablar de los diferentes temas. El llenado de la matriz se realizó en un primer momento, por cada entrevista. Para los fines del análisis, es decir, la comparación de los discursos de los diferentes actores, se llenó la matriz con todas las entrevistas. Para lograr una diferenciación de las unidades

de registro se utilizaron diferentes colores, verde para los auxiliares, rojo para los paramédicos, morado para las secretarías, negro para los profesionales no médicos y azul para los médicos.

Luego de tener la matriz de análisis completa, con todas las unidades de registro de cada entrevistado y diferenciada por cada actor del CAE, fue el momento para confeccionar el análisis de las diferentes temáticas abordadas en la investigación. De esta manera se obtuvo un panorama que muestra las diferencias o similitudes de las percepciones de los funcionarios del CAE con respecto a la atención y los factores que inciden en ella.

6. Calidad del Diseño

Más allá de resguardar la confiabilidad y la validez de la investigación, o más precisamente, de los resultados de la investigación, en términos cuantitativos, resulta importante considerar las estrategias para asegurar la calidad del diseño desde la perspectiva de la metodología cualitativa.

Valles (2000) presenta tres formas para salvaguardar la calidad del diseño. Partiendo de la aceptación de los criterios cuantitativos, en segundo lugar la modificación de estos y por último el rechazo por completo de estos. Pero termina señalando criterios comunes de estas tres tendencias, de esta manera enfatiza en la *credibilidad*, *transferibilidad* y en la *dependibilidad*.

Por *credibilidad*, se comprende el uso de distintas técnicas de análisis y la forma en que estas han sido puestas al servicio de la investigación. Como una forma de guardar la calidad del diseño, esta investigación, contempla el uso no, sólo de grupos focales, sino que también se considera la aplicación de entrevistas para la confección de las pautas de los grupos focales, ya que Valles (2000) señala que la aleatorización ayuda para mantener la credibilidad.

La *transferibilidad* de la investigación, como Valles indica (2000) se logra a través de los muestreos de cualitativos en contraposición a los cuantitativos probabilísticos. De hecho, la

investigación considera la realización de un muestro estructural, para la selección de los sujetos que participarán en los grupos focales. El sentido de la *transferibilidad* se encuentra en que los resultados obtenidos en la investigación cualitativa, son extrapolables a otros contextos similares, dentro de los cuales las variables estructurales se presenten de manera similar. Es por esto que el uso del muestreo estructural cobra sentido para salvaguardar la calidad del diseño.

Presentar las herramientas de trabajo, las pautas de los grupos focales, las transcripciones de las entrevistas como de los grupos focales y todo el material para que un otro experto los analice y verifique, tanto en su calidad como en las conclusiones que se pueden lograr a partir de ellos, será un criterio que se tendrá en cuenta. De esta manera la *dependibilidad*, se piensa resguardar, por último, la calidad del diseño.

7. Plan de Trabajo

De manera general el plan de trabajo consideró la realización de la investigación en siete etapas. La primera etapa consistió en la aplicación de entrevistas informales.

La segunda etapa contempló, el análisis de las entrevistas y la elaboración de las pautas de discusión para los grupos focales.

La tercera etapa consistió en la realización de los grupos focales. La aplicación considera no sólo los tiempos de aplicación de grupos focales sino que además los tiempos requeridos para la selección de los sujetos que participaran en ellos.

La cuarta etapa consistió en la realización de los primeros análisis de los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los grupos focales. Se considera, en esta etapa, los tiempos para las transcripciones de los grupos focales como los análisis mismos.

La quinta etapa se encontró constituida por la sistematización de la información.

En la sexta etapa de la investigación comenzó el análisis de los resultados así como también la redacción de las conclusiones y la presentación de los resultados.

En la séptima etapa de la investigación se elaboraron recomendaciones para el CAE.

Para graficar de manera temporal se presenta la Tabla N°2 (las fechas y las tareas a realizar pueden sufrir modificaciones):

Tabla N°2: Tiempos y Etapas de la Investigación. Fuente: Ela. Propia.

PLAN DE TRABAJO	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abril	May	Jun	Jul	Ago	Sep
Aplicación de entrevistas informales	X												
Redacción pautas	X												
Trabajo de Campo (aplicación entrevistas individuales. y grupales)	X	X	X	X									
Transcripción y análisis preliminares			X	X									
Sistematización de la información.							X	X	X				
Interpretación y conclusiones										X	X	X	
Elaboración de recomendaciones													X

8. Condiciones Éticas

Una de las primeras consideraciones éticas que se tendrán en cuenta, durante y al finalizar la investigación, será la confidencialidad de los participantes, es decir, todas las opiniones serán utilizadas sin ser individualizadas. Se contempla el anonimato de las personas como elemento fundamental para resguardar su integridad (por las opiniones vertidas) y así evitar posibles reacciones sobre los participantes de la investigación.

Otro aspecto que resulta de importancia radica en la presentación de los resultados de la investigación, tanto a los participantes de la misma como a la organización que prestó el apoyo para realizar la investigación. Del mismo modo que para la selección de quienes participen en la investigación, se considera de importancia comunicarles de manera fidedigna en que consistirá el estudio y la forma en que será canalizada su información.

Por último, cabe señalar, que si bien la investigación tiene como relevancia práctica la utilización de los resultados para realizar mejoras al servicio, es de importancia no generar en ellos ‘falsas esperanzas’, porque la investigación no será una ayuda directa sino más bien un instrumento para realizar determinadas transformaciones que posibiliten la mejorar del servicio.

IV. ANÁLISIS

1. Conociendo a los Funcionarios del CAE

Conocer a los funcionarios es el primer paso, necesario ante todo, para lograr la comprensión de las diferencias en los discursos de los funcionarios del CAE (Consultorio de Atención de Especialidades Médicas), los que se agrupan en 5 estamentos, auxiliares, personal técnico, personal administrativo, profesionales no médicos y médicos. Cada uno de estos estamentos desarrolla una actividad determinada al interior del CAE, lo que los diferencia tanto en la función que desempeñan como en el estatus que se ajusta a la valoración de cada función.

Para conocer a los funcionarios en este primer capítulo, se presentan tres subcapítulos, cada uno de ellos aportando al entendimiento de los funcionarios y al conocimiento de sus historias como estamento. De esta manera, en el primer subcapítulo, se tratan principalmente temas relacionados con la antigüedad laboral de los funcionarios y su procedencia, dentro del cual se destaca una considerable cantidad de años de servicio de parte de la totalidad de los funcionarios, quienes indican y relacionan su antigüedad laboral en el CAE con la del 'servicio', entendiendo servicio como el trabajo que han desarrollado previamente en el hospital.

Dentro del segundo subcapítulo se aborda la temática acerca de la función que desarrollan en el CAE los diferentes estamentos y los diferentes ribetes que toma el realizar una función determinada para cada funcionario. De esta manera, emerge el 'hacer otras labores' como un aspecto relacionado con la posición organizacional de los paramédicos y los auxiliares (bajas) y, al mismo tiempo surge la reivindicación de límites claros y precisos en relación al trabajo desarrollado (para las secretarías, profesionales no médicos y médicos), pero guardando una diferencia entre quienes apelan explícitamente al estatus profesional (profesionales no médicos) y quienes no (médicos) al definir la función que desempeñan al interior del CAE.

Por último dentro del tercer subcapítulo, se comprenden los principales elementos motivacionales de los funcionarios del CAE. Así lo que motiva a los funcionarios a trabajar al interior del CAE, es la vocación de servicio (orientación colectiva), el gusto por el desarrollo de las labores técnicas y la valoración de la retribución monetaria (el dinero) por el trabajo desarrollado.

De esta forma se ha considerado la comprensión de los estamentos a partir de estos tres elementos antes mencionados, los cuales aportan al entendimiento de los diferentes discursos de los estamentos y de las historias conjuntas que desarrollan como funcionarios del CAE.

1.1 Antigüedad Laboral y Procedencia

Los años de servicio, su procedencia y describir la función que realizan en el CAE (Consultorio de Atención de Especialidades Médicas), constituyen tres dimensiones que posibilitan el entendimiento de la historia de los funcionarios y de su historia que se genera conjuntamente como estamento.

Sobre los años de servicio de los funcionarios del CAE, cabe señalar que surge una primera consideración importante, que corresponde a señalar como años de servicio no solo los años de antigüedad laboral que reportan en el CAE, sino que además en el ‘servicio’ en general, entendiendo por servicio el trabajo desarrollado tanto en el hospital como el desarrollado en el CAE.

De esta forma los auxiliares han señalado que llevan más de 20 años trabajando en el CAE y, la forma de ingreso estuvo marcada por el desarrollo de labores menores y el traslado desde otro hospital:

“yo entré de portero para el Van Buren y después (...) me presente acá y quedé hasta
ahora”

Por su parte el personal administrativo (secretarias), al igual que los auxiliares, reportan una antigüedad laboral de más de 20 años en algunos casos. De la forma de su procedencia o la forma en que ingresaron a trabajar en el consultorio, existe un par de posturas. Una de ellas radica en la procedencia de otros consultorios del servicio de salud y la otra forma de ingreso ha sido la contratación por el hospital y los traslados internos a los que han estado sujetas:

“yo partí en (...) en el Eduardo Pereira y de ahí me trasladé el año '97 (...);
“(...) venía a trabajar a contabilidad y después hubo cambio y empecé a trabajar en
cardiología y desde entonces que trabajo ahí”

Los paramédicos, por su parte, reportan una antigüedad laboral similar a la de los auxiliares y las secretarías. Además se destaca de la antigüedad laboral de los paramédicos, el desempeño de funciones en los servicios del hospital y luego su inserción en el CAE, como una tendencia general (al igual que en el caso de las secretarías). Tal como se muestra:

“yo tengo 36 años de servicio, trabajé 31 años en cirugía infantil y hace 6 años y un poquito más que estoy en el CAE”

Sin embargo, surge una postura diferente, con respecto a la procedencia de los paramédicos y a su ingreso, en especial en el caso de los paramédicos más jóvenes:

“(…) porque me avisaron de la universidad que necesitaban gente y vine”

Su procedencia ilustra la tendencia del hecho de que hace cada vez más necesario un título universitario o una acreditación del ‘saber’ en una institución educativa para *competir* por un puesto de trabajo, debido a que no sólo por el hecho de poseerlo (un título) se tiene asegurado un puesto de trabajo, sino que la tenencia de este sólo asegura la competencia por dicho puesto de trabajo (Beck, U.: 1998).

La antigüedad laboral de los médicos es similar, en comparación con el resto de los funcionarios. Por un lado la médico jefe del CAE y un médico que atiende en el CAE indican:

“(…) cumplí 30 años de médico y trabajando en el consultorio 26 años, desde hace 26 años que trabajo en este hospital y de jefe del consultorio llevaré 20 años”;
“deben ser unos 5 años, antes hacía más consultorio ahora estoy más dedicado a alguna labores de gestión”

En ambos casos su relación con el hospital y con el CAE superan los 5 años de antigüedad, alcanzando en el caso de la médico 20 años de directiva del CAE.

1.2 Sobre la Función que Desempeñan

Con respecto a la función que desempeñan los diferentes funcionarios se comenzará a describir la función de los auxiliares en primer lugar, para luego describir la del resto de los estamentos del CAE.

Por un lado los auxiliares, además de indicar la función que realizan en el CAE señalan la realización de otras labores que no corresponden específicamente a su rol:

“nosotros (...) tenemos que hacer nuestra tarea y si nos dicen la señora XXXX (directiva del CAE) teni que tomar todas esas cuestiones tenemos que hacerlo porque (...) nosotros tamos pa las pegas pa toas”

Claramente se muestra, el hacer otro trabajo, como una de las funciones que deben desempeñar, indicando implícitamente la falta de autonomía, la baja recompensa, la falta de toma de decisiones para la realización de su trabajo y la subordinación a las ordenes de un superior, en este caso la directiva del CAE. El tipo de trabajos que realizan se denomina como ‘dirty work’ o trabajo sucio (Nacarrow S. & Borthwick A. (2005) Dynamic professional boundaries in te healthcare workforce, *Sociology of Heath & Illness*, Pág. 897 – 919) y corresponde a tareas menores, que no acarrear muchas responsabilidades y carecen de complejidad (por ser menos especializadas) por lo cual su ejecución, recae dentro de la estructura organizacional a las posiciones más bajas, en este caso a los auxiliares. Son estos quienes deben realizar el trabajo que nadie realiza, por carecer de importancia o por ser demasiado básico, es decir, poco especializado, para quienes ocupan una posición más alta dentro de la estructura organizacional (carece de importancia simbólica y funcional).

Para los paramédicos, uno de los elementos destacados sobre el desarrollo de su función, es la experiencia laboral de los mismos. Este elemento se convierte en fuente de conocimiento

(generado a través de la experiencia) acerca de las labores y de las funciones que deben realizar los paramédicos, indicando:

“nosotros trabajando con adultos, estamos llegando a la meta, se podría decir, 32, 36 años de servicio (...) y ya uno está acostumbrado con la patología”

De alguna manera se señala que la experiencia laboral juega un rol positivo para el desempeño laboral de los funcionarios, tanto para los pacientes como para ellos mismos, lo cual se convierte en un elemento de importancia por el hecho de saber la forma de enfrentar y tratar una enfermedad en particular. Además el ámbito de la experiencia no solo se inscribe en el manejo y en el saber su trabajo, sino que también en el hecho de saber mediar entre los funcionarios y el hecho de haber aprendido que de alguna manera a tener entre funcionarios una buena relación, por considerar:

“(...) nos sabemos al revés y al derecho el trabajo (...) entonces tratamos de llevarnos bien (...)”

Se valora el conocimiento, pero además un conocimiento que sobrepasa lo meramente técnico o el saber hacer de su función. Existe una superación su de labor, y se valora el conocimiento de las relaciones interpersonales y el manejo con otros compañeros así como con los pacientes. Un conocimiento que se expresa en dos dimensiones o ejes, uno referido al manejo de las patologías (técnico) y el otro dirigido al manejo con los compañeros de trabajo y pacientes (plano afectivo), siendo este último desde el cual se valora la función mediadora que manifiestan, como un esfuerzo que se relaciona con ellos, con los paramédicos y desde quienes surge para los demás.

Al hablar de su función o del trabajo que realizan dentro del CAE, el personal administrativo indican de forma clara y precisa sólo el trabajo que realizan como secretarías, al contrario, de los auxiliares las secretarías solo hablan de las funciones que deben realizar, esbozando límites y señalando claramente las labores que deben realizar como secretarías:

“(...) la labor de nosotros es atender al público, entregar biopsias, exámenes en general y todas las consultas, dar información y lo otro llevar la parte administrativa del consultorio, permisos, feriados (...)”

En la cita anterior se observa la forma en cómo el hacer su trabajo se enmarca dentro de ciertas barreras laborales claras y precisas, generando una clausura ocupacional como estamento, bajo el cual se consideran ciertas labores como propias a realizar por un estamento determinado, en este caso, el administrativo.

Los profesionales no médicos, indican que por ‘ser profesionales’, es decir, valorando su estatus y el rol que desempeñan dentro de la organización (haciendo explícito la valoración de su estatus), realizan trabajos asociados con el desarrollo de su profesión y en estricta relación con el conocimiento que poseen:

“(...) nosotros tenemos labores determinadas porque nosotros somos profesionales (...)”

Señalan la separación de las diferentes funciones que se realizan en el CAE, indicando además el hecho de realizar sólo ciertas labores que se relacionan de manera estricta con la profesión que desarrollan al interior del CAE. Esto da pie a hablar de una clausura ocupacional, en el sentido de generar barreras y límites claros y precisos, por un lado el ejercicio de su profesión y por otro lado, diferenciarse al interior de la organización del resto de los funcionarios (reconocimiento un estatus asociado al ejercicio de su profesión).

La médico, que al mismo tiempo forma parte de la dirección del CAE, por su parte, al hablar de sus labores menciona:

“(...) yo soy la jefa administrativa del CAE y mis labores fundamentales son, labores de coordinación con otros servicios y unidades de apoyo, de administración de la infraestructura y del personal del CAE (...) también administración respecto de

algunos médicos que tienen horas específicamente destinadas al CAE, no de los médicos de los servicios clínicos”

Por otro lado los médicos, con respecto a la función que desempeñan mencionan:

“(...) dentro de esas 22 horas tengo algunas horas asignadas al CAE (...) hago consultorio de pediatría general (...)”

Por un lado la cita muestra (en el caso de ambos médicos) la descripción de las labores que realizan, todas las cuales se enmarcan dentro de límites definidos y claros, al igual que los profesionales no médicos, pero diferenciándose en la reafirmación de su profesión como el marco de acción (tanto su rol como estatus) dentro de la organización en el caso de los profesionales no médicos. De alguna manera no se debe hacer explícita la profesión para otorgarse legitimidad al interior de la organización (por parte de los mismos médicos), esta se da por establecida de manera implícita, tanto por los mismos médicos como por el resto de los funcionarios.

Por otro lado, surge una diferencia o una diferenciación en lo dicho por la médico directiva con respecto al personal del CAE. Por una parte se encuentra ‘el personal que esta a su cargo’ (tanto los auxiliares, los profesionales no médicos, las directivas y los técnico) y por otro lado la ‘administración de algunos médicos’, donde se establece la vinculación entre la autonomía de los médicos y su dependencia a los servicios del hospital y/o (no) al CAE.

En relación con lo anterior, un aspecto relevante que surge a partir de lo dicho por el médico, es la designación de ‘algunas horas’ al CAE. Este ha sido un punto de tensión, que genera problemas de coordinación y hacinamiento de pacientes en el consultorio, porque como se señala en las críticas a la infraestructura¹¹, los médicos sólo atienden pacientes durante las mañanas, porque en la tarde no atienden en hospitales públicos (principalmente los médicos que tienen

¹¹ Ver capítulo 2 Recursos e Infraestructura.

horarios de 22 horas). La tensión se produce por la dependencia de los médicos de los servicios del hospital y el total desligamiento de los directivos del CAE, lo que ocasiona una tensión entre los liderazgos¹², pero más precisamente en el organigrama de la organización, dentro del cual los médicos aparecen como sujetos autónomos, no dependientes de las directrices establecidas por los directivos del CAE. Frente a lo cual la médico directiva del CAE, dada la autonomía de los médicos y la dependencia de los servicios del hospital, no puede coordinar a los médicos como lo hace con el resto del personal que tiene a cargo (como se muestra en el capítulo 3: Cuestiones Administrativas).

Además de las labores de administración del CAE, se destaca como parte del ejercicio de la profesión de los médicos: la atención de pacientes. Así señalan, con respecto al tiempo que le entregan a cada paciente en la atención y a los procedimientos que deben realizar:

“yo veo 3 por hora, pero veo 8 pacientes como en 3 horas, pero es una cosa personal (...)”

“(...) hay una parte es la parte de examen del paciente y la otra es la cantidad de registros y documentos que hay que escribir”

Los tiempos de atención o los rendimientos médicos, antes que estar sujetos a una disposición burocrática, responden a criterios personales, que se ajustan al criterio y a la especialidad de cada médico. Por otra parte, se observa una separación entre lo meramente médico, el control o la detección de la enfermedad, versus todo el procedimiento administrativo y burocrático que deben realizar luego de la atención de los pacientes, como una forma de crítica a estos procedimientos y además, mostrando que ‘los registros y documentos’ son una parte agregada al trabajo médico, no meramente el trabajo médico.

¹² Cabe recordar que el rol de los médicos dentro de un organigrama y su capacidad para desarmar un organigrama organizacional, se genera por poseer un cierto conocimiento y estatus, lo que les permite autodeterminarse, lo que en palabras de Mintzberg, constituye una burocracia profesional. (Rodríguez, D.: 2004).

1.3 Elementos Motivacionales: Las Razones por las Cuales Trabajan

Una de las razones que emergen por parte de los funcionarios al hablar del desarrollo de su trabajo al interior del CAE, es la motivación o los elementos motivacionales que surgen en el desarrollo de su labor. A partir de lo anterior las motivaciones se entenderán como las principales razones por las cuales los funcionarios desarrollan su trabajo y, también como las principales razones por las que mantienen o dirigen una actividad determinada (Vander Zanden J.: 1986). Otra forma de entender la motivación puede establecerse luego de la comprensión de la acción de los individuos al interior de la organización, la que puede ser afectiva, racional, ética o consuetudinaria (Krieger, M.: 2001).

Hechas las aclaraciones anteriores es tiempo de presentar la forma en que las motivaciones se plasman en los discursos de los diferentes funcionarios. De esta manera, para los auxiliares el trabajo que desarrollan lo valoran porque:

“(...) estamos tan acostumbrado a nuestro trabajo, es que nos gusta po (...) es que nos gusta estar ahí... y aparte si nos sacan de ahí queda el despelote... porque nosotros sabemos todas las cosas que hay que hacer ahí”

Señalan por un lado la costumbre (experiencia) además de vocación (como el gusto por el desarrollo de labores técnicas) y agrado por lo que las labores que realizan (el contacto con los pacientes). Además de considerar que ellos son parte importante para el funcionamiento del sector en que trabajan y del mismo CAE. A raíz de lo anterior, de las motivaciones por las cuales los auxiliares desarrollan su trabajo, surge un elemento, que frente a la vocación o el gusto por el desarrollo de sus labores, puede pasar desapercibido:

“nosotros hacemos cosas que no nos corresponde, pero lo hacemos por que nos gusta, es grato trabajar acá, a mi me fascina, me gusta lo que hago”

Al igual que al describir el trabajo que realizan, el que cuenta con una baja responsabilidad y con un bajo reconocimiento, en otras palabras el desarrollo de tareas de menor importancia (labores poco especializadas), estas son realizadas por los auxiliares, en quienes recae la realización de estas labores, por las razones antes mencionadas, las que se ven reforzadas por los elementos motivacionales indicados. Además, la realización de otras labores comporta un elemento que puede pasar por desapercibido, el desplazamiento de los límites de las labores que desarrollan en el CAE (Nacarrow S. & Borthwick A. (2005) Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce, *Sociology of Health & Illness*, Pág. 897 – 919), desplazamiento que se nutre por un lado de las motivaciones de los auxiliares y por otro lado de la menor importancia de estas labores.

Otras de las motivaciones enunciadas por los auxiliares acerca de las razones por las cuales trabajan, es el hecho de haber encontrado tanto en el CAE como en el hospital, un campo de trabajo diferente al meramente asistencial. En sus palabras:

“mi profesión es técnico electrónico, y se supone que uno estudió para salirse de aquí (...) pero aquí se me ha dado toda la pega para trabajar (...) la tele la tengo mala (...) y si tengo aquí, para que irme para fuera (...)”

Es dentro de este espacio, por un lado por la concentración de personal (más de mil), se transforma en un campo de trabajo, donde puede realizar trabajos ‘extras’ o los denominados ‘pololos’, que son un tipo de trabajo completamente ajeno al trabajo que desarrollan en el consultorio. Así, la razón por la cual trabajan además de valorar su trabajo, en sí mismo, se vuelve un trabajo que abre las posibilidades para hacer otro tipo de trabajos.

Uno de los elementos que son destacados por parte de los paramédicos, con respecto al desarrollo de su función es el hecho de la vocación de servicio y la orientación profesional, es decir de carácter técnico, que esta originó en los paramédicos:

“(...) le gusta por algo estudiamos esto obviamente (...)”

Pero no sólo es destacada la vocación como el principal elemento motivacional, sino que además se destaca el interés monetario como un segundo elemento que explica la motivación de los paramédicos, indicando:

“(...) para que estamos con cosa si uno trabaja por plata”

Surgen dos aspectos a considerar, el dinero por si mismo, como una forma de retribución por lo que hace, y en segundo término, la necesidad de un trabajo y la consideración del trabajo como una categoría moral y una necesidad (Bauman, S,: 2006). Sobre este mismo punto se considera además por parte del personal técnico, que ante la falta de un contrato laboral, el trabajo que desempeñan lo realizan sin mayores reparos hacia la organización:

“no influye en mí el tema del contrato, en mi desempeño como funcionaria (...) depende de mí, el estar contratada para atender bien o mal a los pacientes, ni para llevarme bien o mal con los jefes”

A pesar de no ser considerado como una crítica abierta a la jefatura del CAE, la falta de contratación emerge como un tema considerado de importancia para los paramédicos, pero que no repercute en la realización de este mismo trabajo. La falta de antigüedad laboral, con la consecuente falta de cobertura de las seguridades laborales que se ajustan a la normativa laboral, muestran la forma en que el trabajo se precariza, se vuelve fácilmente sustituible y bajamente remunerado. Esto se puede apreciar en los salarios que reportan el paramédico frente a los médicos o los profesionales no médicos, porque finalmente lo que se valora y recompensa es el conocimiento técnico y la posibilidad de que con este, se puede aportar de mayor manera a logro de los objetivos de la organización¹³. Pero, a pesar de todo lo anterior, se reafirma la separación

¹³ Ver anexos Misión y Visión del hospital Dr. Gustavo Fricke.

entre la atención (como un aspecto técnico) y su condición contractual, la que no influye en el desarrollo de sus labores.

El personal administrativo considera, al igual que para los paramédicos, que existe un elemento trascendental por el cual trabajan, tal como lo señalan:

“(…) siendo bien honesta uno no vendría a trabajar si a uno no le pagan”

El criterio monetario emerge nuevamente, en este caso en el discurso de las secretarias, como el elemento explicativo por el cual desempeñan sus funciones, es decir, que no existe una orientación técnica u emocional que explique su desempeño en el CAE, más bien este se ajusta a la retribución monetaria por el desarrollo de un trabajo.

El compromiso y la vocación de los profesionales no médicos tanto hacia los pacientes como hacia el mismo CAE, es el elemento que destacan los mismos profesionales no médicos de sí mismos.

“personal altamente comprometido, porque trabajar en servicios públicos no es lo mismo que una organización privada (...) y eso demuestra que hay compromiso de parte de los funcionarios”

Se valora el compromiso con la organización por el hecho de mencionar de manera implícita todas las dificultades con las que se encuentran diariamente. Se genera así una comparación con los servicios privados, que los señalan como la forma óptima para trabajar, por contar con una mayor cantidad de recursos. En contraste con la organización pública que es la que posee la mayor parte de las dificultades para desarrollar el trabajo. Es por esto que se señala el compromiso y la gente comprometida con el servicio CAE, no solo de los profesionales, sino que de los funcionarios en general.

La vocación emerge por parte de la médico jefa del CAE, como uno de los principales elementos motivacionales. De esta manera indica:

“(...) a mí me encanta la salud pública y creo que por lo que uno estudio medicina y el hospital tiene que ver con una cosa personal (...) de alma matter, aquí estudié yo, aquí estudie en la universidad (...)”

Para la médico (directiva) existe una valoración no solo de las labores que realiza, como médico y como directiva, sino que además destaca la importancia de la salud pública y del servicio social, que implica la orientación colectiva de su profesión (Parsons, T.: 1999). Además de esto el espacio físico, tanto del CAE como el hospital, adquiere una significación simbólica, por constituirse dicho espacio como el lugar dentro del cual se formó, como algo más que solo un hospital, algo más personal (‘alma matter’).

Ahora bien, no sólo son importantes las relaciones que se establecen entre medios y fines, un saber racional, sino que además las relaciones que se establecen entre los valores y el afecto, entre lo ético y los emotivo (Krieger, M.: 2001) para los paramédicos, así como para una de las directivas (la médico), la cual considera que la experiencia laboral le ha permitido tener una buena relación con ‘su’ personal, señalando:

“(...) yo conozco el nombre de todos y se sus historias y eso también ayuda a los directivos nosotros (...)”

Esto indica no sólo una relación laboral, técnica o burocrática – administrativa, sino que además se genera una relación afectiva que ayuda al manejo directivo, que es funcional para los directivos del CAE y que además es significada como un elemento de importancia tanto para la directiva como para los funcionarios. El carácter afectivo que presenta la dirección del CAE legitima el dominio hacia los funcionarios, ya que valida las disposiciones emanadas desde la jefatura.

Una primera consideración que cabe mencionar, al respecto de la descripción de los funcionarios (años de servicio, como la descripción de la función que realizan en el CAE) es el hecho de que cuenta el CAE con un personal con muchos años de servicio, alcanzado en algunos casos los 36 años de servicio¹⁴. Lo cual de alguna manera indica y se relaciona con la experiencia laboral, la que es valorada por los funcionarios, en especial los auxiliares y los paramédicos, quienes valoran el aspecto de ‘saber hacer lo que hacen’.

Otro de los temas de importancia que se han reflejado en esta primera parte de las explicaciones sobre si mismos, ha sido el tópico de los problemas o las tensiones que se producen entre los médicos y el CAE. Problema que se presenta principalmente por el desarrollo de una burocracia profesional y la consideración de la no dependencia de los médicos del CAE.

Surge, además la configuración de un nosotros o de un somos, determinado por los conocimientos que se manejan o poseen los funcionarios, en este caso los profesionales no médicos, quienes se reivindican como un estamento de profesionales, que por ser profesionales desarrollan labores concordantes con su grado académico, siempre bajo la determinación de un ‘somos’ o un ‘nosotros’ los profesionales. También puede leerse como una reivindicación de estatus como una forma de diferenciarse dentro de la organización.

Por último, al hablar de las principales motivaciones de los funcionarios, se remarca la orientación técnica del hacer de los funcionarios, la vocación de servicio y el compromiso que existe con la salud pública, lo cual emerge como una categoría explicativa de una de las principales motivaciones que mantiene a los funcionarios (en especial tanto los profesionales no médicos como los médicos) desarrollando su profesión al interior del CAE a pesar de todas las dificultades con las que se encuentra el servicio público de salud.

¹⁴ Más adelante se volverá a modo de reseña sobre la antigüedad laboral del personal como un elemento explicativo del ‘sentido de pertenencia’ que mencionan las directivas como un elemento de trascendencia para el CAE.

2. Recursos e Infraestructura

En esta primera aproximación al entendimiento de la dimensión 'Recursos e Infraestructura' que los funcionarios del CAE enuncian hacia las condiciones de materialidad del consultorio, por una parte y además a la falta de recursos por otro lado, es importante mencionar, para que de alguna manera se comprenda la urgencia de este tema, que la infraestructura del CAE ha sido un tema recurrente a lo largo de esta investigación y siempre presente en todos los estamentos, por presentar severos deterioros que se reflejan en las condiciones estructurales del consultorio¹⁵.

Las condiciones materiales de una organización, como ha sido mencionado anteriormente, han sido consideradas como un elemento de importancia y trascendencia para los funcionarios. Basta mencionar que una de las variables de la medición del clima organizacional que propone Darío Rodríguez (2002) son las variables del ambiente físico, como el espacio material, condiciones de ruido, calor, contaminación, instalaciones, maquinarias, etc. (Rodríguez, D.: 2002). De esta forma la importancia otorgada a la infraestructura de la organización para cada actor del CAE se presenta como relevante desde la perspectiva de la medición del clima organizacional como desde los mismos funcionarios. Así, lo que han dicho los funcionarios con respecto a la infraestructura se ha separado en cuatro subcapítulos, cada uno de ellos con un ribete diferente con respecto a los 'Recursos e Infraestructura'.

El primer subcapítulo, se refiere a la forma en que los actores del CAE significan el impacto que provoca la infraestructura, tanto en el desarrollo de su trabajo como las sensaciones que les provoca como actores individuales, siendo un elemento de importancia, explicativo, para comprender las críticas, el tiempo que cada actor está en el CAE como la función que desempeñan (tanto su rol como su estatus). La 'priorización de los espacios' ha sido un elemento que se desprende de los problemas infraestructurales, es decir, la forma en los espacios son distribuidos en el consultorio, sumado a la valoración de aspectos inmateriales del consultorio como el 'prestigio' que reporta trabajar en el consultorio. Además de la sensación de 'abandono' y 'riesgo permanente' que provocan las actuales condiciones materiales en los diferentes estamentos.

El segundo subcapítulo se refiere a las consecuencias que acarrea la falta de recursos económicos tanto para los funcionarios como para los pacientes. Bajos sueldos, límites monetarios para la compra de insumos, lentitud de los procesos de atención, sobrecarga laboral y falta de reconocimiento monetario (débil sistema de recompensas). Se hace necesario situarse desde la posición estamental de cada funcionario para entender cada una de las críticas antes mencionadas, siendo relevante la falta de reconocimiento en los bajos estamentos, como es el caso de los paramédicos.

El tercer y cuarto subcapítulo, se refieren a los elementos del contexto dentro del cual se sitúa el CAE. Con un 'aumento de la población' y nuevos 'elementos políticos' que resultan elementos explicativos de las actuales condiciones del consultorio.

¹⁵ Esto se pudo apreciar en las visitas realizadas para la realización del trabajo de campo, además de encontrarse en el discurso de los diferentes actores.

2.1 Sobre las Condiciones Materiales del CAE

Un primer elemento a considerar con respecto a las condiciones materiales del consultorio, principalmente aspectos de la infraestructura, es la forma en que los diferentes funcionarios se refieren a este tópico. Así la mirada crítica frente a la infraestructura se encuentra presente mayormente en los auxiliares, en los técnicos (paramédicos) y en el personal administrativo (secretarías), por estar relacionadas mucho más que los otros estamentos con el espacio físico del CAE. A diferencia de los médicos que sólo se relacionan con el CAE de paso, (como lo mencionan los funcionarios: ‘solo en las mañanas’) para la atención de los pacientes y los profesionales no médicos, que si bien desarrollan sus actividades en el mismo horario que los otros estamentos (de 8 AM. a 17:00 PM.), para ellos surgen otros temas que son considerados como críticos (más adelante se mostraran los temas de importancia para los profesionales no médicos).

De esta forma los auxiliares consideran que la infraestructura del consultorio no posee las condiciones mínimas con las cuales debería contar, tal como lo indican:

“(…) el consultorio no está en condiciones para trabajar, en buenas condiciones (…)”

Sobre este punto existe un consenso con respecto a lo que expresan los paramédicos quienes señalan que:

“como infraestructura es malo, como usted puede ver, no hay calefacción,
no hay ventilación, no hay vías de escape, poco espacio para el paciente, para el
usuario”

Tanto para auxiliares como paramédicos, lo mencionado sobre la infraestructura radica principalmente en aspectos generales de las condiciones del CAE, como una mirada general de la materialidad con la que cuenta el consultorio. A diferencia de los profesionales no médicos, que

si bien encuentran un punto de encuentro al señalar que la infraestructura es deficiente, este estamento enfatiza en aspectos diferentes a los mencionados por los auxiliares como por los paramédicos. Para los paramédicos cobran importancia los aspectos de la atención de los pacientes y los lugares donde estos son atendidos:

“(...) no trabajamos en las condiciones métricas adecuadas, de que no hay box, no hay la suficiente cantidad de box (...)”

Surge de esta manera una primera posición frente a la infraestructura la cual es considerada como un elemento de importancia para el desarrollo del trabajo mismo. Por todo lo que reviste no contar con las condiciones pertinentes para realizar su trabajo. Esto no sólo es mencionado como un elemento que obstaculiza e impide un buen ejercicio de su función, a nivel laboral (propio de los funcionarios) sino que además, es considerado un elemento que influye en los funcionarios y en los pacientes. Principalmente se encuentra entre los paramédicos una empatía o la capacidad de situarse en la posición del otro, por la preocupación que se expresa por los pacientes quienes también deben lidiar con los mismos problemas de infraestructura.

Para los auxiliares, considerando la definición que se realizó anteriormente de las actividades que realizan, la falta de espacio se materializa en la ‘priorización’ de los espacios por parte de los directivos de la organización. Así ciertos espacios del CAE son distribuidos de manera proporcional con la cantidad de conocimiento que poseen los actores del CAE (análisis de lo implícito), este que puede ser medido o puede ser percibido de manera práctica, por el hecho de que ciertos funcionarios poseen la acreditación del dicho conocimiento con títulos universitarios (como los médicos y los profesionales no médicos). Lo que es percibido como una valoración o una sobre valoración por parte de quienes no lo poseen, de manera simbólica hacia ellos (estatus). Esto posibilita a su vez, que la organización o la dirección del CAE y del hospital otorgue mayores beneficios a quienes considera de mayor importancia y trascendencia para el desarrollo

de los objetivos de la organización. Así las debilidades de la infraestructura recaen principalmente en los auxiliares, quienes desarrollan labores menores y se enfrentan a la falta de condiciones mínimas para desarrollar su trabajo, como los baños:

“Acá nos falta una sala de estar pa nosotros (...) apenita tienen los paramédicos (...) ir a meternos pa aya es como (...) pero ya ni nos molesta”

En la cita anterior se menciona tanto la falta de espacios para los auxiliares como para los paramédicos, quienes al igual que los auxiliares, no cuentan con las condiciones mínimas para desarrollar su trabajo y además carecen de un espacio de descanso al interior del CAE. De la misma forma sucede con el personal administrativo, quienes indican que deben andar ‘vagando’ por la falta de espacios para desarrollar sus labores:

“compartimos la oficina con las voluntarias del hospital y entre las 10 de la mañana y las 12 del día, yo tengo que andar vagando por el consultorio, estar por la sala de tratamiento, porque no tengo donde estar”

Para los paramédicos y los auxiliares la ‘priorización de los espacios’ por parte de la organización repercute sobre estos estamentos principalmente, incluyendo a las secretarias. Estas condiciones materiales y su repercusión sobre los profesionales no médicos repercute bajo principios diferentes a los auxiliares, paramédicos y secretarias. Tal como señalan:

“(...) una debilidad para los usuarios es que ni siquiera tienen bancas, pasillos angostos, mal iluminados, olores que salen de todos lados (...)”

Una diferencia radical se establece en que ellos no hablan de la forma en que estas condiciones recaen sobre ellos (condiciones materiales, infraestructura), sino que mencionan a la forma en que recae y repercute sobre otros, sobre los pacientes, que se agregan a quienes deben lidiar con los problemas que presenta la infraestructura. Esta postura diferenciada bajo la cual se refieren a

la infraestructura los profesionales no médicos, se encuentra además en la forma como significan los elementos materiales con los que cuenta el CAE. De esta manera dentro del estamento no se valora la infraestructura o los recursos por lo que es, su existencia real, sino más bien las propiedades que estos reportarían o las cualidades que se le asocian al CAE. Tal como lo señalan:

“La tecnología, el prestigio, un respaldo de profesionales (...)”

Estos elementos nombrados anteriormente, corresponden a una dimensión simbólica, como el prestigio. Se puede entender que la tecnología presente en el consultorio es la dimensión material, lo que es o lo real, siendo de esta forma atribuida a la tecnología una dimensión simbólica, el prestigio que reportaría trabajar en el CAE. Esta forma de significar la tecnología habla de la importancia que atribuyen los profesionales no médicos a los elementos simbólicos. Sólo este estamento menciona la importancia de esta cualidad intrínseca, debido principalmente a su posición como estamento y el reconocimiento o la búsqueda de estatus. Para entender un poco esta explicación basta comparar la posición que ocupan los médicos, tanto organizacionalmente como simbólicamente, al interior de la organización de la salud, con la posición que ocupan los profesionales no médicos. Es un doble espacio, dentro del cual se reconoce la importancia del conocimiento médico (por la organización, para la atención de los pacientes y además para ocupar puestos directivos dentro del CAE como del hospital) y su importancia simbólica otorgada por los pacientes y otros funcionarios (estatus) como el que posee las cualidades para el alivio del dolor (Parsons, 1999). En cambio el profesional no médico, que reporta un menor reconocimiento y menor estatus, busca su validación frente a los otros, frente a los otros funcionarios, a la organización y frente a los mismos pacientes.

No existe respecto de la infraestructura, una opinión diferente por parte de los médicos, sino que al igual que el resto de los estamentos consideran el tema de la infraestructura como algo crucial y que impide el ejercicio normal y fluido de su profesión en el CAE, así mencionan:

“los médicos tenemos por lo general horario de 22 horas que atendemos en las mañanas, sin embargo en la tarde los horarios, los boxees quedan libres porque los médicos en las tardes no atendemos en los hospitales públicos (...)”

La primera de las explicaciones que se establecen encuentra su raíz, como ha sido mencionado, en la infraestructura como un elemento que explicaría para los médicos (principal y únicamente) la falta de espacios de atención de pacientes. A través de lo dicho por los médicos se puede considerar que los problemas centrales, como la saturación del CAE por los pacientes, más allá de generarse por una falta de espacios es una histórica situación de privilegio de los médicos a sólo trabajar en hospitales públicos durante las mañanas. La carencia como tal que se ha identificado por los médicos, sólo se presenta por las mañanas donde y cuando los médicos pueden atender, según lo expresado por ellos. Es una carencia parcial-temporal, pero nunca total como se señala y sólo se observa en un momento del día (segunda explicación implícita). La atención de pacientes por las mañanas es un elemento, que condicionaría la presión hacia el personal asistencial, los paramédicos, quienes reciben la presión ejercida tanto por los pacientes (exigiendo una rápida atención) como por los médicos (quienes presionan para que los pacientes se encuentren preparados para la realización rápida de su trabajo).

Frente a este tema de importancia y trascendencia para los funcionarios, las directivas del CAE mencionan:

“(...) trabajar en condiciones absolutamente fuera de cualquier límite (...)”

La infraestructura emerge como un problema de importancia, por el cual los funcionarios presentan reclamos de manera recurrente, al igual que los pacientes. Pero no sólo se presta para la presentación de reclamos por parte de funcionarios y pacientes, sino que además, estas condiciones de materialidad del consultorio generan en los funcionarios una preocupación no contemplada o que puede pasar desapercibida, frente al tema de la infraestructura propiamente

tal. Lo que se crea, teniendo presente estas condiciones materiales, es una sensación de riesgo permanente que manifiesta en todos los estamentos del CAE. Sobre este punto los auxiliares señalan:

“estamos corriendo un riesgo ahí que el peso de todas esas personas que están ahí...
van a pasar toas pa abajo (...) a mi no me gusta estar ahí (...)”

La falta de seguridad, por la percepción de desplome del consultorio, genera en los funcionarios temor e inseguridad, es decir la sensación de riesgo permanente que se suma como una presión extra sobre los funcionarios, por las actuales condiciones materiales con las que cuenta el CAE. Una respuesta a esta situación o una reacción ante estos problemas es mencionada como la condición de ‘abandonado’, que señala el personal administrativo:

“si tú te fijas como es la estructura, o sea, las ampliaciones son como un poquito mejoradas, pero en general este consultorio esta súper abandonado”

Se considera el CAE abandonado por otro gestor (como el Ministerio de Salud o la dirección del hospital), que no se ha preocupado por las condiciones físicas del CAE. Sobre este punto, todos los estamentos consideran que los problemas de infraestructura son un tema que no ha sido tomado en consideración por parte de la directiva del hospital, debido principalmente a lo que los profesionales no médicos indican:

“(...) en el hospital veo pasillos más limpios, vidrios muy limpios, pero acá otra realidad, tienen una muralla, patio cochino, el patio trasero porque la verdad esa así”

En el hospital se observa la limpieza, lo que significa entre otras cosas una preocupación mayor por aquel espacio, en desmedro con el CAE, el que es sindicado como el patio trasero. Una de las razones de estas consideraciones puede entenderse de manera implícita por el hecho de ser el consultorio un centro de una complejidad menor en comparación con el hospital, por lo cual el

CAE es desplazado y subvalorado, situándolo en un segundo plano, dentro del cual no existen condiciones mínimas ni la preocupación por una mejoría de las condiciones actuales de infraestructura.

2.2 Sobre la Falta de Recursos en el CAE

Los problemas de la infraestructura del CAE con la que se enfrentan sus funcionarios y los pacientes, que han sido presentados anteriormente, no pueden quedar completamente entendidos sino se muestra la otra cara de los problemas de materialidad del consultorio. Esta otra cara corresponde a los recursos con los que cuenta el CAE y la forma en sus diferentes estamentos significan este elemento¹⁶.

Un apéndice de la forma en que se manifiesta esta falta de recursos en el CAE, es la falta de insumos clínicos y la compra de los mismos. Los auxiliares son quienes desarrollan principalmente esta función, la de la entrega y distribución de los insumos y mencionan:

“hay cosas muy caras y si usted se pasa del presupuesto, al otro mes le descuentan ese presupuesto que le adelantaron”

Además, se enfrenta el CAE a recursos limitados y bajo un presupuesto que debe priorizar la compra de ciertos insumos, los que se encuentran en función del dinero dispuestos para estos.

Por otro lado, la falta de recursos también se manifiesta, como lo mencionan los auxiliares y los paramédicos principalmente, en un bajo sueldo y el bajo reconocimiento que este reporta para estos funcionarios. Sobre este punto los paramédicos indican:

¹⁶ Nótese, que se habla de bajos sueldos como un elemento determinante en el reconocimiento de los funcionarios y de las labores desplegadas por ellos (paramédicos y auxiliares). Frente a esto no existe por parte los médicos alguna crítica sobre este punto, lo que puede sentar las bases para otorgar la categoría de ‘tema superado’ o ‘sin importancia para este estamento’.

“(…) en general el servicio de salud reconoce poco a la gente (…) en lo que es sueldo todo eso, porque nosotros ganamos súper poco y llevamos años aquí”

Por un lado la falta de recursos se traduce en bajos salarios, pero por otro lado un salario bajo genera en quienes lo reciben la percepción de una subvaloración de las labores que realizan o la falta de reconocimiento de los esfuerzos que realizan. Los bajos sueldos se asocian por un lado al rol que desempeñan dentro de la organización, el que se caracteriza por ser poco especializado, lo que posibilita la fácil y rápida sustitución de estos y la baja dependencia de la organización de estos funcionarios, que son quienes desarrollan tareas menores dentro de la organización, lo que a su vez se traduce en un bajo estatus que se reconoce en quienes desarrollan estas labores (Nacarrow S. & Borthwick A. (2005) Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce, *Sociology of Health & Illness*, Pág. 897 – 919). Esto también se puede denominar como la precarización del trabajo o la precarización del trabajo de quienes desarrollan tareas que son consideradas de menos trascendencia para la organización. Surge a pesar la falta de reconocimiento y la precarización del trabajo, una valoración del trabajo a partir de la crítica al bajo sueldo por parte de los paramédicos:

“el sueldo es poquísimo, pero igual uno tiene que trabajar o sea, más vale pájaro en la mano que cien volando, es lo único que tú tienes”

Debido a los bajos salarios existe un descontento, pero por otro lado se valora la posibilidad de tener un salario y un trabajo (valoración del trabajo a pesar de todo). El que se considera como una categoría moral, normal y una necesidad (Bauman, S.: 2006) para los paramédicos.

Los profesionales no médicos por su parte hablan desde otra posición. Para ellos los bajos salarios se asocian a la falta de reconocimiento de su estatus, pero además como una falta de reconocimiento de su acreditación del conocimiento. En palabras de los profesionales no médicos:

“(…) lo comparas con profesionales egresados que pertenecen a otro ministerio, ponte tu ganan mucho mas que nosotros y con las actividades similares”

Al igual que los paramédicos y los auxiliares se plantea el elemento de la falta de reconocimiento como un tema de trascendencia, pero existe entre ambas posiciones una diferencia importante. Para los profesionales no médicos el tema del reconocimiento aborda, más allá de la falta del estímulo monetario, una falta de reconocimiento de su estatus de profesionales del área de la salud. De alguna forma el bajo sueldo, significa un tema de falta de reconocimiento, pero además una falta de reconocimiento de la acreditación de su conocimiento frente a otros pares que desarrollan actividades similares.

Los profesionales no médicos consideran además, que básicamente es debido a la falta de recursos la lentitud de los procesos de atención de pacientes, considerando que:

“(…) si tuviéramos más medios a lo mejor sería mucho mas rápida la atención, mucho menos engorrosa y burocrática eso es lo que les afecta a las personas (…) y eso entonces te va amortiguando (…) la satisfacción del usuario (…)”

De esta forma se considera la falta de recursos económicos como la explicación de la baja calidad de la atención, lo que hace la atención lenta y burocrática, tal como lo señalan. Sobre este punto una de las directivas (la profesional no médico) muestra una visión parecida a la de los profesionales no médicos, sostiene:

“(…) si tú tienes más recursos y tú le das más tiempo, por supuesto que la calidad, la satisfacción va a ser mejor (…)”

Al igual que en la cita anterior se considera la falta de recursos, es decir, la causa de los problemas, fuera de las personas o los funcionarios del CAE, más bien estas cosas recaen sobre algo que falta, como lo son los recursos y no así sobre algunos aspectos de la organización que

podrían ser mejorados. La otra lectura que se puede desarrollar es señalar que con más recursos se le podría otorgar más tiempo a la atención, a diferencia de los tiempos acotados de atención, considerando los recursos como un factor explicativo en el tema de los tiempos de atención de pacientes, además de ser considerado este tiempo como un factor determinante en la calidad de la atención, es decir, que la satisfacción no solo depende de los recursos sino que de los médicos también, que son quienes finalmente determinan los tiempos y los rendimientos de atención de los pacientes.

Otra de las caras de la falta de recursos se encuentra en los límites que impone la falta de recursos para la contratación de personal. Esto ocasiona que servicios recargados con pacientes, superen la capacidad de los funcionarios para la atención de los usuarios, generando la denominada sobrecarga laboral. Sobre este punto el personal administrativo presenta su visión:

“son 3 paramédicos, 4 paramédicos, 2 tecnólogas y yo la secretaria. 4 paramédicos es muy poco para 60 personas”

Por un lado se reconoce la falta de personal y por otro lado el aumento de los pacientes, lo que potencia ambos aspectos, generando que el trabajo de los funcionarios se recargue, percibiendo a los pacientes en un número superior a las capacidades de los funcionarios. Sobre este punto los profesionales no médicos consideran a la falta de personal, una manifestación de la escasez de recursos y, además como un elemento que influye en una mala calidad en la atención, por la recarga de trabajo y la disminución de los tiempos dedicados a cada paciente para absorber la demanda.

Al respecto de la sobrecarga laboral se puede realizar una doble lectura, por un lado reviste una postura que difícilmente se puede dejar de considerar como negativa y por otro lado, un elemento positivo y ambos recaen sobre los paramédicos. El elemento negativo se relaciona con los

movimientos internos que se realizan en el CAE para equilibrar aquellos sectores que se encuentran más recargados de pacientes o con menos personal, lo que ocasiona que disminuyan las capacidades de otros sectores. Los paramédicos señalan sobre este punto:

“(...) somos tres acá y a veces nos sacan para distintos sectores, cuando faltan colegas con licencia, entonces se recarga el trabajo contra la persona que está acá (...) y nosotros podemos quedar dos que se yo, pero igual no más (...) sacamos las tareas (...)”

Se valora por otro lado la capacidad de los funcionarios por lograr cumplir con las labores de su trabajo, a pesar de verse disminuidos. El punto positivo de la recarga laboral se puede encontrar en el aumento del salario que los funcionarios logran al trabajar excediendo su horario normal. La realización de horas extras, se convierte así en la posibilidad de aumentar sus ingresos:

“(...) uno tiene que estar aquí todos los sábados (...) y domingo... para hacer 50, 60 mil pesos mas”

Para los profesionales no médicos lo que ocasiona tensiones es el trabajo extra para aumentar los ingresos. Para ellos esto radica principalmente en la falta de personal calificado, lo que genera, que los funcionarios trabajen más horas en la semana ‘para ganar más plata’:

“falta de personal, falta personal calificado, falta espacio (...) los sueldos es un factor limitante para toda la gente que está acá que no somos de el área médica (...) tienes que estresarte mucho trabajar mas para ganar mas plata (...)”

De alguna forma, lo que ellos mencionan, la falta de ‘personal calificado’, es decir, personal que se encuentre debidamente capacitado para desarrollar de mejor manera el trabajo al interior del consultorio (criterios de eficacia), es la respuesta para que se trabaje menos o en el horario que corresponde. Otro elemento que se puede tomar de lo dicho por parte de los profesionales no

médicos, es el hecho de mencionar de manera implícita que los paramédicos principalmente trabajan más para incrementar sus ingresos, lo que habla del bajo salario que estos reciben.

Todo lo anterior se puede recoger dentro de dos consideraciones generales. La primera de ellas, corresponde a quienes son los actores que hablan de este elemento explicativo, la falta de recursos. Sólo lo hablan los profesionales no médicos y los directivos (tanto la médico como la profesional no médico), el resto de los estamentos no mencionan la falta de recursos como el elemento que mejoraría las condiciones del CAE, tanto para pacientes como para funcionarios. Por otro lado, la forma en que se refiere el resto de los estamentos sobre este punto se expuso más arriba, la falta de recursos expresada en bajos sueldos y el consecuente bajo reconocimiento de sus labores. De alguna forma, pasa a ser un tema de importancia el posicionarse desde el sujeto hacia fuera de si mismo, quizás por el hecho de tener satisfecho el piso de los sueldos, que no se habla en este punto explícitamente y de lo que necesitan como estamento, sino que se habla de los otros y la forma en que repercuten estos problemas en los otros estamentos.

Y la segunda consideración remarca, por parte de los profesionales no médicos, su percepción acerca de la falta de personal como una consecuencia de la falta de recursos, señalando que el CAE, es uno de los puntos con menos personal en todo el país. De ahí que se puede entender por un lado la presión que existe sobre los paramédicos, quienes reciben una exigencia, por parte de los pacientes (impaciente), los médicos, además de lidiar con la presión por las condiciones de infraestructura bajo las cuales deben realizar su trabajo.

2.3 Aumento de la Población

Otra de las dimensiones que han surgido del análisis de lo dicho sobre los recursos y la infraestructura ha sido la descontextualización de CAE, en términos de las condiciones materiales que presenta, dentro de un contexto con nuevas demandas y tendencias. Más específicamente esto

queda demostrado en las críticas que se realizan a las condiciones de infraestructura que presenta el CAE, pero desde una posición histórica.

Indicando en primer lugar los auxiliares la antigüedad del consultorio y de sus instalaciones:

“este consultorio, hicieron un hospital e hicieron un consultorio así que saque la cuenta po, desde mil ochocientos y tanto po”

Basado en criterios históricos se señala la antigüedad del CAE y las transformaciones por las cuales este ha pasado, ‘mil ochocientos y tantos po’, lo que genera a su vez el juicio sobre las condiciones actuales del CAE y de la falta de preocupación por generar un espacio adecuado, basado y considerando las necesidades de la población actual.

Al igual que los auxiliares, la directiva (médico) señala:

“(...) fue hecho a fines del siglo XIX. Fue hecho para una población que era de 50.000 habitantes después ha crecido absolutamente desarmónico (...)”

A partir de lo anterior, la explicación en términos históricos y demográficos (la explosión demográfica) se introduce una nueva dimensión, la de la descontextualización del consultorio, en términos de sus condiciones actuales de infraestructura frente a un nuevo contexto, con una población mayor (en términos numéricos), una población con una complejidad también mayor y un escenario que se complica por la falta de inversión en este sector (salud). Esto origina, una falta de capacidad del consultorio para la atención de los pacientes, dado el aumento de la población lo que genera que los espacios que posee el CAE sean insuficientes frente a la demanda y al crecimiento de la población (priorización de los espacios).

Desde este punto de vista se logra un complemento de lo dicho anteriormente por los funcionarios del CAE. Por un lado los recursos y la infraestructura son insuficientes y por otro lado, el contexto dentro del cual se encuentra inserto el consultorio genera que esta sea insuficiente en términos materiales para satisfacer la demanda de la población actual.

2.4 Elementos Políticos

Otro de los elementos que se desprenden del análisis de los recursos e infraestructura, radica en los elementos externos que presionan o tienen una influencia sobre las condiciones del CAE. Uno de estos elementos externos son las implicancias de la reforma política (AUGE) sobre el consultorio, la reforma y su impacto sobre el sistema de salud, visto de manera general, pero chocando a nivel local sobre el CAE, es significada como un elemento que complejiza y dificulta el desarrollo de las labores.

De esta manera el personal administrativo, las secretarías señalan:

“(...) la infraestructura, que están aumentando todo con el AUGE y no tiene boxees
(...) aumentan cada vez más las especialidades y el consultorio no va creciendo (...)
el personal es el mismo”

El plan AUGE es relacionado con el aumento de la demanda de los servicios, es decir, el aumento de la cantidad de pacientes que son atendidos en el CAE. Un aspecto negativo de la reforma recae sobre el hecho de la falta de inversión en infraestructura, lo que tensiona la capacidad del CAE, para enfrentar este aumento de la demanda de atención. Así la visión que tienen las secretarías de los problemas que ocasiona la reforma, radica en que esta propone el aumento de las especialidades médicas o el incremento la demanda, pero este no se condice en una inversión en infraestructura para satisfacer la demanda. Se genera de esta manera una crítica a otro gestor (Ministerio de Salud o FONASA), responsable de tales situaciones, que no ha considerado las condiciones dentro de las cuales se debe implementar esta.

Para los paramédicos la crítica a la reforma sigue el mismo camino que el presentado por las secretarías, estos indican:

“la recarga, ósea el funcionario que se fue se la cargan al compañero que esta al lado y más encima el plan auge que llego ahora, con el mismo funcionario que está (...)”

Consideran que además de la sobre carga laboral, por la falta de recursos (falta de personal principalmente), se debe tener presente otra situación que viene desde fuera y que se incrusta en las realidad del CAE, el plan AUGE, que genera una presión extra sobre los funcionarios, dado que ha generado una mayor demanda de parte de los pacientes por atención, lo que recarga más el trabajo de los paramédicos.

Los profesionales no médicos por su parte mencionan, al igual que el personal administrativo, que este problema es una ‘cuestión general’, que se escapa de sus manos y de sus intentos de solución. Ante esta situación, una de las directivas (la profesional no médico) menciona al igual que los profesionales no médicos que:

“(...) hay una insatisfacción de tipo económica, pero no depende de nosotros, jefatura directa (...) hay problemas económicos que dependen del ministerio y otros dependen mucho de FONASA (...)”

Al igual que las secretarías, la raíz de los problemas se consideran fuera del CAE o de la dirección del hospital, más allá en la jefatura directa y de las posibilidades de injerencia para revertir dicha situación. De alguna manera se destaca que los problemas de recursos (económicos principalmente) escapan tanto de la dirección del CAE como del hospital, es decir, que la raíz de los problemas económicos se encuentran fuera del radio de acción de los directivos, por lo cual la solución de dichas tensiones, si bien pueden ser disminuidas por la gestión, no son del todo abarcable (para generar una solución definitiva) por los directivos del CAE.

3. Cuestiones Administrativas

Se han considerado dentro de las 'cuestiones administrativas', todo lo concerniente con los aspectos de orden burocrático, como liderazgos y roles (y estatus), pero además se han considerado los problemas surgidos a partir de las carencias que presenta el CAE, como es la falta de personal y la falta de recursos, que repercuten tanto en el desarrollo de la función de los funcionarios (sobrecarga laboral) y entre los estamentos como en las relaciones que se presentan entre ellos. Lo que se explica a partir de elementos relacionados con los aspectos económicos administrativos, pero además sobre los estilos de dirección de los jefes, los tipos de jefatura y sobre los límites o las funciones que debe desempeñar cada funcionario para con los pacientes.

Uno de los primeros elementos que se presentan dentro de las 'cuestiones administrativas', radica en la falta de personal en el CAE y la forma en que repercute sobre cada estamento. Siendo de importancia, al igual que en el caso de los 'Recursos e infraestructura', considerar el estamento como un elemento explicativo. Cabe destacar que para los paramédicos, a pesar de la falta de personal logran la atención de los pacientes. Sobre este punto existe un vacío, que se expresa como una forma de falta de reconocimiento no sólo en términos monetarios o materiales y en una falta de contratación adecuada, sino que además esta se expresa en términos simbólicos (estatus). Entre una falta de reciprocidad entre lo que se le entrega a la organización y lo que retribuye esta por los esfuerzos desplegados.

Otro de los elementos que se desprenden de las 'cuestiones administrativas', es el 'hacer otras labores'. Se entenderá por hacer otras labores, la superación de los límites de cada función que realizan los estamentos. Sobre este punto cabe considerar qué actor se refiere sobre este punto. Son los auxiliares y los paramédicos, los que en mayor medida hablan de la superación de los límites formales de su función, y en menor medida los profesionales no médicos, quienes reivindican límites de su función acotados al ejercicio de su profesión (también como una reivindicación de estatus) en contraste con los paramédicos y los auxiliares que no mencionan este punto.

Los problemas administrativos, como el aumento de la burocracia (debido a la falta de recursos), la descoordinación entre el SOME (servicio de orientación médicos estadístico) y el CAE y, las tensiones que se provocan debido al organigrama del CAE y a la autonomía que les permite su profesión a los médicos (burocracia profesional), han sido otros elementos que se encuentran dentro de este capítulo.

Para cerrar, el último tema que trata este capítulo, se relaciona con lo que brinda el CAE a los funcionarios, como la capacitación o la atención médica a los mismos funcionarios. Dentro de este último apartado se destaca la importancia que le otorgan a la generación de conocimientos, es decir, a la capacidad técnica los profesionales no médicos, quienes realzan el conocimiento (la especialización técnica) como una forma de lograr un mayor estatus dentro de la organización y al mismo tiempo para diferenciarse de los demás estamentos, salvo de los médicos (quienes poseen un estatus mayor que los diferencia de otros estamentos).

3.1 Sobre Esfuerzos (Recarga Laboral Poco Reconocida)

Un primer elemento que se relaciona con la falta de recursos, ha sido la sobrecarga laboral, como se ha mostrado en el capítulo anterior. En este subcapítulo se pretende esbozar la forma en que los diferentes estamentos significan la sobrecarga laboral, es decir, no sólo situar la crítica en los recursos sino que en la forma como se manifiesta en el desarrollo diario de sus labores en el CAE. Además se mostrará la forma en que los sobre esfuerzos para lograr la atención de los pacientes, no son considerados por la dirección del CAE. Es en aquel punto donde se situará la falta de reconocimiento para los funcionarios del consultorio, tanto en forma de estímulos económicos como en su estatus.

La falta de personal para los auxiliares se manifiesta principalmente en la falta de reemplazos, por el hecho de que cuando uno de ellos se ausenta, por motivos de licencias médicas o vacaciones, el trabajo que se realiza en conjunto lo deben realizar de manera individual. En sus palabras:

“si yo pido vacaciones, ella queda ahí y lo que hacemos los dos ella lo tiene que hacer sola (...)”

Por su parte para el personal administrativo o las secretarias, no existe una crítica que arranque desde los problemas o las consecuencias que podría traer la sobrecarga laboral sobre su estamento. Por el contrario, cuando se habla de sobrecarga laboral o de falta de personal, siempre que se hace se hace desde su visión, es decir, que se habla de cómo estos elementos repercuten sobre los otros estamentos, en especial sobre el estamento del personal técnico, los paramédicos. Así las secretarias mencionan:

“piden ayuda, o sea, desvisten un santo para vestir a otro (...) y ahí la gente se va agotando en la toma de muestras, los paramédicos (...) sacan un paramédico de oftalmología y lo llevan a hacer exámenes de orina y entonces queda uno menos en oftalmología”

Un primer elemento a considerar es la rotación de personal que se provoca dentro del consultorio, como es mencionado, es una tensión por el hecho de trasladarlos desde el espacio donde realizan su trabajo cotidianamente, hacia un espacio desconocido donde deben realizar su trabajo o un nuevo trabajo. Son los esfuerzos de la dirección del CAE, los que son mencionados como una forma de solucionar los problemas que se van presentando, esfuerzos dentro de los que también vale la pena considerar la consecuente falta de personal, el que repercute más fuertemente en los paramédicos, en su desgaste tanto en el ánimo de estos como en su físico (su visión de los paramédicos). Además, cabe considerar el número de pacientes que son atendidos como otro factor que potencia la falta de personal y la recarga laboral.

Ahora bien para los paramédicos, siempre que se habla de la recarga laboral y la falta de personal, se menciona como un elemento tangencial para con su estamento, no se presenta su visión o la forma en que se ven afectados otros estamentos. Cabe mencionar que a pesar de realizar otros funcionarios labores asistenciales como de atención de pacientes, sobre el estamento técnico recaen principalmente las repercusiones de la sobrecarga laboral. Por un lado se encuentran los médicos, a quienes los paramédicos les deben preparar los pacientes y por otro lado los profesionales no médicos, que realizan tareas tanto asistenciales (enfermeras) como de diagnóstico y tratamiento (como es el caso de los nutricionistas). Se puede establecer que tanto médicos como profesionales no médicos poseen conocimientos especializados (Parsons, T.:1999) que los validan y los sitúan dentro de la estructura organizacional en posiciones diferenciadas a la del resto de los funcionarios, a través del estatus que le adjudican a dichas funciones (Rodríguez, D.: 2004). Por lo cual la realización de la función de cada uno de los estamentos, tanto médicos como profesionales no médicos, solo considera la realización de labores especializadas, todas las demás labores que son consideradas de una menor trascendencia, menos especializadas, menos recompensadas y con una mayor dependencia, recaen en los técnicos o en los funcionarios de un menor rango al interior de la organización (Nacarrow S. & Borthwick A. (2005) Dynamic

professional boundaries in the healthcare workforce, *Sociology of Health & Illness*, Pág. 897 – 919).

Aclarado lo anterior, frente a la forma en que repercute esta falta de personal en los paramédicos, mencionan los mismos paramédicos:

“a nosotros nos sacan el jugo, por ejemplo operan a un niño de apendicitis (...) entonces tiene que agregarse a la hora de los médicos, entonces son 6 y ya son 3 más que vienen sin hora, entonces es un exceso a parte de lo que tienen que ver”

Sobrecarga laboral para los paramédicos, por los pacientes agregados que obligadamente deben ser atendidos. Además de esto influye otro elemento, que no solo actúa en desmedro de los paramédicos sino que además repercute en la satisfacción de los pacientes. Los tiempos de atención son acotados, entonces, no sólo se sobrecarga el funcionario que debe lidiar con la falta de personal o de reemplazos, los pacientes agregados y otras tensiones (como los reclamos de los pacientes y las presiones de los médicos), sino que además debe realizar su trabajo de manera apresurada para lograr la atención de todos los pacientes. Este elemento, el tiempo dedicado a la atención de los pacientes, es una variable que incide en la satisfacción de los pacientes (Jenkinson C.: 1997), y que bajo lo mencionado por los paramédicos no puede ser llevada a cabo de una mejor manera.

Ese exceso de pacientes que son atendidos, en reducidos tiempos, implica un esfuerzo por parte de este estamento. Esfuerzo que se ve impulsado por el hecho de que los paramédicos, mencionan que el trabajo se debe hacer de la misma manera, si falta personal. Lo que evidencia una fuerte ética del trabajo debido a que con falta de personal los pacientes de todas formas son atendidos:

“sabes lo otro negativo es que falte dos, una el trabajo se hace igual y de la misma forma que se hace”

Lo que mencionan como un elemento negativo que perjudica y recarga el trabajo, es el hecho de la no existencia de reparos por parte de la directiva con respecto a esta situación. El trabajo se debe realizar de la misma manera y todos los pacientes deben ser atendidos, a pesar de la falta de personal y los pacientes que van siendo agregados para ser atendidos (los que se adicionan por venir de alta de los servicios clínicos) el trabajo lo deben realizar de la misma manera.

Sobre este punto, los profesionales no médicos del CAE, indican que muchas de las problemáticas que afectan a los funcionarios, son producto del mal manejo del director del hospital:

“(…) quien dice (…) como gran cosa estamos cero con deudas, a costillas de quien po de nosotros po, porque no tenemos nuevos espacios que necesitamos, (…) hay compañeras que están reventa en la pega (…) porque debiera haber otra persona acompañándonos en esa pega y no las hay”

Es así como se señalan que muchos de los problemas, si responden a una falta de recursos, también incide en ellos el manejo administrativo de la dirección del hospital. De esta forma, se indica que los problemas de sobrecarga laboral si bien responden a cuestiones de recursos principalmente y como se muestra, responden además al manejo administrativo de los recursos y las prioridades que determinan la distribución de estos recursos tanto al interior del CAE como del hospital. Se añade a lo anterior, el hecho que no se reconoce ni valora a los funcionarios, es decir sin considerar el logro de los objetivos de la organización, a pesar de todas las dificultades con las que se encuentran.

El personal administrativo presenta su visión acerca del logro de los objetivos de la organización y el bajo nivel de reconocimiento que existe al respecto:

“(…) hacen un esfuerzo como más allá de lo que se debería hacer, yo no sé si es bueno o es malo porque el sistema como funciona no ven que eso es una falencia dentro del consultorio (…)”

Se indica el sobre esfuerzo por parte de los funcionarios (paramédicos principalmente) en la atención de los pacientes y una crítica a la gestión por no reconocer estos problemas y pasarlos por alto, ‘como funciona no ven que eso es una falencia’. Así, desde lo dicho por las secretarias se plantea una primera forma de no reconocimiento, la que se puede considerar como la ausencia de valoración por parte de la dirección tanto del CAE como del hospital, de los esfuerzos que realizan los funcionarios en conjunto para la atención de los pacientes.

Los paramédicos, por su parte, indican que uno de los elementos que incide de manera negativa en el reconocimiento de su desempeño, es la falta de consideración de su antigüedad laboral. Este es un elemento que cobra importancia que junto con adquirir experiencia laboral, existe la escala de remuneraciones que se incrementa con los años, a través de la subida de grados. De esta manera, entre más años de servicio mayores opciones de ascender en esta escala de grados:

“y gente que ha entrado con poco... ganan lo mismo que uno”

Cabe añadir la falta de reconocimiento de los grados académicos, por parte de la jefatura a los paramédicos. Sobre este punto los profesionales no médicos concuerdan con los paramédicos, al señalar:

“(…) los paramédicos de nivel superior (…) en el hospital Van Buren se le pagan la asignación por técnico de nivel superior, le pagan suponte tu como 60 mil pesos mensuales no es menor aquí no (…)”

Surge un elemento de importancia que no se reconoce laboralmente, el hecho de aprobar estudios, y que es significado como un medio para lograr por un lado una mayor remuneración (‘le pagan

la asignación por técnico de nivel superior’) y por otro lado un reconocimiento social. Este tópico se debe considerar al hablar un sistema de recompensas ineficiente, que se potencia por lo que no reconoce y por la forma en que ejecuta el reconocimiento.

La forma de reconocimiento de los esfuerzos por parte de la directiva del CAE, se realiza por medio de las denominadas ‘anotaciones al mérito’, que se constituyen como el mecanismo por el cual se reconocen los esfuerzos de los diferentes funcionarios. Frente a lo cual los paramédicos consideran:

“(…) nos ponen, anotaciones al mérito (…) y de que te sirve (…) incentivar un poco tu ego (…) le dan más preferencias a las anotaciones negativas que le ponen a uno, cuando viene un paciente a poner un reclamo”

La cita anterior muestra el débil sistema de recompensas, que es significado como ineficiente por el personal no médico, dado que se le otorga un mayor reconocimiento a ‘malo’ sobre lo ‘bueno’. Junto al débil sistema recompensas, hay que añadir otros elementos, como la falta de reconocimiento de los años de servicio y los grados académicos, los que potencian la postura crítica frente al reconocimiento que se realiza desde la jefatura hacia los pacientes.

Otra forma de no reconocimiento laboral hacia los paramédicos arranca, en la falta de valoración que se les otorga a nivel simbólico:

“nosotros recibimos todo tipo de reclamos porque el médico no llega a la hora, recibimos el reclamo del médico porque no están los exámenes, o sea nosotros somos la cara los reclamos de todos”

De esta forma el paramédico se sitúa como el foco de las descargas de las frustraciones de los pacientes, no sólo es el que recibe sugerencias por ciertas situaciones, sino que además se convierten en el receptáculo de retos por parte de los pacientes. Adicional a los reclamos de los

pacientes, los paramédicos al mismo tiempo reciben los reclamos de los médicos, por la falta de preparación del paciente, entre otros retos. Además muchas de las quejas que reciben los paramédicos son porque el médico se demora en llegar al CAE en las mañanas, asunto que escapa completamente de las posibilidades de este estamento.

Una posible respuesta a esta situación se deba en parte a la baja calificación de los paramédicos, pero además al bajo reconocimiento reciben de los pacientes y de los médicos. Esto indica la relación que existe entre el tipo de función o rol que se desempeña en la organización y el tipo de reconocimiento que se hace de este mismo. El estatus social, que se le concede de manera implícita a las funciones, las que no pueden ser entendidas sin su otro componente, el status, que se adjudica a cada una de ellas (Allen D. & Pilnick A. (2005) Making connections: healthcare as case study in the social organization of work. *Sociology of Health & Illness*, 27, 683 – 700). Pero además, no se debe olvidar como un elemento explicativo la importancia de la valoración social, el hecho que los sujetos construyen la percepción de si mismos a partir de las percepciones que tienen los demás de ellos, o lo que también puede ser entendido como la percepción de las personas como personas, la que se basa en el reconocimiento de los otros, por poseer los valores que quieren los otros que les pertenezcan (Mead, H.: 1964). En el caso de los paramédicos, este no reporta un estatus o un reconocimiento social muy amplio, por el hecho que dentro del sistema de salud o dentro de la organización de la salud, los paramédicos solo realizan tareas asistenciales (como toma de exámenes, preparación de pacientes, entre otras), las cuales dependen en gran medida de los médicos (Parsons, T.: 1999). Por lo cual los paramédicos son relegados, por la organización como por quienes la componen a un segundo plano. Debido al relego, la falta de reconocimiento se amplía, situándolos como los símbolos de los reclamos de los pacientes y médicos, principalmente por el hecho de verlos incapaces de lograr algo por si mismos, como el reestablecimiento de la salud o una atención más oportuna.

Para los profesionales no médicos, señalan al igual que los paramédicos, que no hay reconocimiento y que se espera cierta reciprocidad entre lo que se le entrega a los pacientes y lo que deben recibir por parte de la organización:

“(…) se descuida también un poco la relación con el funcionario, o sea se le exige, se le presiona y tiene que hacer determinadas actividades como sea por lo que sea y en esas funciones hay que entender que es difícil realizar una gestión”

Al igual que los paramédicos, los profesionales no médicos, señalan una despreocupación de la jefatura en desmedro de los ‘funcionarios’, no exclusivamente de los profesionales no médicos. Lo que se demanda, al contrario de lo que se crítica como ausente por los paramédicos, se encuentra en los profesionales no médicos, como el reconocimiento de los grados académicos y los años de servicio. Los profesionales no médicos, además indican que el CAE carece de un conjunto de medidas dispuestas para el esparcimiento de los funcionarios dentro de la jornada de trabajo (como una forma de cuidar la relación con el funcionario):

“no hay un tiempo designado a que uno pueda por lo menos desconectarse del trabajo”

Con lo cual se indica que no existe una predisposición de la jefatura para solucionar los problemas que se presentan o no existe una voluntad para generar un ambiente de trabajo más grato. Por lo cual se crea un vacío tanto en el reconocimiento de los esfuerzos como también en la generación de espacios y propuestas para mejorar el ambiente laboral, dentro del cual al personal ‘se le presiona y tiene que hacer determinadas actividades como sea por lo que sea’, pero carece, como lo señalan los profesionales no médicos de la otra parte, de la retribución de los esfuerzos desplegados.

Para los paramédicos principalmente la sobre carga laboral expresa una forma de no reconocimiento de los esfuerzos que estos despliegan para la atención de los pacientes. Este no

reconocimiento se genera desde la organización misma por la dirección del CAE, como desde los otros funcionarios y pacientes. Por un lado el no reconocimiento de los esfuerzos por parte de la organización genera en los paramédicos la frustración por la realización de un esfuerzo que muchas veces los supera para la atención de los pacientes, y no es reconocido de manera monetaria o simbólica, existen por ejemplo las ‘anotaciones al mérito’, pero son consideradas como algo sin trascendencia, por parte de la organización. Por otra parte, la falta de reconocimiento se expresa también, en desmedro de los paramédicos principalmente, en el hecho del no reconocimiento por parte de médicos y pacientes. Ambos actores, frente a un problema o una dificultad, descargan toda su impotencia, rabia o frustración en los paramédicos, por el hecho de que los paramédicos no reportan un estatus alto, que los posiciona frente a los demás como actores trascendentes tanto para la organización como para la salud de los pacientes.

3.2 Desplazamiento en los Límites de las Funciones: El Hacer Otras

Labores

Una primera consideración que cabe mencionar sobre el ‘Hacer Otras Labores’, es el hecho de qué actor menciona este hacer otras labores. No son todos los estamentos que hablan sobre este tópico y debido a lo mismo, no todos quienes se refieren a este tema lo hacen de la misma manera. Son más bien los auxiliares y los paramédicos, quienes mencionan principalmente el hacer otras tareas, sumado a esto los profesionales no médicos quienes también indican el hecho de tener que realizar tareas agregadas, pero en una menor medida, sin incluir los ribetes que desprenden tanto los paramédicos como los auxiliares.

Sobre este tema para los auxiliares, ya considerando el hecho de realizar otras labores, indican:

“(...) se supone que debería haber otra persona que (...) tendría que estar haciendo la pega de nosotros (...) como cachamos toda, con los años de servicio que llevamos acá”

A partir de lo dicho se establece que no hacen ‘la pega que deberían hacer’, sino que realizan otro tipo de labores. Surge un elemento de importancia para explicar la forma en que se ha legitimado el hacer otras labores, los años de experiencia, sumado a la experiencia que han adquirido en el transcurso del desarrollo de su trabajo realizado en el CAE, los ha facultado para aprender la forma de hacer trabajos que no les corresponde. Se suma a lo anterior el considerar el tipo de tareas que son realizadas y relegadas para que las realicen los auxiliares. Este tipo de tarea principalmente se basan en: una alta substitución (fácilmente reemplazables), baja autonomía, baja recompensa, bajo riesgo y una menor regulación (Nacarrow S. & Borthwick A. (2005) Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce, *Sociology of Health & Illness*, Pág. 897 – 919); por lo cual su relego no implica un riesgo en el hacer de estas funciones para el normal desarrollo de la organización.

Por su parte para los paramédicos, el tema del ‘hacer otras Labores’ no se diferencia mucho de lo mencionado por los auxiliares. Para los paramédicos, se ha conformado una especie de adaptación de las responsabilidades, por el hecho de considerar que ciertas labores, que no les corresponde realizar a los paramédicos las deben hacer ellos:

“(...) lo que pasa, apenas la enfermera se da cuenta... es que todas piensan que es una función de uno, conseguirle una hora”

Además de la gestión de horas para los pacientes, se indica que además deben, es decir, se considera como parte de sus deberes realizar otras labores, gestionar y disminuir los problemas de coordinación entre el CAE y el SOME, como se muestra anteriormente en la gestión de horas de los pacientes. A raíz de lo anterior, se generan los sobre esfuerzos de los funcionarios del CAE, quienes tienen que realizar labores que no les corresponden, como conseguirse las horas de

atención de los pacientes. Es decir, salen de sus funciones, por lo cual se desarrolla un desplazamiento de los límites de los roles.

Por otro lado, el enojo de los médicos, como se mostrará más adelante en el capítulo relaciones entre estamentos, se establece como una crítica a nivel implícito. Así ciertos elementos toman importancia para la atención de los pacientes, como la importancia de la ficha médica o historia clínica, para la comprensión del estado de salud del paciente y además, cuando el paciente no es atendido y la forma en que se enfrenta este problema, por un lado para solucionar el problema del paciente y por otro lado para calmar el enojo de los médicos, saliendo los paramédicos de sus funciones para el beneficio o la calma del otro.

“(…) uno tiene que ir a buscar las fichas, no aparecen las fichas y los médicos no atienden a los pacientes sin las fichas”

Los profesionales no médicos, también indican que deben hacer tareas agregadas o labores que no corresponden con sus labores de profesionales (como se mencionó anteriormente ellos tienen labores determinadas porque son profesionales), pero surge un elemento que se diferencia por lo dicho por los paramédicos, para este estamento:

“(…) tenemos además que muchas veces hacer pegas agregadas (…)”

El ‘hacer muchas veces’, es mencionado como una probabilidad de hacer tareas que no les corresponde formalmente. Además que desde los profesionales no médicos surge una defensa de su profesión, y la defensa del realizar funciones acordes con su profesión. Lo que se busca de alguna manera es generar una ‘clausura ocupacional’, como una forma de diferenciarse y reivindicar ciertas tareas como propias de su estamento y el desligamiento de otras (Nacarrow S. & Borthwick A. (2005) Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce, *Sociology*

of Heath & Illness, Pág. 897 – 919), en contraste con los paramédicos quienes no generan esta postura de tareas diferenciadas y una reivindicación del estatus adscrito a su función.

3.3 Problemas Administrativos

Los problemas administrativos señalados por los funcionarios radican principalmente en descoordinaciones que se provocan dentro del CAE y de los servicios de los cuales se apoya el CAE y que le prestan servicios al consultorio, como el SOME (Servicio de Orientación Médico Estadístico), rayos, toma de muestras, entre otros servicios que prestan apoyo principalmente para la toma de exámenes.

Para los paramédicos estos problemas se deben además de cuestiones de coordinación, a problemas de recursos:

“(...) la gente se demora tres meses en llegar con el escáner, porque el servicio de escáner no le da o se demora”

Se mencionan los dos elementos antes señalados lo que origina problemas de gestión de horas para la toma y la entrega de exámenes, que repercuten finalmente en los pacientes.

Por su parte los médicos indican que existen algunos problemas en la gestión de la toma y análisis de los exámenes:

“acceder a algunos exámenes (...) ahí tenemos una traba que nos dificil la labor que vamos haciendo (...) no van a llegar tan rápido como uno quiere (...) se puede demorar mucho tiempo”

Para los médicos al igual que para los paramédicos, según lo señalado, existe un aumento de la burocracia al interior del consultorio que se provoca por la falta de recursos en el sector, no solo

por la falta de capacidad de los funcionarios para resolver los problemas con los que se enfrentan, sino que por el hecho de no poseer las armas para enfrentar problemas estructurales como la falta de recursos. A pesar de ello, se considera, de todos modos, como una falta de agilidad de los funcionarios o falta de capacidad para realizar el trabajo con una mayor rapidez, el hecho de la demora en la entrega y el acceso a algunos exámenes, por parte de los médicos.

Otro elemento que juega en contra de la atención de los pacientes, así como también en la descoordinación de los servicios y la espera de los pacientes para que reciban su atención, se debe a la descoordinación existente entre el CAE y el SOME (Servicio de Orientación Médico Estadístico), según lo mencionan los paramédicos:

“(...) está súper descoordinado el SOME con lo que nosotros trabajamos (...) y los médicos se enojan, que porque los mandan denuevo (...)”

Esta crítica a la gestión de pacientes y el enojo de los médicos, nace como una crítica y consecuencia de la descoordinación, de los servicios, pero más allá de aquellos elementos, se menciona el tema del enojo de los médicos como otro tópico a considerar, que se vuelve relevante para los paramédicos, porque los médicos, simbólicamente a nivel de estatus están más arriba que los paramédicos, por lo cual tienen la capacidad para tomar decisiones y realizar acciones que pueden repercutir sobre los paramédicos.

Parece ser un tema recurrente, la descoordinación entre el SOME y el consultorio, lo que se puede sumar y lo que puede tener como consecuencia el atraso y la espera de los pacientes para ser atendidos:

“(...) a quien le toca el número 10 lo viene a atender a las 9 de la mañana, y ya lleva como dos horas esperando, pero resulta que tú le explicas que no es culpa de uno y logran entender, pero algunos que entran y ¿a mi que? (...)”

Se asocia por parte de los paramédicos a las esperas y en general de una mala atención, a la mala gestión (por las esperas principalmente). Por el contrario, por parte de los pacientes (según lo planteado por los mismos paramédicos) se asocia la mala atención y las esperas a los paramédicos o el personal técnico. Por parte de los paramédicos se observa, la forma en que se enfrentan estas situaciones de culpa, siempre tratando de explicar las situaciones y señalando que no es culpa suya. Además se mencionan que existen dos tipos de pacientes (según los paramédicos), el que logra entender que no es culpa de los funcionarios del CAE y quienes no logran comprender que la culpa no está en los funcionarios.

Para los médicos, por su parte, la raíz de los problemas administrativos se encuentra en ciertos elementos que no dependen del consultorio exclusivamente, para este estamento:

“hay cosas que son ajenas al consultorio, porque dependen de los anexos que están apoyando al consultorio (...) las oportunidades y el acceso a la complementariedad a la atención”

Lo anterior se puede establecer como una crítica, es decir, como lo que falta o lo que no se hace para la atención o la mejor atención de los pacientes, pero que queda ausente de las acciones de los directivos del CAE, es decir, que no mencionan un responsable de estas situaciones.

Por otra parte una de las debilidades de la organización burocrática del consultorio, la constituye la falta de una relación de los médicos con la jefatura del CAE. Así los médicos señalan:

“(...) no tenemos una relación, no porque tengamos una mala relación, sino en general por la estructura (...)”

Se señala como causa de esto la estructura organizacional, el organigrama interno, pero resulta que se presenta una tensión entre dos organigramas, entre el del hospital y el del CAE, siendo que trabajan en ambos y es responsable por el desarrollo de labores en ambas partes, su

responsabilidad administrativa queda en manos de su jefe de servicio, porque la jefatura del servicio se establece como un servicio dentro del cual el contacto se genera entre pares, entre amigos, colegas y compañeros de trabajo, es decir, que la forma de organización responde más que nada a quienes poseen un mismo conocimiento sobre una especialidad médica, en este caso la pediatría. No así en el caso del CAE, donde solo se desarrollan labores más de corte preventivo y de control de las enfermedades. Al contrario en el servicio de pediatría, las enfermedades y el trabajo son de una mayor complejidad, lo que puede necesitar de un servicio con una mayor cohesión y de un trabajo en equipo más fuerte (posibles respuestas a la dependencia del servicio) que además se reconoce como la jefatura de la que depende el médico. Pero frente a todo lo planteado no puede pasarse por alto la capacidad de los médicos para desdibujar la estructura jerárquica u organizacional, debido al conocimiento que poseen y las cualidades que se le reportan a este, la autonomía y alta determinación de las formas de hacer y realizar su trabajo (Rodríguez, D.: 2002). Sobre esto la directiva (prof. no médico) señala:

“(…) para que le de la orden al doctor (…) tú coordinas hacia ya, hacia el hospital”

Frente a la negativa de la atención de los pacientes, a pesar de que es solicitado por los conductos regulares del CAE, es decir, lo pide la jefa de la gestión de los procesos de enfermería, genera que la coordinación y más que la coordinación, el mandato para la atención de los pacientes se efectúa desde el hospital, por los jefes de cada servicio, hacia los médicos, hacia el CAE. A pesar de ser dos áreas diferentes, se efectúa el mando de un área recae sobre la otra. Además de esto, se genera la falta de reconocimiento de liderazgo de los médicos por la jefa del CAE, por el hecho de ser ella enfermera y no un médico. Esto posibilita la falta de injerencia o influencia de la jefa del CAE sobre los médicos. Por lo cual se hace necesario coordinar a ‘otro nivel’, es decir, hacia el hospital. Como otro nivel son también los jefes de servicio, nivel en el sentido simbólico. Aquí cabe la pregunta o la acotación al reconocimiento de la jerarquía o del organigrama del hospital, cuando no corresponde y cuando si corresponde. Este como tal no se reconoce en el discurso de

los médicos, donde la autonomía de la profesión permite generar los propios esquemas organizacionales, muchas veces superando la estructura formal, pero en otras ocasiones este se significa, se le reconoce y se le otorga importancia, como es el caso de la baja autonomía que tienen los médicos en el CAE para la toma de decisiones ‘para la atención de más pacientes’, pidiendo la autorización al servicio del cual forman parte en el hospital. Por el contrario esta estructura se desarma y pierde su sentido, por ejemplo, en la llegada al CAE y las horas que deberían dedicarse a la atención en consultorio, las cuales no se cumplen o se cumplen al límite por parte de ‘algunos médicos’ (es como una forma de reconocer que no existe un poder válido o una jerarquía a la cual respetar en el CAE), que en acotados tiempos realizan la atención de los pacientes.

3.4 Inseguridad Laboral: Falta de una Contratación Adecuada

Otro de los aspectos relacionados con problemas administrativos y de recursos, corresponde para los paramédicos en la falta de una contratación adecuada. Sobre este tema surge una postura de importancia, al separar por un lado las regulaciones legales ‘de afuera’ y las de ‘adentro’, los estatutos administrativos del CAE, bajo los cuales se encuentran contratados algunos funcionarios:

“(...) yo estoy contratada por los estatutos administrativos no por las leyes (...) esto no se rige por lo de afuera (...)”

Se indica que está contratada por los estatutos internos, no por las leyes. Se habla así desde una posición más bien comprensiva y de entendimiento de la situación por la cual atraviesa, como algo natural, que se establece como lo correcto y lo normal, sobre todo como lo normal, como lo que se hace así y siempre se ha hecho así. De esta manera esto se legitima, porque adquiere la forma y el contenido de lo que está correcto. Esta posición se estructura para otorgarle forma y

sentido a la contratación flexible e inestable, la que es significada como una forma diferente de contratación, pero legítima y que al transgredir las leyes del Estado no es fruto de contradicción, sino que por el contrario se justifica esta forma de contratación y, lo que resulta más interesante aún, es el planteamiento de una división entre el mundo de afuera y lo que sucede con el hospital, como un mundo aparte que posee y se rige bajo sus propias leyes.

El contrato, más allá de ser significado como un elemento que depende de las instancias de regulación laboral propias del hospital, se convierte en un aval que otorga seguridad a los paramédicos, como un seguro laboral:

“obviamente quiero que me contraten por la seguridad, pero no tiene nada que ver con el paciente aunque tenga plata o no tenga plata el paciente no para mi no tiene nada que ver lo atiendo exactamente igual”

Se aprecia de esta forma la importancia que adquiere el contrato como una forma de estabilidad y de seguridad laboral. Además de esto existe una posición, dentro de la cual se aprecia la vocación por el servicio, por el hecho de mencionar que el contrato no determina ni es un elemento que repercuta en su trabajo con los pacientes, sino que el trabajo que realizan se realiza de la misma manera, a pesar de no contar con un contrato.

Siguiendo con los aspectos formales de la organización, una forma de generar mayores ingresos para los funcionarios, se encuentra determinada por la ‘subida de grados’. Estos grados adquieren importancia por el hecho de que son otorgados en base a la antigüedad laboral y el desempeño profesional de los funcionarios. De esta manera al adquirir un nuevo grado se otorgan mayores beneficios económicos. Pero según lo mencionan los paramédicos, a pesar de que en el consultorio ha ido jubilando gente, la renovación de grados se ha estancado:

“(…) los cargos de repente se han perdido o han quedado ahí no más”

Con lo cual, los funcionarios que cumplen con los requisitos para ascender quedan con los mismos grados (grado 24) y no se genera la renovación de los mismos. Por lo general el personal que trabaja en el CAE es un personal que se caracteriza por tener una alta experiencia laboral, por lo cual son personas que llevan en el servicio bastantes años (por lo general más de cinco años y en algunos casos alcanzando más de 30 años de servicio). De esta manera se configura un personal mayor, que se renueva y deja los puestos de trabajo para las nuevas generaciones, cuando se producen dos situaciones, por un lado cuando ya llegan a la jubilación y por otro lado cuando se retiran de manera voluntaria. Sin embargo, estos puestos han quedado vacíos o no han sido ocupados, con lo que se ha estancado la renovación de grados, tal como los funcionarios lo han descrito.

Para los profesionales no médicos, la gestión de los recursos del CAE, nunca será completa, considerando los buenos profesionales que trabajan para el CAE, existen elementos que escapan de las manos de los directivos por lo cual plantean:

“(...) yo creo que hay gente que tendrá las habilidades técnicas administrativas pero así y todo nunca vamos a poder lograr una excelente gestión cuando tú tienes deficiencias tan grandes a nivel central (...)”

Se crítica así y se llega a establecer que las responsabilidades principales se encuentran fuera del CAE (en otro gestor) en el Ministerio de Salud, que se exime de las responsabilidades de otorgar mayores recursos. Para los profesionales no médicos, los problemas con los que se enfrenta el CAE, son antes que todo problemas de recursos, no de la gestión, manejo y distribución de estos. Es decir, que para solucionar muchos de los problemas con la inyección de recursos, se podrá salvar y superar la situación por la que atraviesa el consultorio y el hospital.

3.5 La Importancia del CAE para los Funcionarios

Una consideración que cabe tener en cuenta, radica en la valoración que se genera de parte de los funcionarios (paramédicos, personal administrativo y auxiliares), del logro de la atención de los pacientes y la entrega de una solución a sus problemáticas, a pesar de no contar muchas veces ni con insumos ni con tiempos para entregarle un atención de mejor calidad a los pacientes. Por lo cual pasa a ser valorado no sólo los esfuerzos individuales de los diferentes funcionarios sino que se genera una valoración del consultorio de manera general.

De esta manera para los auxiliares, quines no tienen un contacto muy cercano con los pacientes, indican su visión o lo que aprecian de la labor del CAE, mencionando:

“(...) el poli es muy importante para seguir viendo a los pacientes... y para poder verlos para hospitalizar o viceversa (...)”

Al igual que los auxiliares, los paramédicos toman la misma posición para referirse al CAE. Esta posición además es compartida por el juicio que presenta el personal técnico con respecto a la labor del CAE. Sobre lo cual los paramédicos mencionan:

“(...) yo creo que es buena, a pesar de todos los problemas, de todas las cosas que tu tengas que buscar como ingeniártelas (...)”

Esto marca la concordancia con la posición de los auxiliares, al mencionar que se cumple con la atención de los pacientes, además de indicar que no solo se les atiende, sino que se les busca una solución a sus problemas, a pesar de todas las dificultades encontradas, entre ellos la infraestructura y la falta de recursos. Un elemento que se desprende de lo anterior es que para una buena atención es necesario ir mas allá de lo meramente burocrático o establecido o dado por el consultorio para la atención de pacientes, saltar los pasos de atención muchas veces o realizar ciertas acciones que rompen con las disposiciones que se establecen para la atención de los

mismos. Es decir, que los procedimientos burocráticos o los protocolos para la atención de los pacientes son superados, modificados o combinados, ante las condiciones que presenta el consultorio, para lograr la atención de los pacientes.

Sobre este punto para las directivas (en especial la profesional no médico) mencionan:

“(...) pienso que se entrega lo máximo con calidad, nosotros trabajamos más por la calidad que la cantidad (...)”

La calidad surge como un tema de importancia para la directiva del CAE, como una directriz que debe estar presente en la atención de los pacientes. Pero si se toma en consideración lo dicho por los paramédicos la calidad surge como un concepto que se construye, que no se encuentra dado por la organización, en el sentido de contar con todos los medios necesarios para lograrla, sino que se elabora es estricta relación con las modificaciones y las alteraciones que realizan los paramédicos de la forma de atención para lograr la atención de los pacientes. Es decir, que la calidad responde a cuestiones subjetivas y a los esfuerzos que los funcionarios (en especial los de más bajo escalafón) deben realizar para satisfacer las demandas de los pacientes.

3.6 Lo que Entrega el CAE a los Funcionarios: Recompensas

Para entender este subcapítulo, hay que mencionar en primer lugar lo que se quiere decir con ‘lo que entrega el CAE’. Se han considerado, bajo la denominación anterior, aquellos elementos valorados por los funcionarios y surgen por el CAE, como por ejemplo, la capacitación, los horarios de trabajo o la atención que reciben por ser funcionarios del sistema de salud público.

El elemento de mayor importancia para los auxiliares, acerca de lo que les entrega el CAE, es la posibilidad de recibir atención médica dentro de las dependencias del CAE y del hospital:

“(…) la ventaja que tiene el hospital es que teni la atención, cualquier cosa que te pase, no hay problema en ese sentido (…)”

Este elemento lo reconocen como un derecho y una garantía al ser funcionarios del consultorio. Para comprender de mejor manera esta forma de valoración de lo que les entrega el CAE a los funcionarios, pero que lo destacan principalmente los auxiliares, es necesario considerar el tipo de función y recompensa que reciben los auxiliares. Por un lado, las labores que realizan son menores, y por otra parte por este tipo de labores reciben una baja remuneración, por lo cual la valoración de la atención médica cobra importancia, debido a ser considerada como un beneficio entregado por el CAE, y por el hecho que además no deben pagar. Por lo cual este beneficio cobra importancia para este estamento.

Para los paramédicos el primer elemento mencionado y valorado corresponde a la capacitación que les entrega el CAE, mencionan:

“(…) todos los cursos que nos han enseñado, a la atención del usuario, de hecho nos han servido bastante, incluso la atención para uno afuera es como pilar de hogar”

La capacitación que se entrega el consultorio se convierte en un elemento de importancia no solo para mejorar la forma de la atención entregada a los pacientes en el CAE, sino que además la capacitación entregada repercute como un elemento de importancia para la vida llevada fuera del ambiente de laboral. Así se puede observar que de alguna manera no se separan los elementos de vida (de corte comunicativo) y los técnicos o instrumentales, sino que se confunden y se nutren mutuamente, por el hecho de corresponder la capacitación a elementos técnicos para la atención de los pacientes, que son aplicados tanto en el trabajo mismo como fuera de el. Una confusión de elementos instrumentales que se mezclan y nutren con los elementos de corte comunicativo, generando un solo producto que se aplica en ambas esferas, en la vida privada y en lo laboral.

Para los profesionales no médicos, en cambio, la capacitación se convierte en un elemento digno de ser valorado por el hecho de que es una posibilidad para desarrollar y adquirir nuevos conocimientos:

“(...) yo veo como usuario interno en cuanto a oportunidad, una puerta como para conocimientos mas modernos (...)”

Se valora el conocimiento y la posibilidad de adquirir y generar conocimientos ‘modernos’, en relación con la medicina, para los profesionales no médicos. Este elemento de la adquisición o generación de conocimientos, no solo surge al valorar la capacitación sino que además en la valoración de tecnología (el prestigio) que posee el hospital como el CAE¹⁷. Materialmente el CAE no es una fuente para valorar, por el hecho de su avanzado deterioro. Es por esto que se valoran otros aspectos relacionados más bien con aspectos inmateriales, como es el caso del conocimiento y el prestigio que reportaría trabajar para el CAE, lo que a su vez reviste una reivindicación de estatus por parte de los profesionales no médicos, al revestirse de estos elementos de corte inmaterial.

Para la directiva (la médico), sobre el tema de la capacitación, indica su visión acerca de la capacitación, no así las implicancias de la misma capacitación para su vida laboral:

“(...) el hecho de que este sistema sea docente, hace que uno vaya aprendiendo mucho, es una cosa que hace que tengas pertenencia, porque si tu vas a preñdiendo te vas capacitando te vas entendiendo también”

Este elemento de la capacitación, se transforma en un tema de importancia para la dirección del CAE, quienes ven en la capacitación que se entrega una herramienta de importancia para la

¹⁷ Ver Capítulo II Recursos e Infraestructura

mejora de la atención de los pacientes. Además de la capacitación, como una herramienta técnica, se suma la disposición de sistema docente del hospital y del CAE, lo que posibilita, que el conocimiento y la adquisición de este se vuelvan un elemento de trascendencia, por el hecho de otorgarle por parte de la dirección un peso de importancia para generar un alto sentimiento de pertenencia al consultorio. Al igual que para los profesionales no médicos quienes valoran el conocimiento, las directivas observan los mismos elementos valorados por los profesionales no médicos, lo que posibilita la valoración del CAE, a pesar de sus pésimas condiciones de infraestructura, más bien existe una valoración de lo inmaterial, lo intangible o el conocimiento.

Otro de los elementos valorados por los funcionarios del CAE, son los horarios de trabajo, los que son apreciados por las secretarias así como por los paramédicos. Para las secretarias, los horarios de trabajo se vuelven un elemento de importancia por hecho de la flexibilidad de estos y la posibilidad de determinar sus propios tiempos de trabajo:

“(…) tiene flexibilidad el horario, tú manejas tu trabajo, no como los servicios que ellos hacen censos, fichas, nosotros más flexibilidad acá entre los memos, los servicios y incluso esta para el horario de colación, nosotros ponemos los horarios y todo”

A partir de una comparación con los servicios del hospital donde la presión asistencial es mayor, se valora esta autodeterminación de las horas de trabajo y la autoorganización de su trabajo. Para los paramédicos por otro lado, lo que se valoran del horario es:

“(…) no trabajar los fines de semana pero también entre comillas... pero se ganan horas extraordinarias (...) es un pago uno por otro”

Surge una tensión entre lo que se gana y lo que se pierde. Se pierde dinero y se gana descanso o se gana más dinero y se pierde descanso. Las horas extraordinarias han sido un elemento mencionado como un mecanismo por el cual los funcionarios de menor rango, como los

paramédicos principalmente, pueden obtener mayores ingresos, lo que habla de las bajas remuneraciones que reciben y de las estrategias que surgen para aumentar sus ingresos.

4. Relaciones Entre Estamentos

Se ha considerado como 'Relaciones Entre Estamentos' lo que los actores dicen con respecto a temas relacionados a los estamentos y al interior de cada estamento. No sólo de manera aislada, sino que además considerando las vinculaciones que se producen entre los diferentes actores y los principales elementos que influyen dentro de estas relaciones, como el tema del estatus y de las propiedades simbólicas que se le adjudican a cada actor en particular, como es el caso de los médicos.

Los elementos valorados, criticados y explicados por cada funcionario se encuentran íntimamente ligados con la pertenencia a un estamento determinado. De esta manera, por ejemplo, las valoraciones surgidas hacia los pares entre los paramédicos, se basan principalmente en vínculos primarios o de corte afectivos (como la comprensión o el entendimiento) a diferencia de los aspectos técnicos que son valorados del personal por los directivos y por los médicos. Pero además, esta tensión entre los estamentos se encuentra en las críticas, y en especial, al menoscabo que se provoca por parte de jefatura y de los médicos, al no valorar los esfuerzos de los otros estamentos.

Así un primer elemento que surge dentro de este capítulo es el deterioro de la relación entre los superiores y los subordinados. Reconociendo como superiores a los médicos, que si bien, estos no son jefes directos de los paramédicos principalmente, en ellos se reconoce una autoridad legítima, debido al estatus principalmente. Es decir, se han generado otros liderazgos. Deterioro de la relación que se manifiesta en el menoscabo personal que enuncian los paramédicos, pero debido a lo común y habitual de esta relación, esta se considera como una costumbre, le otorga la categoría de normal.

Otra de las dimensiones de este capítulo, son las buenas relaciones que mantienen los funcionarios entre pares, entre pares de estamentos principalmente. Es importante de considerar que en los bajos estamento (auxiliares, paramédicos y secretarias), la buena relación (corte afectivo) se incrusta al dominio técnico y formal del trabajo, no solo en las relaciones que mantienen sino que además en el desempeño laboral de los mismos. Una forma de establecer estos lazos de amistad, se encuentra mediada (además de la pertenencia a un estamento) tanto por el estatus como por la función. Es el caso de los vínculos de amistad que generan los médicos, sólo entre pares, sólo entre médicos.

Estas buenas relaciones también se encuentran en las consideraciones de la jefatura hacia los subordinados, auxiliares, paramédicos, secretarias y profesionales no médicos, exceptuando a los médicos, quienes no son considerados como subordinados, principalmente por el tema de la burocracia profesional, que reviste a su profesión. Este elemento, es lo que genera liderazgos confusos y tensiones en el organigrama de la organización, lo que potencia la autodeterminación de los médicos, con respecto a su horario y al hacer de su profesión. Lo que repercute con mayor fuerza en los paramédicos (por la presión laboral) y sobre los pacientes (por la apresurada atención que reciben) principalmente.

4.1 Deterioro de las Relaciones Entre Superiores-Subordinados

Una de las principales formas de deterioro de las relaciones laborales que se provocan en el CAE, es principalmente entre dos de los estamentos del consultorio, entre los paramédicos y el estamento médico. Si bien dentro de la estructura organizacional los paramédicos sólo tienen como superiores a las directivas del CAE, se reconoce en los médicos esta misma superioridad, pero guardando las diferencias. Así, si bien los paramédicos están para realizar tareas asistenciales, es decir, preparar los pacientes para la atención de los médicos, se reconoce en los médicos una superioridad, que le otorga legitimidad a las disposiciones de los médicos hacia los paramédicos y en general al resto de los estamentos del CAE. Por el conocimiento que poseen los médicos (Parsons, T.: 1999) por un lado y la dependencia de la organización de este estamento (Rodríguez, D.: 2004), posibilitan que se reconozca en ellos un estatus superior, y que además se reconozca en ellos la superioridad (en cuanto a conocimiento y a poder) frente al resto de los estamentos.

Los paramédicos, así enuncian que este deterioro de las relaciones se provoca a diario y de manera habitual de parte del estamento médico hacia los paramédicos. En una primera aproximación se indica que los paramédicos son quienes señalan esta tensión, no así los médicos, quienes no indican un deterioro, salvo indicando algunas situaciones que podrían mejorar, como la preparación de los pacientes por parte de los paramédicos.

Si bien puede identificar que existe en los paramédicos la crítica y el descontento ante esta situación, al mismo tiempo, se deja entrever un aspecto que le otorga importancia a este deterioro de las relaciones. Para los paramédicos, que por un lado enuncian esta situación y la reprobaban, por otro lado se ha generado un acostumbramiento o una asimilación de estas arbitrarias situaciones:

“el saludo ‘buenas tardes doctor’, ni te contestan. Entonces ya te acostumbras a eso, pero uno lo hace por, para enseñarles (...) y la doctora acá (...) pero uno se acostumbra es temperamental”

Existe y se genera la falta empatía, la que se grafica en la falta de un saludo de parte de los médicos hacia los paramédicos, lo que habla de la unidireccionalidad de estos esfuerzos. Sin embargo, según lo mencionado por el estamento técnico, ante lo habitual de dichas situaciones, se genera una costumbre y aceptación. Surge una especie de naturalización de esta relación entre estos dos estamentos, la que pasa a ser considerada como normal, debido a lo habitual de la misma.

Pero además de ser considerado como normal, este trato que reciben los paramédicos por los médicos, surge una posición que se complementa con la normalidad que mencionan los paramédicos, para quienes además este tipo de trato se constituye como una fuente de menoscabo personal:

“(...) el ginecólogo que trata ahí a uno ni lo saludan, los tratan como si fuéramos un mueble como si no existiéramos, y uno se siente súper mal (...) y uno los saluda, y como que el saludo se fue al aire, eso si que es chocante, por lo menos para mí es chocante”

Más allá de considerar el espacio de trabajo como un lugar dentro del cual priman las relaciones técnicas o laborales, se genera una demanda por establecer y generar una relación de corte que se puede denominar afectiva, pero antes que afectiva se puede hablar de una relación cordial y de respeto por el otro, lo que no se presenta en este caso y lo que es criticado por los paramédicos, frente a lo cual además se presenta una posición de normalidad, de una situación que se ha mantenido con el tiempo y que a pesar del tiempo transcurrido no se ha modificado.

Otras de las situaciones de tensión, que se genera entre los paramédicos y los médicos, es la presión asistencial que recae sobre estos y además la presión para no cometer errores. De alguna forma quienes más bajo están además son los más vulnerables a la hora de buscar responsabilidades, tal como lo señalan los paramédicos:

“(…) si tú te equivocas, el médico no te va a cubrir, alomejor si él se equivoca tú te vas a quedar callada, porque yo he visto muchas cosas en que ellos se equivocan y nadie dice nada, en cambio si tú te equivocas ellos enseguida te van a poner de vuelta y media”

Una respuesta a esta situación se genera porque los paramédicos reportan un menor estatus, en contraste con el estatus del médico, que se caracteriza por ser considerado de una mayor importancia que el del paramédico, y por lo mismo que ante dichos problemas, se asuma como una respuesta de mayor peso y credibilidad el juicio de los médicos ante el de los paramédicos.

Para la directiva (profesional no médico), la relación que se genera entre los paramédicos y los médicos, es un tema que permea no solo a estos funcionarios sino que además a la dirección del CAE y a los pacientes, tal como lo señala la directiva:

“(…) yo como enfermera no me meto (…) yo no voy a darles ni reglas, ni exigencias a lo más puedo sugerir, de hecho me van a decir al tiro, bueno y usted que me viene a decir si yo no dependo de usted, y yo soy médico y usted enfermera (…) pero bueno que se puede hacer con ellos”

Además de esto, existe una forma de no considerar, a parte de los paramédicos, a la misma directiva del CAE. Por lo cual se genera una tensión producida entre la jefatura y los médicos. Tensión que se genera por el sobre peso (simbólico) de los médicos, por lo cual no existe una aceptación de la jefatura o una jerarquía fuerte que pueda con ellos, por el contrario todos los aspectos burocráticos son pasados por alto. Al mismo tiempo que se elabora esta explicación se establece una crítica radical sobre la forma de revertir esta situación, de manera lapidaria se

entiende que no se puede hacer mucho ('pero bueno que se puede hacer con ellos'). Situación y postura de desesperanza y habitualidad de esta situación, es el paso de algo arbitrario, a algo normal y habitual, se construye como normal y se acepta como tal, por el hecho de que no se puede hacer nada, se acepta, y pasa a ser legitimado.

Las diferencias que se establecen entre la jefatura y los médicos, quienes rechazan las disposiciones que emanan de la jefatura del CAE, se pueden explicar por las diferencias de estatus, de conocimientos, 'ser médico frente a ser enfermera'. Además de poseer más conocimiento, se adjudica a cada profesión un reconocimiento social al respecto, por lo cual se significa a uno más trascendente que el otro. Además la dependencia de los médicos de los servicios clínicos, generan este rechazo (la dependencia de las medidas administrativas emanadas desde la dirección del CAE). Por lo cual el trato, la relación entre la jefatura y los médicos se establece con otros términos y otros canales de comunicación ('solo puedo sugerir') diferentes a los utilizados con el resto de los estamentos.

Lo que se puede obtener de las críticas anteriores, es indicar sobre qué actor recae cada acción de los médicos. La falta de un saludo, es decir, de un trato digno, recae sobre los funcionarios de menor cualificación principalmente, en los paramédicos y los auxiliares; la rapidez de su atención recae sobre los pacientes, por la falta de una explicación más acata del diagnóstico como del tratamiento médico, así también sobre los funcionarios, por la presión que sobre ellos se ejerce para hacer el trabajo más rápido, generando sobre carga laboral; y que tan sólo quieran atender y luego irse recae sobre la legitimidad del CAE frente a la comunidad, y no solo la legitimidad sino que además, sobre su capacidad para la resolución de problemas, y la evaluación de los pacientes sobre el mismo.

4.2 Buenas Relaciones Entre Pares

Una de las dimensiones más valoradas en el CAE por los funcionarios, los auxiliares, secretarias y los paramédicos, son las relaciones interpersonales que mantienen entre si mismos como funcionarios y como estamentos. La forma de hablar de este tópico es lo que marca la valoración de las relaciones que mantienen los funcionarios, porque lo destacan como una cualidad propia, que se añade a la dimensión técnica y formal del trabajo. Estas relaciones son las que mantienen los bajos estamentos del consultorio. Sobre las que los paramédicos, resaltan el compañerismo y la empatía por el compañero de trabajo, así señalan:

“(...) si uno puede hacerle un favor a una colega se lo hace (...) y uno puede hacer el favor de cubrir a una compañera (...) se ve harto compañerismo acá”

Se resalta la importancia de las relaciones laborales, como algo que va más allá de la empatía por el par, entendido como compañero de trabajo, siendo un elemento que se exige, en el caso de la no existencia de esta relación entre los médicos y el resto de los funcionarios. De alguna manera se presta lo anterior para hablar de relaciones técnicas o instrumentales (racionales) dentro de una organización y además se destaca la importancia de una relación que se base en la empatía, en lazos de corte mayormente afectivos, que se presentan entre ciertos funcionarios y entre estamentos, pero que no se encuentran en las relaciones con otros estamentos, como en el caso de los médicos.

Para la atención de los pacientes, surgen elementos relacionales, es decir, de relación entre los pares, en el caso de los paramédicos, los que son significativos para lograr la atención de los pacientes. Así señalan los paramédicos:

“nosotros sabemos (...) nos conocemos hace mucho tiempo (...) y nos sacamos la cresta los tres (...) como equipo trabajamos bien, porque este es nuestro segundo hogar”

Es posible la atención de los pacientes gracias al conocimiento de su función, a la experiencia laboral, a la confianza entre pares y el esfuerzo por igual frente a los problemas. Es decir, poseen un conocimiento técnico, que se basa en la confianza, en criterios afectivos y una vocación que los lleva a un esfuerzo mayor para lograr los objetivos de la organización.

Junto con la experiencia laboral, el conocimiento y la vocación, se suma un cuarto elemento, que según lo señalan los paramédicos, corresponde a considerar el espacio de trabajo como segundo hogar. De esta forma, se posibilita la asimilación del mundo más comunicativo (afectivo) con el trabajo, un lugar racional y técnico sobre todo; donde se cruzan y nutren mutuamente estas dos racionalidades (Allen D. & Pilnick A. (2005) Making connections: healthcare as case study in the social organization of work. *Sociology of Health & Illness*, 27, 683 – 700). Dado lo cual, no se aprecia una separación entre estas dos esferas, más bien existe una mezcla y amalgama, entre el trabajo que se inserta en el hogar y el hogar se inserta en el trabajo. Constituyéndose para los paramédicos un espacio tanto técnico como afectivo de igual importancia, lo que refuerza las ideas anteriores acerca de los lazos afectivos que están presentes entre los funcionarios (pares) y ausentes con los médicos.

4.3 Relaciones Intra Estamentos

Las relaciones que se establecen intra estamentos son aquellas relaciones entre los funcionarios, y las que ellos mismo definen como tales. Son las relaciones que se generan entre los miembros de un mismo estamento o los miembros que son considerados como los pares.

Para el personal administrativo, las secretarias, la relación que mantiene con sus pares es una relación no muy estrecha:

“las secretarias nos vemos re poco. Estamos como muy distantes de cada servicio”

Se destaca que las secretarias sólo se reconocen como pares laborales, no como un estamento dentro del cual se generen lazos asociativos, como el caso de los médicos de amistad. La relación dentro de este estamento se destaca como laboral, la que se establece dentro del lugar de trabajo y no fuera de él.

Por su parte para los profesionales no médicos las relaciones que se establecen con su estamento son relaciones netamente de corte laboral:

“(...) somos compañeros de trabajo porque nos rechazamos por lo menos yo, yo no tengo amigos yo tengo compañeros de trabajo (...)”

Se establece de esta manera, diferencias y límites en sus relaciones. Esta forma de llevar la vida laboral, nuevamente puede ser contrastada con la forma en que los paramédicos generan lazos asociativos, que superan lo netamente profesional o laboral, situándose en el plano de lo afectivo, lo que no se presenta en el resto de los estamentos del CAE, como en el caso de los profesionales no médicos.

Para los paramédicos, la relación que desarrolla entre los miembros de su estamento, es principalmente una relación de pares:

“nos agarramos a coscachos, no vamos a otro lado donde la jefa (...)”

La dependencia de cada uno de los paramédicos con los otros, teniendo presente la presión laboral, hace que para ellos sea indispensable dialogar y solucionar los problemas por ellos mismos, por lo cual se potencia el dialogo horizontal, no vertical. Además existe la valoración de un imperativo: ‘que no se pueden detener’, porque se necesitan mutuamente para enfrentar el desafío del trabajo diario. Esta relación es posible gracias a la experiencia laboral que poseen y además afectiva. Entre ellos no hay órdenes, porque son pares de trabajo y junto con aquello, el

considerar el trabajo como su segundo hogar, los posiciona en una igualdad de estatus y roles, es decir, de iguales a iguales.

Por su parte los médicos consideran la relación con su estamento, dentro de un mismo servicio clínico, bajo términos similares de estatus y conocimiento. Considerando además esta relación en términos de amistad, afectiva o extra laboral:

“(…) la mayoría de los jefes de servicio somos amigos, y no es que seamos amigos porque seamos jefes de servicio, hemos sido amigos toda la vida de antes, entonces eso también ha creado una relación de cariño hacia el hospital”

Las relaciones de corte más afectiva de parte de los médicos se generan entre quienes comparten un mismo estatus y conocimiento, quienes además son considerados como amigos y como compañeros de trabajo. Todo el que no posea estas características queda fuera de los lazos de amistad, o del círculo de amigos del estamento médico, el que se basa antes que todo en la posesión de un atributo en particular, el conocimiento y su respectivo estatus, el que potenciaría la condición de ‘amigo’. A diferencia de los paramédicos, quienes no hablan de amistad, sólo de compañeros de trabajo, donde los filtros para establecer esta relación laboral se basan antes que en aspectos de estatus, en el rol que desempeñan dentro de la misma organización para establecer su relación entre pares.

4.4 Del Personal: Subordinados

Una de las formas de valorar las buenas relaciones que se mantienen entre los funcionarios, es mirarlas desde la perspectiva de la jefatura del CAE, que toma la dirección de los subordinados o de los funcionarios que tienen a cargo. Además se considerarán las valoraciones que plantean los médicos con respecto al personal de apoyo, en este caso los paramédicos, por el hecho de ser considerados los médicos superiores en términos simbólicos, por parte de los mismos paramédicos.

Uno de los aspectos valorados es la buena relación que el personal mantiene con la jefatura, la capacidad para aceptar cambios y las disposiciones emanadas desde la dirección del CAE:

“el personal es un personal absolutamente comprometido con el consultorio, respetuoso, que acepta los cambios (...) la gente es capaz de adecuarse sobre todo cuando tienen que hacer otras labores (...)”

Se indica que los funcionarios son muy respetuosos con la jefatura, valorando la capacidad de los funcionarios para reconocer y aceptar la jefatura, por el hecho de su ‘respeto’ y su capacidad para ‘aceptar los cambios’, añadiendo un elemento de importancia que es su capacidad para realizar otras labores, que no son formalmente su trabajo. Esto posibilita la diversificación de sus labores, ampliando o reduciendo los límites de sus roles. Es por esto, por su capacidad para hacer otras labores, que se señala que el personal ha sido un elemento que ha permitido al CAE seguir en funcionamiento, a pesar de las condiciones de infraestructura y la falta de recursos por la que atraviesa el CAE.

Se señala y se valora de manera implícita, el sobre esfuerzo que los funcionarios realizan para lograr la mejor atención posible para los pacientes. Desde esta perspectiva se valora su entrega y su disposición para lograr buenos resultados. Sin embargo, a pesar de valorar estos esfuerzos, no se genera una retribución material o monetaria, potenciando una tensión y una crítica de los estamentos (profesionales no médicos, auxiliares, paramédicos y secretarías) a la forma de recompensa y reconocimiento que emana desde la dirección del CAE a los funcionarios.

Los médicos, que también han sido considerados dentro de los superiores, indican que por lo general tienen una buena relación con sus subordinados:

“no tenemos la verdad dificultades importantes (...) por lo menos del personal técnico para con los médicos no tenemos grandes dificultades”

Así, desde los médicos a los técnicos no se reconocen diferencias importantes, salvo ‘pequeñas diferencias’ que si bien son consideradas menores para los médicos, son tomadas por los técnicos paramédicos como grandes y determinantes, como el deterioro de estas relaciones principalmente y la falta de reconocimiento de ciertos problemas que se presentan para algunos estamentos (paramédicos, por ejemplo) y que para otros pasa inadvertido principalmente para los médicos. Sobre los ‘pequeños problemas’ los médicos señalan:

“(...) eso es otro aspecto que podríamos considerar la falta de agilidad de los administrativos (...)”

Las críticas de unos estamentos a otros estamentos, de médicos a administrativos, se basan en los problemas, en la forma en que repercuten y los principales responsables por dichas situaciones. Para los médicos uno de los principales problemas con que se encuentran, más allá de la infraestructura, es la falta de agilidad de algunos administrativos, lo que mencionan como causa de la burocracia y como consecuencia de ésta el retraso de la atención de los pacientes. Sobre la tardanza de la ficha médica o la gestión de horas en el SOME, los administrativos son señalados como los responsables de la burocracia y de quienes depende la realización de una atención más pronta a los pacientes (bajo la perspectiva médica). Además se indica que los administrativos son causantes de muchos de los problemas con los que se encuentra el paciente y por lo tanto son ellos de quienes depende que las dificultades disminuyan y que los usuarios sean prontamente atendidos.

Un elemento valorado por parte de la directiva del CAE (la profesional no médico) del personal que tiene a cargo (técnicos, personal administrativo y auxiliares) corresponde a las relaciones que mantienen entre los funcionarios, los que son considerados como pares:

“hay buenas relaciones interpersonales, los equipos son bastante cohesionados (...) también comparten y también son uno (...)”

Estas buenas relaciones interpersonales se manifiestan en el desarrollo de un buen trabajo en equipo (aspectos técnicos), así como también en la convivencia que ellos establecen más allá de los aspectos técnicos, en lo cotidiano y lo afectivo.

Desde la jefatura se establece como una respuesta que las características del personal se desprenden de lo que llaman el 'sentido de pertenencia'. Sentido que se genera por la antigüedad laboral de los funcionarios y por las características mismas de la jefatura (empática) que potencia en los funcionarios que no quieren trabajar en otros sectores o en los servicios del hospital, logrando el compromiso de los funcionarios con el desarrollo del CAE:

“sentido de pertenencia del personal (...) es muy bueno, es demasiado bueno diría yo.
Todos se sienten comprometidos y todos tratan de solucionar al máximo todos los
problemas, si son súper eficientes (...) toda la gente tiene vocación de servicio, que
les gusta la salud”

El 'sentido de pertenencia', que mencionan las directivas, es lo que potencia el compromiso de los funcionarios con la jefatura y con el CAE en general. Pero además del sentido de pertenencia, surge otro elemento que ha posibilitado el desarrollo del CAE, la vocación de servicio de los funcionarios. Para establecer las dimensiones de la vocación, encontramos dos categorías que se pueden hallar a nivel implícito. Por un lado encontramos en la 'vocación de servicio' la capacidad de los funcionarios para ser empáticos, el lograr ponerse en el lugar del otro, en este caso en el lugar del paciente, la valoración de la 'ayuda al otro' y de la organización. La otra dimensión de la vocación que se puede hallar la podemos encontrar en la fascinación de funcionarios por la medicina. Esta categoría del 'gusto por la medicina' conduce a considerarla como la forma en que los funcionarios dirigen su seducción por el 'conocimiento técnico', en la materialización del mismo a través de su trabajo con paciente.

4.5 Buenas Relaciones de la Dirección a los Subordinados

Para la médico, que también realiza labores directivas, lo que valora recae sobre aspectos dirigenciales. Son apreciados aspectos, que sólo pueden ser dirigidos, planificados o llevados a cabo, por la jefatura del CAE, lo que en el fondo se traduce como una valoración de si mismas y de su dirección del consultorio:

“(...) hay bastante relación entre la jefatura, el personal, los profesionales, se forman equipos de trabajo bastante dedicados y eso una de las cosas buenas que tiene el consultorio (...)”

La formación de equipos de trabajo es un elemento primario y necesario para la organización, por el hecho de que deben constituirse grupos de trabajo por los programas que son implementados. Esta coordinación o este trabajo en equipo tiene como base la organización técnica y la aplicación en conjunto de un conocimiento técnico (salvado las especialidades de cada estamento), sin embargo a pesar de esta conformación de grupos de trabajo, surgen elementos que tensionan la convivencia entre los estamentos. La organización considera sólo para la coordinación a los profesionales no médicos, los paramédicos y en menor medida a los auxiliares, pero no así, los médicos, quienes son excluidos explícitamente de lo dicho por la directiva. Esto es una manera de señalar, que la formación de grupos de trabajo atañe al personal que tienen a su cargo y el cual es dependiente administrativamente del CAE. Por su parte los médicos, dependen en su gran mayoría de los servicios del hospital, no así del CAE, por lo cual su autodeterminación contempla una dependencia externa al consultorio por las características que le otorga su conocimiento, que los perfila como una burocracia profesional. Son por estos motivos que el elemento de los médicos es lo que tensiona y genera problemas con el resto de los estamentos.

La formación de equipos de trabajo se presenta, como una de las prioridades de la directiva, pero además se considera la importancia de valorar al resto de los funcionarios como receptores de un trato digno:

“(...) cuando (...) las personas han manifestado tener algún problema, hemos tratado de solucionar y eso como política también. Manejar la parte de recursos humanos no solo para que trabajen sino para que disfruten trabajando”

Existe una preocupación de la directiva del CAE, por el carácter de los funcionarios y su bienestar al interior del consultorio, generando formas de lograr que los funcionarios encuentren en el trabajo el agrado en las labores que ejecutan, no sólo realizar su trabajo sino que de alguna incentivándolos a que lo hagan de la mejor manera posible. Esto se contrapone con lo establecido por los funcionarios (paramédicos, auxiliares, prof. no médicos y secretarias), quienes indican que existe un vacío y una carencia en el sistema de recompensas. Por un lado se ha buscado la motivación de los funcionarios, pero luego no existe una retribución por lo realizado. Lo que posibilita las tensiones y la debilidad en el tiempo de la motivación de los funcionarios.

Sin embargo, a pesar de significar el sistema de recompensas como débil, según lo señalan cuatro de cinco estamentos del CAE (salvo lo médicos), se valora la gestión de la jefatura del CAE. Uno de los primeros aspectos que se destacan dentro de lo que es considerado como ‘buenas relaciones’, es la relación que los funcionarios mantienen con la jefatura del CAE, tanto los paramédicos como los auxiliares. De esta manera los paramédicos señalan:

“(...) el jefe superior es la señora XXX, que tampoco he tenido dramas con ella. Aparte es una persona muy accesible (...)”

Se reconoce la buena relación que mantienen con la jefatura, indicando que es una persona accesible y abierta para con sus subordinados. No sólo se presenta la administración del personal como una de las actividades de la jefatura, sino que además como el complemento las vinculaciones de corte afectivo. La administración de los recursos humanos, de esta forma, se basa criterios racionalmente instrumentales y, junto con ello se complementa con la accesibilidad afectiva y empática de la directiva.

4.6 Sobre los Médicos

La importancia de las explicaciones sobre los médicos se han elaborado por constituir, los médicos un blanco de muchas de las críticas que arrancan desde otros funcionarios. Es un estamento que trabaja de manera temporal en el CAE, del cual depende la atención de los pacientes y por lo tanto la funcionalidad del CAE, lo que le genera la dependencia del consultorio de los médicos.

Un primer elemento que se señala y basado en la temporalidad de la función de los médicos en el CAE, es la relación que se establece entre estos y otros estamentos. En especial para los auxiliares y el personal administrativo (las secretarías), no existe una relación muy estrecha con los médicos, principalmente porque las labores que realizan, no tienen un mayor involucramiento con tareas asistenciales, como en el caso de los paramédicos y los profesionales no médicos.

A pesar de no realizar labores en estricta relación con los médicos, el personal administrativo señala y confirma lo dicho por los médicos, que ‘sólo atienden pacientes durante las mañanas’. Se genera una tensión en la gestión hospitalaria, porque las citas son dadas por los médicos, es decir, la hora de atención es determinada por el médico y su horario flexible, lo que entra en contradicción con la gestión de las horas de atención dadas por el SOME. Esto a su vez repercute en los horarios de los paramédicos u otros funcionarios y también sobre los pacientes. Se suma a esto la forma en que los paramédicos significan esta acción, la de los atrasos de los médicos o su ausencia:

“hay veces que no han llegado, dejan los polis botados, y ese es el problema porque el público se va contra uno, no se va contra ellos”

Lo que envuelve a la profesión médica, en este caso a su autoridad, su capacidad para determinar sus horarios y además la capacidad para saltar o romper con las jerarquías organizacionales, se

encuentra medida por el conocimiento y el estatus que poseen, lo que provoca la dependencia de la organización de los médicos, del cuadro profesional, porque posee un mayor saber para la resolución de los problemas de los pacientes y para la mantención del sistema hospitalario mismo.

El atraso o la ausencia de los médicos es sindicado como algo que perjudica la atención de los pacientes y es considerado un elemento que perjudica en mayor medida a los funcionarios de bajo nivel, como los paramédicos, por el hecho de que al sólo prestar tareas auxiliares al médico, no son reconocidos como ‘sanadores’ por los pacientes, descargando su rabia y frustración sobre el estamento técnico. A pesar de lo anterior, los paramédicos son valorados como buenos funcionarios, porque deben lidiar con la falta de recursos (a lo que se puede atribuir falta de médicos contratados por el CAE o que sólo se dediquen a actividades de diagnóstico dentro del CAE) y con el animo de los pacientes, porque muchos de los reclamos recaen sobre los funcionarios de más baja calificación, por el hecho de no reportar un estatus mayor (se le atribuyan características inferiores) como en el caso de los médicos.

Ahora bien, cuando el médico llega al CAE, realiza la atención de los pacientes durante las mañanas, por lo cual la presión asistencial hacia los paramédicos se incrementa. Al respecto los paramédicos mencionan:

“(...) muchos médicos (...) hacen las horas de poli en una hora, y para eso nos chicotean a uno (...) para el terminar luego irse de aquí del poli y hacer sus cosas personales afuera, muchos lo hacen pero en general ellos tendrían que cumplir el horario y ellos no lo hacen”

Esto ocasiona una mala calidad de la atención para los pacientes. El atraso de los médicos reduce los tiempos de atención, concentrándose tiempos acotados la atención de los pacientes, generando una mayor presión sobre los paramédicos para realizar de manera rápida el trabajo, por su propia

tardanza. Frente a esto ‘ellos corren’ y no hay una postura o una forma existente para frenar esta situación. Por el contrario se acata y se realiza el trabajo como ellos lo determinan, porque los paramédicos aunque no dependen de los médicos, simbólicamente los reconocen como superiores, por el estatus que se le adjudica al rol del médico. Es por esto que surge la subordinación frente a las decisiones y los ritmos de los médicos. Sobre esta relación la directiva señala (prof. no médico):

“(…) yo veo aquí es que muchas personas no se sienten gratas trabajando con los médicos es por eso, pero yo creo que tiene que ver mucho con la pertenencia”

A partir del sentido de pertenencia, el cual se considera como un factor explicativo, se genera el compromiso del funcionario con el consultorio, que puede ser entendido como el área de trabajo donde se establecen lazos y compromisos, que lo llevan a la búsqueda de soluciones frente los problemas que se presentan. Esto los hace ser eficientes y valorados por parte de la dirección. Todo esto generado por el ‘sentido de pertenencia’, que potencia la valoración del CAE. Por otra parte, de una u otra forma las relaciones entre los médicos y los funcionarios se resienten, pero son sólo los paramédicos quienes señalan que esto ocurre, quienes se ven afectados mayormente por estos problemas de manera más directa.

Para la atención de los pacientes, por parte de los médicos, existe un rendimiento establecido, el cual determina los tiempos de atención. Sobre estos tiempos la directiva del CAE (profesional no médico) indica:

“(…) si 4 por hora, eso es lo que corresponde, pero muchas veces un médico te da 6 o 8 por hora, es que quieren irse luego (…)”

Existe un estándar o una media de atención de pacientes por hora para los médicos, este es cuatro pacientes en una hora, más o menos quince minutos por cada uno, pero en general, y esa es una

de las mayores críticas de la jefa del CAE, de los paramédicos y el personal administrativo, estos realizan la atención de seis y hasta ocho pacientes en una hora. Cabe recordar que el tiempo entregado a cada paciente, es un elemento que incide en la satisfacción de los usuarios (Jenkinson C.: 1997). La respuesta frente a este problema, estriba en que los médicos: ‘quieren irse luego’, ‘sólo atienden pacientes durante las mañanas’, ‘no hay los suficientes box de atención’, ‘tienen pacientes comprometidos en el hospital (en le UCI o en operados)’, ‘tienen otras actividades administrativas del hospital’ o ‘la urgencia de salir del hospital, a la casa o a la consulta privada’. Sobre este punto, la posición que toma la jefatura es una posición comprensiva, a pesar de señalar que en los médicos recaen las responsabilidades.

Para los profesionales no médicos, el tema del horario y las garantías de las que gozan los médicos es el elemento que tensiona, no la relación de ellos con los médicos, sino que genera una tensión entre los profesionales no médicos y otro gestor (la dirección del hospital o el Ministerio de Salud), es así como señalan:

“(...) ellos tienen otro tipo de horario, ellos pueden salir antes y tener otros trabajos o sea tienen derecho a otro trabajo, si lo que les pagan aquí en el hospital tampoco es tanto (...)”

Para ellos, otros ganan más y tienen la posibilidad de incrementar los ingresos, mientras que ellos no tienen la posibilidad de generar más ingresos que los que reciben por su trabajo en el CAE. Se observa el compromiso de este estamento, pero no se valora o se remunera de igual manera a todos los estamentos. Es una especie de forma o de decir, que no existe una sistema de recompensa eficiente y equitativo, que valora los esfuerzos de todos los funcionarios por igual.

Para los médicos, al momento de hablar de si mismos, no se mencionan grandes problemas o dificultades con los otros estamentos, más bien se presentan posturas explicativas de las situaciones por las cuales atraviesa el CAE y la forma en que recaen estas sobre si mismos. Para

los médicos lo que están haciendo se encuentra dentro de un contexto, marcado por múltiples necesidades:

“(…) creo que están haciendo lo que se puede con los recursos que hay, hay algunos que están medios cansados, porque llevan mucho años y no han podido hacer lo que se ha pensado”

Se muestra una fuerte frustración de este estamento por las condiciones bajo las cuales han tenido que trabajar durante años y la falta de una solución sobre estas cuestiones. A pesar de estar descontentos, como lo señala la directiva (la médico), son los médicos, de importancia para el CAE y para la salud pública en general, porque son ellos significados como el pilar de la atención de los pacientes.

Los médicos, además indican que frente a los problemas una forma de reaccionar (dadas las situaciones críticas por las que atraviesa el sistema público de salud) es generar una postura poco constructiva en contra de los pacientes. Es decir, ‘solo sacar la tarea y punto’, y no preocuparse por lograr una atención de mejor calidad o lograr la satisfacción del paciente. Se observa a partir de lo anterior como la falta de recursos condiciona el trabajo y el ánimo de los médicos para realizar su trabajo, a pesar de las garantías que gozan a diferencia de otros funcionarios.

Si se piensa, en la forma de lo que esta dicho, es decir, la forma de organizar a los sujetos, las demandas y las valoraciones, se puede llegar a establecer que todo depende de los médicos. De ellos depende la mejora de las relaciones interpersonales, de ellos depende el saludo y el respeto de los tiempos de atención, los aspectos más técnicos como afectivos, hacia los pacientes como hacia los funcionarios. De alguna manera, y por todo lo que conlleva ser médico, por los conocimientos y por las cualidades simbólicas que se le adjudican, se estructura de arriba para abajo el discurso. Dependiendo de ellos ante todo la mejora de las relaciones entre los estamentos así como también la mejora de la atención para con los pacientes. De esta manera, se naturalizan

las relaciones y la estructura de las relaciones que se presentan en el CAE responden a esta tendencia, donde se le otorga un valor tanto real como simbólico a los médicos.

4.7 Liderazgos Confusos

Así como existen diferentes estamentos al interior del CAE, existen diferentes liderazgos para los funcionarios. Se presentan liderazgos reconocidos como tales y además liderazgos que se crean arbitrariamente, mediados por un mayor estatus (en el caso de los médicos) o por un nivel inferior en la jerarquía laboral (como los auxiliares).

La forma de reconocer los liderazgos y quienes deben ser los superiores, pierde claridad en el caso de los auxiliares, quienes mencionan:

“todas las enfermeras nos mandan igual (...) claro pero cualquier cosa tenemos que decirle a ella”

A pesar de responder a una jefa como lo mencionan, los auxiliares al mismo tiempo, son objeto del mando, de los profesionales no médicos y de los médicos, por el hecho de que su rol carece de autonomía y es considerado como una tarea menor, lo cual restringe sus posibilidades de acción a labores poco especializadas y dependientes de otros estamentos que poseen un nivel de conocimiento mayor. Para la organización este estamento carece de importancia porque el bajo saber que poseen no los capacita para la realización de otra función más especializada y autónoma, como en el caso de los médicos.

Los paramédicos, por su parte, mencionan con respecto a los liderazgos, que su mayor relación en este sentido se genera con los médicos:

“los médicos (...) son los jefes de ahí (...) no son los jefes directos pero (...) es que nosotros estamos para ayudarlos a ellos”

Si bien se menciona que los paramédicos realizan labores de apoyo a los médicos, estos no son sus jefes directos. Sin embargo, se reconoce en ellos una cierta autoridad, mediada antes que todo por el estatus y el conocimiento que poseen. Se valora el saber de manera implícita por los paramédicos, lo que los sitúa en una posición de inferioridad frente a los médicos, por el conocimiento que poseen y las propiedades simbólicas que se le adjudican (estatus).

Dado el conocimiento que los médicos poseen y el estatus que se les adjudica, surge la consideración de superioridad de los médicos por parte de los paramédicos:

“son los diostores (...) pero no nos quejamos tampoco”

Generándose una postura de supremacía (‘diostores’) de los médicos, que es reconocida por los paramédicos, sobre su estamento, como algo normal. Frente a lo cual ha surgido una adecuación y la falta una postura mayormente crítica frente a los ‘diostores’. De alguna manera, las posturas de indiferencia frente a otros funcionarios y frente a situaciones arbitrarias, condiciona forma ‘natural’ que toma la posición de un sujeto sobre otro.

Además existe una subordinación frente a otro, que se acepta y acata, por poseer, el otro (superior, como los médicos o los jefes del servicio), una característica que lo hace superior, en este caso el conocimiento, que se puede entender como el estatus de la función. Se relaciona el conocimiento con una función de autoridad (simbólica), frente a lo cual la subordinación es la opción. La profesionalización de las funciones legitima la burocracia profesional, es decir, el conocimiento determinando las jerarquías y superándolas otras veces.

Para la profesional no médico, que también realiza labores de dirección, al igual que los paramédicos considera sobre la posición y el hacer de los médicos al interior de la organización, lo siguiente:

“el doctor es como el doctor (...) y es como más grande”

Se define y entiende ‘grande’ como alguien que simbólicamente es superior. Se reconoce como tal, por el hecho de manejar conocimientos y por lo tanto al interior de esta organización, donde el conocimiento es un elemento que supera las jerarquías y por lo demás el conocimiento determina el alivio del dolor (la vida), se reconoce en el médico alguien ‘más grande’, que puede ejercer influencia (a nivel simbólico) sobre los pacientes y sobre funcionarios.

La valoración de ciertos atributos que poseen los médicos, potencia una valoración, de sí mismos, del ser profesional, de desempeñarse en el CAE y de la importancia que se atribuyen a sí mismos.

Al respecto de las labores que se desempeñan en el consultorio mencionan:

“(...) lo importante que tiene es el cuerpo de profesionales (...) un buen equipo, gente (...) dispuesta a trabajar (...) un buen cuerpo médico (...) profesionales que pueden aportar”

Tal como lo muestra la cita anterior los médicos valoran el conocimiento y lo que pueden lograr con la aplicación del mismo. La valoración del saber en desmedro de otros aspectos que pueden mediar en la organización hospitalaria y que dependen del resto de los funcionarios, se presenta con fuerza en el caso del CAE, configurándose como un espacio donde prima en primer lugar la valoración del conocimiento sobre otros elementos. El concepto de burocracia profesional se refuerza, porque justamente lo que le otorga su legitimidad o su razón de ser, es el aspecto que es valorado, el conocimiento y la aplicación técnica de este. Por otro lado, se deja fuera a otros funcionarios, con una menor cualificación y menor conocimiento, los cuales no son destacados

como ejes de la atención o pilares de la misma, a pesar de que ellos así lo consideran. Debido principalmente a que sus tareas son menores ('personal de apoyo'); y por que son quienes menos poder de decisión poseen, es decir, carecen de autonomía. A la hora de valorar, los funcionarios con un menor estatus pasan a un segundo plano, apreciando por el contrario a quienes poseen capacidades 'superiores y acreditadas' para lograr para lograr la atención y el bienestar de los pacientes. Se presenta una tensión importante entre lo que se enjuicia como positivo y lo que va dejando fuera este juicio, porque no sólo quienes son mayormente calificados son quienes pueden y están dispuestos a trabajar, sino que por el contrario, esta predisposición se presenta también en el resto de los funcionarios y, no se valora ni recompensa de la misma manera.

5. Sobre los Pacientes

Los funcionarios del CAE, no solo abordan las temáticas relacionadas con respecto al trabajo que realizan

en el consultorio, sino que además hablan de los destinatarios de su labor. Son los 'Pacientes', aquellos sobre los cuales recaen finalmente los esfuerzos de los funcionarios y, por otro lado son los pacientes que inciden de la misma manera sobre el trabajo que realizan los diferentes estamentos del CAE.

Para una aproximación al entendimiento de los 'Pacientes', un primer elemento que se inserta dentro de este capítulo, es el conocimiento sobre los pacientes a partir de las percepciones de los funcionarios. De esta forma, se abordan temáticas relacionadas con el tipo de usuario que acude al consultorio (adultos mayores principalmente), las características de las enfermedades de dichos pacientes (con una creciente complejidad) y la procedencia de los pacientes (acerca de cuál sistema de previsión de salud provienen, público o privado) Todos estos elementos confluyen en la conformación de la percepción de los funcionarios con respecto a los pacientes y al mismo tiempo, de las expectativas de los pacientes, las cuales muchas veces entran en contradicción con la atención que el consultorio les entrega.

Las altas expectativas de los pacientes son las que generan un sentimiento de frustración en ellos mismos, debido a que muchas veces sus expectativas con respecto a la atención que recibirán no se concretizan como tal. Esto es lo que principalmente genera: la impaciencia de los pacientes y la impulsividad de los mismos, quienes son considerados como altamente demandantes y exigentes por parte de los funcionarios (salvo los médicos). Esta frustración recae principalmente en los paramédicos, en quienes los pacientes realizan todos sus descargos (por el bajo estatus que reporta su función), a pesar de que algunas de las problemáticas escapan al hacer de los paramédicos, como el retraso de los médicos, la misma ausencia de estos o los problemas de recursos económicos. De esta manera, las críticas formuladas a los pacientes se encuentran cruzadas por un tema central como lo es la pertenencia a un estamento determinado, porque esta pertenencia determina el tipo de reacción de los pacientes y hacia qué funcionario se dirige, la que es considerada como natural y normal en el caso de los paramédicos.

El elemento que es valorado de los pacientes se encuentra presente en los estamentos no profesionales (y no médicos), corresponde a la relación que se produce y a la empatía de los mismos funcionarios hacia los pacientes. Siendo más fuerte esta valoración en los estamentos bajos del CAE, es decir, que las vinculaciones afectivas las realizan en mayor medida los estamentos, que si bien realizan labores de asistencia los pacientes (como es el caso de los paramédicos) no tienen una injerencia mayor en el reestablecimiento de salud de los pacientes, al contrario de los médicos, de quienes depende el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad de los pacientes. Este elemento resulta de importancia para comprender la neutralidad afectiva y valórica y, la orientación colectiva de la medicina, que plantea límites claros en cuanto a la relación con los pacientes. Son estos límites los que se confunden y se pierden en el caso del estamento técnico, el cual se relaciona tanto laboralmente como afectivamente con los pacientes, generando de parte de este estamento una empatía hacia los pacientes, estableciendo una vinculación afectiva, al contrario de los médicos.

5.1 Conociendo la Procedencia y el Tipo de Paciente que Acude al CAE

Una de las tendencias actuales del estado de salud de la población y más precisamente, el cambio de la epidemiología de las enfermedades, que han mutado de enfermedades infecto contagiosas a enfermedades crónicas, la mayoría de ellas no transmisibles, hace hincapié en el estilo de vida de la población y su relación en estas nuevas enfermedades. Ahora la enfermedad, antes que provocarse por bacterias o virus, viene siendo determinada por las conductas de los sujetos (tabaquismo, sedentarismo, alcoholismo, traumatismos y accidentes de tránsito principalmente) es por lo mismo que los enfoques curativos ceden terreno a los preventivos y a las formas de promoción de salud.

La forma que ha tomado la enfermedad y el enfermarse, también ha modificado y ha canalizado estas enfermedades en un determinado grupo etáreo, donde no solo esta relación se explica por la edad de los pacientes sino que además, la edad y el paso del tiempo van deteriorando el organismo, lo que ha originado y determinado un tipo de paciente que acude mayoritariamente a recibir atención. Una forma de señalar esto lo mencionan los profesionales no médicos:

“(…) me encontré con puros octogenarios hospitalizados (…) entonces el cambio epidemiológico pa mí influye porque la fragilidad de la gente significa que uno debiera tener tiempos más acotados”

Muestran un primer elemento de los pacientes, su rango etáreo, que bajo su percepción corresponde a gente de avanzada edad (‘octogenarios’). El tipo de paciente que acude a recibir atención es un usuario que por sus condiciones, el deterioro por los años y además por la enfermedad, es un paciente con creciente complejidad y nuevas demandas, como los tiempos más acotados para su atención. Sobre este punto la médico indica:

“(…) la demanda de la población que no solo creció en número sino que en complejidad, cada vez es más compleja (…)”

Resulta trascendente el aumento de la demanda de la población y también la complejidad de los pacientes, la que se ha provocado dado el cambio epidemiológico de la población. Sobre este punto, la complejidad de los pacientes, cabe hacer la salvedad, que una cosa viene siendo la complejidad de los pacientes y otra la dependencia de los mismos:

“(...) el estrés es mayor por la carga, la dependencia y la complejidad de los pacientes”

De esta manera, para la directiva (profesional no médico) el tipo de paciente viene siendo lo que determina el tipo de presión con la que se enfrentan los funcionarios. Tipo de paciente diferenciado por la gravedad de la dolencia que le aqueja, siendo el criterio de la vida o tener la vida de otro en las manos lo que se insinúa como el factor determinante de la presión asistencial. Así, el grado de técnico no diferencia ni determina el tipo de función o el rol que cumplen al interior de la organización, por el contrario, al situarse dentro de diferentes partes de la organización, las que se diferencian por el tipo de servicio que prestan y el tipo de paciente que atienden, los estamentos asumen roles y presiones diferentes. Por lo tanto, el hecho de pertenecer a un estamento no determina de manera lineal el rol y el tipo de presión asistencial con el que se van a enfrentar, por el contrario el estamento se construye. Más precisamente, la definición de cada estamento no se presentará de igual manera para toda la organización, sino que se diferenciará, con lo cual se diferencia todo lo que involucra a un estamento. Se diferencia el tipo de estrés, por la carga, la complejidad y la dependencia de los pacientes y por otro lado, el servicio clínico determina el tipo de paciente y entre ambos determinan la presión y la función de cada estamento.

Por otro lado, un elemento que no puede quedar fuera de la comprensión de los pacientes, es su procedencia o la forma en que han ingresado al sistema público de salud, por el hecho de que esta procedencia de alguna manera determina sus expectativas con respecto a la atención que reciben o recibirán.

Una de las principales características de los pacientes es su traslado del sistema de salud privado al público, elemento que ha condicionado tanto la presión laboral sobre los funcionarios, los que frente al aumento de la demanda deben trabajar con los mismos recursos, insumos como personal. Por lo cual se destaca que la entrega de recursos no se condice con el aumento de la demanda de los pacientes. Para la directiva, los pacientes que por primera vez acuden al CAE, vienen con altas expectativas con respecto a la atención que recibirán, lo que choca con la realidad con la que trabaja el CAE:

“(…) los que por primera vez (…) vienen al hospital, llegan en dos situaciones. Uno, esperanzado de la atención que da el hospital, porque (…) muchas veces le han dicho que en el hospital le van a solucionar sus problemas, y la otra es que (…) no han tenido opciones en otros sistemas (…) gente que se ha empobrecido (…) han llegado al hospital no queriendo llegar al hospital con mucha rabia. Y uno los entiende porque vienen de una clínica bonita, es distinto”

Estas dos situaciones antes descritas, definen las posturas de los pacientes, pero siempre considerando la frustración del paciente en primer lugar. Por un lado la generación de expectativas por los medios de comunicación (anteriormente mencionado) que superan las condiciones del CAE, forma en los pacientes una sobre valoración de lo que puede entregarles el consultorio y el sistema de salud público en general, lo que choca con las condiciones y con el servicio que se le entregará. Por otro lado, la postura con respecto al paciente empobrecido, que también considera la frustración, posibilita el descontento del paciente al no contar el CAE con las comodidades ni con los implementos con que la atención privada cuenta. De alguna manera, se considera a la atención privada, como un modelo, en donde se haya lo bueno, lo mejor o donde las instalaciones (infraestructurales) y el tipo de profesional y personal técnico pueden desarrollar de mejor manera la atención de los pacientes y cumplir con sus expectativas, lo que contrasta con las condiciones que presenta el CAE actualmente.

5.2 Impaciencia e Impulsividad de los Pacientes

Una de las mayores críticas formuladas a los pacientes, por los funcionarios, de manera general (excepto los médicos) es su falta de paciencia y su postura demandante y poco comprensiva hacia los mismos funcionarios y también hacia las condiciones bajo las cuales deben trabajar los funcionarios, pasando por alto la falta de recursos y todos los determinantes estructurales con los que se enfrenta en sector de la salud pública en Chile (lo que se relaciona con la generación de expectativas mostradas anteriormente).

Para partir el análisis, acerca de las críticas formuladas a los pacientes, los auxiliares, quienes a pesar de que no desarrollan funciones muy ligadas a los pacientes, señalan que estos son demandantes y siempre hay que estar cediendo ante las presiones que estos imponen:

“hay que ceder por el lado de los pacientes (...) pero ellos no ceden”

De la misma manera el personal administrativo, las secretarias, mencionan de los pacientes que si bien siempre tiene que existir de su parte una actitud comprensiva para los pacientes, los pacientes no actúan de la misma manera con ellas:

“(...) a veces una se pone en el lugar del paciente pero el paciente no se pone en el lugar de una”

Como se muestra en la cita anterior, los pacientes se caracterizan por ser demandantes y al mismo tiempo surgen otras dimensiones de este tipo de paciente, como su alta de predisposición a la impaciencia o su falta de capacidad para esperar su atención.

Los pacientes se caracterizan hoy por su alta capacidad para ser demandantes de un servicio que cumpla con sus expectativas, ya no existe un paciente resignado que asuma las debilidades del sistema de salud para si mismo, sino que de alguna manera (por las transformaciones

estructurales que han afectado al país) esta relación se ha invertido, constituyéndose como sujetos que demandan un servicio que cumpla con sus expectativas (Chomalí, M.: 2006). De esta forma, para los paramédicos, frente a un problema que se presenta con la atención mencionan la forma de actuar de los pacientes ante esta situación:

“(...) se nota mucho más que antes (...) ya no nos llaman la atención, sino que nos insultan, nos tratan mal (...) y de aquí nos vamos a trabajar a información y es peor (...)”

Los paramédicos presentan una diferencia entre lo que era antes y lo que es hoy día la actitud de los pacientes hacia los funcionarios, frente a las condiciones de la atención que reciben. De esta forma, se plantea que los cambios en el contexto han deteriorado y condicionado la nueva postura de los pacientes. Así se ha configurado una predisposición frente a la atención recibida, sobre la que los paramédicos, ante las quejas y los malos tratos de los pacientes, sólo acatan y aceptan esta situación. La falta de empatía del paciente, de alguna manera menoscaba la buena predisposición de los paramédicos, junto con el trabajo extra y las horas extras, cansa y desmotiva a los paramédicos, tal como lo señalan en la cita anterior.

Recordando la primera forma de naturalización, la forma en que el trato que se tiene con el médico se ha hecho una forma habitual y corriente, y más que eso el trato que tiene el médico frente a los funcionarios. Esta segunda forma de naturalización consiste en el trato de los pacientes a los funcionarios (en especial hacia los paramédicos), que se establece como una forma habitual, por lo cual esto se ha quedado legitimado o ha tomado una forma difícil de revertir.

La situación antes planteada, la impaciencia de los pacientes y su tono demandante, también se presenta en el caso de los profesionales no médicos, quienes indican:

“(...) ellos vienen con el verbo exigir los derechos del paciente pero no saben los deberes del paciente (...) siempre exigen sus derechos (...) la prepo me entiendes tú (...)”

Se señala siempre la forma demandante de los pacientes y además exigente de sus derechos, pasando por alto sus ‘deberes’ o ignorando la situación dentro de la cual se desenvuelve la salud pública en Chile. Se suman a estos elementos, la postura de la jefatura frente a estas demandas de los pacientes, sobre la que los paramédicos indican:

“(...) cuando el usuario viene en tono agresivo, y ahora el criterio que tiene el jefe el usuario es el que tiene la razón, uno tiene que acatar la decisión”

La jefatura desde la percepción de los paramédicos, ha desarrollado al mismo tiempo que los pacientes, una forma de entender las demandas de los pacientes no así la de los funcionarios. La postura que ha tomado, frente a las demandas de los pacientes, ha sido la de considerar a los pacientes, tal como lo indica la cita anterior, como ‘clientes’, que acceden ya no a un derecho sino que acceden a un servicio. Bajo esta lógica, la de considerar que ‘el paciente siempre tiene la razón’, la forma de entender la entrega de un servicio de salud, adquiere una significación de exigencia permanente para los funcionarios de parte de los pacientes, siempre considerando, también de parte de la jefatura, que el paciente se encuentra en todo su derecho de exigir, con lo cual se legitima la exigencia de la entrega de un buen servicio. Esto plantea una nueva tensión para los funcionarios, quienes contando todas las carencias y presiones con las que se deben enfrentar, tienen que lidiar con las exigencias de los pacientes.

Una forma de entender la postura de los pacientes, como demandantes y exigentes con los servicios entregados, es su predisposición, que puede estar mediada por las condiciones intrínsecas que presentan los pacientes (su enfermedad) y las condiciones bajo las cuales se ha configurado esta predisposición (mediatización de la salud). Para los paramédicos, al igual que para los auxiliares, la predisposición de los pacientes se genera previamente:

“(...) viene concientizados que en los consultorios los tratan mal, y llegan súper
choras (...)”

Existe una predisposición de los pacientes frente a la atención que recibirán y además frente a los funcionarios que los atenderán. Generado este discurso por una sobre dimensionalidad de los servicios de salud públicos, tal como lo indican los profesionales no médicos y la directiva del CAE (médico):

“(...) hay una serie de expectativas que ha visto en la televisión programas como todos médicos estupendos que le solucionan el problema (...) ha visto puros éxitos desde el punto de vista de la salud (...) y esto resulta una situación tremenda de frustración para los pacientes”

Los éxitos médicos, presentados por televisión además de la propaganda del servicio de salud eficiente, genera falsas expectativas sobre la atención que recibirá el paciente (lo que genera la impaciencia de los impacientes), que se contraponen y contrasta con lo que son realmente los servicios de salud públicos. Por otro lado está la presión de los pacientes para ser atendidos rápidamente, lo cual genera que no puedan ser atendidos antes de la hora que se les ha indicado. Por todo lo anterior, el colapso del servicio y la gran demanda que tiene, hace imposible la atención más rápida de los pacientes. Estas dos corrientes hacen mención a características intrínsecas de los pacientes. Como lo son su impaciencia y su gran voluntad de demanda, además de ser poco empáticos y poco tolerantes, lo que genera la falta de comprensión y entendimiento hacia los funcionarios de más baja calificación quienes son los que reciben la rabia y las descargas de los pacientes principalmente.

5.3 Reclamos de los Pacientes

Frente a lo recién planteado, cabe la pregunta, ¿en qué funcionarios recaen principalmente los reclamos y las demandas de los pacientes? Según lo señalando por los propios funcionarios, en

quien recaen principalmente las quejas por las condiciones que deben enfrentar para recibir su atención, es sobre el estamento técnico, los paramédicos, quienes se presentan como blanco de las críticas y los reclamos de los pacientes, por desarrollar tareas más ligadas a ellos, a diferencia de los auxiliares y las secretarias, quienes no se desenvuelven tan estrechamente con los pacientes. Pero además de este elemento, cabe agregar el componente del estatus y el reconocimiento de los pacientes en los paramédicos de un bajo estatus, lo que les permite reaccionar de manera desenfrenada en contra de los paramédicos, siendo que muchos de los problemas que se presentan en el CAE no resultan de la intervención de los paramédicos.

Así los paramédicos indican que frente a reclamos cuyas causas no se encuentran en ellos, como el atraso de los médicos o la ausencia de estos, los pacientes descargan su frustración y enojo sobre ellos, tal como lo indican:

“(…) cuando llegan tarde que se demora en la llegada de los polis, el público puuu pero nos dicen de todo, y cuando llega el doctor ‘ah doctor como esta como llego’ pero a nosotros ya se han descargado con uno”

De esta forma, al no reconocer en los paramédicos un alto estatus, ni al considerarlos como quienes pueden solucionar sus problemas (el alivio del dolor y el reestablecimiento de su salud principalmente), las reacciones de los pacientes se concentran principalmente en los paramédicos. Considerando bajo cualidades completamente diferentes y contrarias a los médicos, los pacientes guardan silencio y no realizan ningún tipo de comentario o crítica a los médicos, siendo que existen problemas que dependen de ellos antes que de los paramédicos.

Los paramédicos consideran que muchos de los reclamos de los pacientes, por los elementos anteriormente mencionados, corresponden a reclamos que no tienen una base sólida para que sean descargados en ellos, considerando:

“la mayoría de los reclamos son reclamos injustos (...) para lo que veas como es la gente que viene y los reclamos como son”

La base y el fundamento de estos reclamos son considerados débiles y carentes de sentido, por el hecho de que si bien pueden presentarse en el CAE, los paramédicos, por un lado no son los funcionarios más idóneos para solucionar estos problemas y por otro lado, estos problemas, como han sido mencionados no corresponden a un actuar o a una falencia de los mismos paramédicos, sino a deficiencias del mismo sistema salud o a los problemas que se presentan con la autodeterminación de los horarios por los médicos.

Para la directiva (médico) el paramédico es visto como el punto de descarga de las frustraciones de los pacientes, porque más allá de un sentimiento de culpa, existe en ellos la culpa otorgada por los pacientes hacia ellos. En ellos descargan su rabia, ‘super choros’, y sus reclamos. Sólo contra ellos, quienes se ven más posibles de criticar y retar, es decir, más accesibles, porque de ellos no depende el reestablecimiento de su salud o el alivio del dolor, (por lo cual se reconoce un bajo estatus), más bien, ven en ellos los culpables de la prolongación del dolor y en el médico la cura de sus dolencias:

“(...) a los médicos jamás, se les dice, porque claro se sienten en una situación de inferioridad, porque ellos van a pedir una ayuda (...)”

Por esta razón, a pesar que muchas de las cosas que les suceden son causa de la tardaza de los médicos, estos no reciben ningún tipo de recomendación por parte de los pacientes (porque además reconocen en ellos un estatus más alto). Sobre esto los médicos mencionan de los pacientes:

“(...) no veo a mis pacientes molestos, no veo que haya una molestia generalizada, que todos los pacientes lleguen enojados conmigo (...) la verdad de las cosas es que no lo veo así”

Lo que avala la afirmación de la directiva, de que los pacientes descargan sus frustraciones en los paramédicos, mediado por esta ‘situación de inferioridad’.

Relacionado con lo anterior, y el bajo reconocimiento que se genera de parte de los pacientes a los funcionarios, los paramédicos señalan:

“(…) a veces uno le deja una disconformidad porque uno siempre trata, los tres, tratamos de sacar adelante, de hacer lo mejor, pero a veces el usuario viene agresivo”

De esta forma se señala, que además de recibir las descargas de los pacientes, los paramédicos se enfrentan con el tono agresivo, demandante y crítico de los pacientes, quienes no valoran los esfuerzos desplegados por los funcionarios para la atención de si mismos pacientes. Así los usuarios, reclaman a los funcionarios por la tardanza y las molestias que les ocasiona asistir al CAE, más bien por las demoras de los médicos y la falta de insumos o personal que los atienda. Además, deben lidiar con las sobre expectativas que los pacientes tienen del sistema de salud público, y ser los compensadores o los receptores de las frustraciones que se generan en el paciente al chocar sus expectativas con la realidad. Los paramédicos reciben por ambos lados las descargas, frente a la tardanza de los médicos, la presión de estos mismos por apurar el trabajo (‘porque quieren irse al tiro’) y por otro, la frustración del paciente por la espera y por el choque que le provoca enterarse de las condiciones reales en las que trabaja el consultorio. Ausente de crítica queda el estado o el ministerio de salud, al mismo tiempo que los médicos, ya que de los médicos, no se espera otra cosa que la solución de la enfermedad, la cura del dolor, y ante eso se genera el silencio, porque los elementos simbólicos de sanador lo cubren de las críticas de los pacientes. Como resultado, el paramédico, el funcionario con menor conocimiento y estatus y por lo cual, menos puede aportar al pacientes para el alivio de su dolor, es el responsable o el receptáculo dentro del cual se deposita la rabia y la frustración de los pacientes.

5.4 Lo que Entregan los Pacientes a los Funcionarios

Uno de los aspectos valorados por parte de los funcionarios (para los paramédicos principalmente) de los pacientes es precisamente lo que entregan los pacientes, siendo esta entrega tanto manifiesta como latente.

Así un primer elemento valorado por los paramédicos de lo que entregan los pacientes es su agradecimiento. Para ellos, el agradecimiento y la forma de agradecer de los pacientes se manifiesta verbalmente y además de forma material. De alguna forma (material) los pacientes buscan retribuir los esfuerzos de los paramédicos. Así señalan:

“y son súper agradecidas (...) dicen señorita tome, y lo dicen con tanta amabilidad (...) eso es estimulante también porque uno se siente como valorado, más persona”

Esta forma de agradecimiento, es valorada como una forma de retribución y al mismo tiempo puede ser considerada como una motivación para los paramédicos. El agradecimiento de los pacientes para con los paramédicos hace que estos se sientan estimulados y más que eso valorados, como ‘más personas’, lo que habla de lo que genera un trato digno hacia ellos. Quizás esto mismo es valorado por la falta de un trato digno para con ellos por parte de otros funcionarios (como los médicos principalmente) o de los mismos pacientes que no agradecen la atención, en muchos casos. El agradecimiento, la valoración y el ser más persona, hablan de una dimensión humanizadora, que se haya perdida ante el trato de los otros (otros funcionarios y los pacientes) por la deshumanización del trabajo o la pérdida de dignidad frente al trato de los pacientes o de otros funcionarios.

Una segunda forma de valoración de los pacientes y de lo que entregan, se encuentra precisamente en el tipo de paciente con el que realiza el trabajo el paramédico. Siendo esta dimensión del tipo de paciente, indican:

“yo trabajo con niños (...) lo que me motiva de ellos es su alegría porque a pesar de estar enfermos (...) ellos igual están ahí, se ríen (...) y siempre alegres eso es como una alegría (...) eso es lo que más motiva, me llena, para seguir adelante, para seguir luchando (...)”

Categorización de un determinado tipo de paciente, en este caso con niños. Existe una valoración de su función, es decir de las tareas que realiza, por quien las encarna. Se sostiene de esta manera, que más allá de la aplicación de un conocimiento técnico, lo que se valora es la aplicación misma, sobre los niños que son atendidos. Una de las cosas que son destacadas del tipo de paciente son las características innatas de este tipo de paciente, ‘la risa y la alegría y su optimismo’. Su vocación laboral se basa en la vocación de servicio a un tipo determinado de paciente, por el hecho de generarse una retroalimentación, entre el paciente y quien lo atiende, que nutre y da fuerza para ‘seguir luchando’. Destaca la importancia que se le otorga a la atención y el contacto con el paciente, antes que el logro de una carrera funcionaria, experiencia, un sueldo o prestigio. Se diferencia entre tipos de pacientes, que de alguna manera puede condicionar la motivación del paramédico, en función del tipo de paciente que atiende.

Supuestos de la atención médica, como la neutralidad afectiva, universalismo y otros, no se encuentran en esta razón de motivación. Por el contrario se aboga y valora una reciprocidad basada en la ‘risa y alegría’ que se encuentran arraigadas en una concepción de la acción, en términos habermasianos, comunicativa, donde se pone en juego la racionalidad comunicativa, quedando fuera la neutralidad afectiva, la orientación colectiva, universalismo y la racionalidad burocrática. Por lo cual el involucramiento con el paciente y desde el paciente, es un supuesto que se quiebra, más bien se establece una especie de contrato tácito, que entra en juego dependiendo de las circunstancias.

5.5 Acción Afectiva Hacia los Pacientes

La empatía hacia los pacientes por parte de los funcionarios, es otra categoría que se encuentra en las valoraciones, pero con la diferencia, que antes que corresponder a ciertos aspectos o condiciones de los pacientes, esta empatía surge de la comprensión de los funcionarios hacia los pacientes, no como en el caso anterior que correspondía a lo que entregan los pacientes o lo que provocan en los funcionarios. De alguna manera, la condición de los pacientes provoca ciertas reacciones en los funcionarios, quienes ante tal situación reaccionan tratando de solucionar de la mejor manera posible las molestias de los pacientes, pero con la diferencia que es un trato que se origina desde al funcionario al paciente y no del paciente al funcionario.

De esta forma, para los auxiliares a pesar de no contar con todos los implementos necesarios para realizar la atención de los pacientes se esfuerzan para lograrlo:

“(…) es que hay debilidades pero igual aquí uno trata de… para agradecerlos… de alguna forma se hacen las cosas”

A pesar de con contar con todos los implementos necesarios para la atención o presentarse ciertas debilidades en el consultorio, se trata de realizar la atención de los pacientes o satisfacer sus necesidades. De la misma forma para los paramédicos, los pacientes pasan a ser de importancia, por su misma condición de estar enfermos y necesitar ayuda, por lo cual se realiza de la mejor manera su trabajo:

“(…) está enfermo entre comillas, entonces más tendría que tener una paciencia que ellos con uno, porque si tu estás como paciente es porque tienes un problema (…)”

Se observa una comprensión del estado de salud del paciente por parte del paramédico, por lo cual se trabaja en pos de buscar una solución para ellos y el alivio de su dolor. Al mismo tiempo la forma en que se supera la racionalidad más de corte técnico, por la afectividad, se fundan en la

comprensión del otro. Donde no se observa un medio o un fin en sí mismo sino que una persona, un sujeto de derecho o alguien en busca del alivio del dolor, por lo cual la racionalidad técnica, la sola aplicación de conocimiento, no se aprecia en el discurso de los paramédicos, porque se complementa con su comprensión del otro. Puede ser que se complemente la racionalidad técnica, instrumental o burocrática, con la afectividad, debido a que la forma de aplicación de conocimiento que realiza el paramédico, es parcial y no total, como es el caso del médico. En cambio las tareas de apoyo del personal paramédico presentan ventanas abiertas al entendimiento y comprensión del otro, porque sólo se aplica parcialmente el conocimiento. Por lo demás la responsabilidad de las decisiones sobre la vida o la muerte recae sobre el médico, quien además recibe todo lo que eso significa, por eso las barreras a no involucrarse más allá de lo que sea estrictamente instrumental.

Estos planos más afectivos de la atención de pacientes, como los anteriores, también son categorías que han sido de importancia para los funcionarios, pero para los funcionarios de más baja cualificación, como los paramédicos, los auxiliares y las secretarías, no siendo de importancia o no resaltando estos aspectos tanto los profesionales no médicos o los mismos médicos, quienes no señalan alguna valoración de los pacientes en términos afectivos. La orientación colectiva y la neutralidad afectiva y emocional, supuestos de la atención que Parsons (1999) describe, en el caso de los roles menos especializados (como el caso de los paramédicos y los auxiliares) surgen elementos contrarios a los antes mencionados, siendo estos elementos, como la empatía y los lazos afectivos que se generan con los pacientes, los ejes de los discursos de estos actores. La forma de realizar su acción es afectiva, al mismo tiempo considerando los supuestos técnicos de la atención. En cambio para médicos y profesionales no médicos, los lazos afectivos con los pacientes, si se presentan, es en menor medida y no constituyendo un elemento de trascendencia o no siendo elementos motivacionales para estos estamentos. Más bien, lo que valora este estamento es la capacidad y la forma de generar mayores conocimientos de una forma secular, obviado lo afectivo o lo emocional, y tratando a todos los pacientes como un cuerpo o

parte de la ciencia médica. Esto es una de las mayores tensiones que se provocan, entre la demanda de los pacientes por generar mayores lazos con los médicos, una relación interpersonal más acabada y con mayores tiempos de atención, lo que choca con la forma y cómo se entiende la medicina y la forma de practicarla por los médicos.

6. Expectativas de los Funcionarios

Se entenderá por 'Expectativas de los Funcionarios' aquellas expresiones que se refieren a un estado futuro, siendo estas consideradas bajo imperativos o condicionalidades¹⁸, que debería o debe ser o tener la organización para el beneficio de los usuarios, de los funcionarios y de la organización misma, con respecto a las condiciones de infraestructura y recursos, sobre gestión, sobre las relaciones entre los estamentos y sobre los pacientes, que arrancan o encuentran su sentido a partir de las condiciones actuales que se presentan el consultorio. Cabe señalar que la mayor parte de las propuestas se encuentran originadas por las carencias o los elementos críticos con los que cuenta o los que le faltan al CAE, es por esto que éstas se basan principalmente en las críticas, las son orientadas con motivos de solución o proposición para la mejora del servicio.

Uno de los primeros elementos que resaltan de las expectativas, es el reverso de las principales críticas formuladas indistintamente por los estamentos, es el caso de la infraestructura, la que es sindicada como un elemento primordial para la mejora de la atención de los pacientes, como de la mejora de los espacios para los funcionarios. Ahora bien, las expectativas dependiendo del estamento es el perfil que toman. Así para los médicos lo que se hace necesario son espacios para la atención de los pacientes y, en cambio para los paramédicos se hace hincapié en espacios para compartir.

Al igual que los problemas relacionados con la infraestructura, los problemas asociados con la gestión del CAE, se perfilan como el segundo subcapítulo de las expectativas de los funcionarios. Se puede situar dentro la gestión los problemas: la falta de contratación que emerge como una de las expectativas de los funcionarios (principalmente los paramédicos) quienes abogan por una mayor seguridad laboral y, los auxiliares quienes desde una posición contraria (mantener el trabajo) pero no demasiado diferente abogan por el mismo objetivo.

Además de los temas mencionados anteriormente, han surgido expectativas con respecto a la calidad de la atención de los pacientes (son los médicos quienes principalmente defienden este punto), expectativas en relación con otros estamentos (o funcionarios) y por último expectativas vinculadas a los pacientes (las que principalmente se basan en una de las carencias principales de los pacientes, la paciencia).

¹⁸ Se entenderá por categórico: Articulación discursiva de las propuestas de un futuro mejor o más beneficioso para los distintos actores y para el mismo CAE. Siendo estas señaladas bajo un imperativo del "deber ser" o "deber estar". Visto así cae en una normatividad, dentro de la cual ciertos elementos no pueden "no ser" o "no estar" en el consultorio y; por condicional: Propuesta caracterizada discursivamente por la no urgencia o por la dudatividad de tal o cual acción para el beneficio de la organización. Bajo estas propuestas el "debería" o el "podría", podrían no ser o ser. No se sigue ni está una conducta normativa dentro de estas proposiciones.

6.1 Modificación de la Infraestructura

Como ya se ha aclarado, una de las propuestas que se han generado encuentra su sentido y razón, en una profunda crítica hacia los elementos de infraestructura, que anteriormente han sido criticados indistintamente por todos los estamentos. A partir de dichos elementos se ha configurado una dimensión de propuestas categóricas, que apuntan principalmente al cambio total de infraestructura con la que cuenta el CAE. Se establece de esta manera una ‘normalidad’, es decir, la transformación del espacio para generar condiciones óptimas, que en último caso pueden entenderse como necesarias para el consultorio.

Para médicos así como para profesionales no médicos, consideran que la infraestructura del CAE es algo deficiente, tanto para los pacientes, como para los funcionarios. Tal es la urgencia de lo que plantean que se establece como necesario algo nuevo o rehacer lo que ya existe, es decir, un nuevo comienzo o un nuevo consultorio adecuado para la atención de pacientes, un lugar que cumpla con las necesidades que se presentan hoy y que hoy no se encuentra presente. De esta manera los médicos, señalan:

“(...) desde el punto de vista de la organización lo importante es contar con una infraestructura adecuada (...)”

Se habla desde dos ejes principalmente para obtener un buen resultado. El primero de ellos menciona la falta recursos, lo que se puede apreciar en la precaria infraestructura con la que cuenta el CAE, así se propone de manera categórica que los pacientes necesitan un lugar agradable, con una mayor cantidad de infraestructura tecnológica. Por el lado de la gestión se estima que es necesario un sistema más fluido, en cuanto a la organización, una mayor cantidad de ofertas de servicios, además de un buen ambiente laboral; siempre teniendo en mente y considerando los recursos y las limitantes que son impuestas por los recursos y el contexto dentro del cual se encuentra inserto el sistema de salud chileno, pero haciendo todo lo que se pueda por

los pacientes. Estos ejes o estas dos líneas de proposiciones que se mencionan tienen como finalidad, la que se encuentra explícita en el discurso, de generar una atención de mejor calidad para los pacientes, una atención de calidad como el único fin perseguido por los médicos.

Para la directiva (la médico) frente a estas consideraciones con respecto a la infraestructura considera:

“(...) la gente se merece un lugar mejor. Ni el usuario ni los pacientes merecen estar
hacinados ni el personal muerto de frío, no tiene nombre lo que sucede aquí en el
consultorio”

Una primera lectura que se puede realizar a partir por lo planteado por las directivas es la consideración del CAE como un lugar inhabitable, dadas sus condiciones actuales, pero además de eso se señala que el personal no se merece tales condiciones de trabajo ni el paciente las condiciones bajo las cuales es atendido actualmente. También se menciona que los problemas por lo que atraviesa el CAE, superan a la directiva del consultorio y se hallan en un plano de decisiones dentro del cual se tiene poca injerencia, a pesar de mencionar que lo que viven ‘no tiene nombre’ ni poseen una infraestructura adecuada, estas demandas sólo se plantean de un modo de anhelo o frustración, pero no se menciona la posibilidad de revertir la situación a partir de lo que ellas plantean. En otras palabras, a pesar de ocupar puestos directivos, la toma de decisiones no se encuentra a su alcance o bajo su influencia y, a raíz de aquello se genera una frustración y una demanda constante de soluciones a otro gestor que desaparece en los argumentos, que se puede referir tanto a los directivos del hospital o al ministerio de salud.

Otra de las formas en que se menciona la solución de problemas del CAE, encuentra su sentido en la mención de la modificación de lo existente o espacios que deben ser reparados o priorizados tanto para los pacientes como para los funcionarios. Es una forma de encontrar la solución a los

problemas de infraestructura en soluciones a corto plazo. Considerando esta urgencia y la priorización de las reparaciones es que los auxiliares mencionan:

“yo diría que lo que hay que hacer es arreglo de infraestructura de esas partes, porque acá toda la gente parada, viejitos (...) porque el espacio es chico (...)”

Se menciona en primer lugar las condiciones bajo las cuales los pacientes deben ser atendidos y, en especial el tipo de paciente, ‘viejitos’, que deben lidiar con aquellas condiciones materiales. Surge un aspecto de empatía o preocupación por el otro, tal como se ha mostrado anteriormente.

Al igual que los auxiliares los paramédicos mencionan que lo que se hace necesario es contar con mayores recursos económicos, tanto para la modificación de la infraestructura como para la asignación de más personal:

“con más gente, con mejor espacio, más espacio de infraestructura (...)”

El elemento ‘mayor cantidad de personal’, que aunque no se muestra explícitamente (en el principio de las críticas si aparece) habla implícitamente de la sobrecarga laboral que se provoca en el consultorio y de la inserción de personal para solucionar dicho problema. Por otro lado, pero relacionado con lo anterior los mismos paramédicos señalan:

“(...) me gustaría un salón donde podai compartir un rato, o no a las 10, pero un rato donde te digan sabe que a esta hora todas juntémonos, porque alomejor falta eso un poco”

Se inscribe la cita anterior en dos planos, por un lado se puede hacer la lectura de que es necesario contar con nuevos espacios de infraestructura, pero además de eso se menciona un elemento que no deja de ser interesante, el hecho de ‘compartir’, de generar instancias de conversación y esparcimiento para los funcionarios. Si se toma el reverso, se puede establecer

que estas instancias para compartir son escasas o no existen entre los funcionarios (pares principalmente) por la recarga laboral que afecta a este estamento en especial y por toda la presión recae sobre ellos.

6.2 Una Mejor Gestión

La mejor gestión se establece como una propuesta categórica. Se genera por parte de los funcionarios por considerar a la gestión como un centro desde el cual se deben emerger las soluciones a los problemas de infraestructura y de recursos por los que atraviesa el CAE.

Para los médicos, lo importante y de lo que carece la organización actual, es de soluciones a los problemas que se presentan por la burocracia interna del consultorio, que hace lentos los procesos de atención de pacientes:

“(…) que tenga un sistema fluido de organización desde el punto de vista burocrático
(…) que sea mas fluido, yo esperaría que tenga una organización más eficiente y más moderna (…) con una mayor cantidad de ofertas de servicios”

Se habla desde dos ejes para obtener un buen resultado. El primero de ellos habla de la falta recursos principalmente, los que se pueden apreciar en la precaria infraestructura con la que cuenta el CAE, así se propone de manera categórica que los pacientes necesitan un lugar agradable y una mayor cantidad de infraestructura, por el lado de los recursos (como ha sido mencionado anteriormente). Por el lado de la gestión se estima que es necesario un sistema más fluido, en cuanto a la organización, una mayor cantidad de ofertas de servicios, además de un buen ambiente laboral; siempre teniendo en mente y considerando los recursos y las limitantes que son impuestas por los recursos y el contexto dentro del cual se encuentra inserto el sistema de salud chileno. Estos ejes o estas dos líneas de proposiciones que se mencionan tienen como

finalidad, la que se encuentra explícita en el discurso, de generar una atención de mejor calidad para los pacientes, una atención de calidad como el único fin.

Los profesionales no médicos, por otra parte consideran que la mejor gestión se juega para este estamento en mejoras para el personal, a través de la capacitación principalmente:

“(…) lo más probable es que tengamos también un futuro con un mejor espacio para trabajar y mayor desarrollo en la parte gestión administración y capacitación en la parte personal (…)”

Por otro lado, para los paramédicos la reivindicación que plantean con respecto a la gestión, se sitúa en el plano de recompensas monetarias y el reconocimiento que estas recompensas traen consigo:

“los sueldos, plata y mejoras también en la calidad de la atención para nosotras (…)”

A diferencia de los profesionales no médicos, los paramédicos mencionan aspectos previos a la capacitación, como lo son los contratos, remuneraciones y atención para los mismos funcionarios. Se puede considerar que la gestión para unos y para otros se comporta de manera diferenciada y en base a esta diferencia se establecen las prioridades o las exigencias que se le imputan a la gestión, a los directivos del CAE como a los del hospital.

Vale la pena mencionar que de una u otra forma existe un rechazo y una constante demanda por un espacio de trabajo que cumpla con las condiciones mínimas para los funcionarios como para los pacientes. Todos de igual manera mencionan que la infraestructura es una problema que si ha sido considerado no se le ha dado una solución en cuanto a su modificación (soluciones a corto plazo) como para su cambio total (construcción de un nuevo CAE). Ahora bien, todos mencionan

que es un espacio en franca decadencia, no implica que todos los funcionarios lo signifiquen de la misma manera.

Uno de los aspectos más interesantes, que ha surgido a partir de las propuestas ha sido la consideración por parte de los paramédicos de la falta de espacios para ‘compartir’. Estos espacios que han sido ocupados por el desarrollo y crecimiento del CAE, no han sido considerados por la gestión, todo esto en desmedro de los propios funcionarios, quienes se enfrentan a la sobrecarga laboral y a la presión que reciben tanto de los médicos como por parte de los pacientes. Visto de otra forma, el trabajo se vuelve un mundo demasiado dominado por la racionalidad instrumental y frente a aquella consecuencia, se demanda un poco de racionalidad comunicativa o la generación de lazos asociativos que superen lo meramente técnico y formal.

Pero además de estas propuestas categóricas surge una posición condicional, por parte de la directiva (la médico), quien considera la inyección de recursos como un elemento central para superar la coyuntura por la que atraviesa el CAE, así menciona:

“(...) yo creo que tendría que dar más recursos, gestionar mejor y controlar mejor (...)”

Sobre este punto también menciona la debilidad de la gestión actual, por el hecho de que uno de los elementos que mayormente tensionan las relaciones de la jefatura, es la dependencia de los médicos de los servicios clínicos, no así del CAE. Siendo este elemento uno de los que mayormente influye en la traba de la atención de los pacientes. Pero además de estos elementos se le otorga importancia a la gestión y la inyección de más recursos, considerando un seguimiento de las formas de inversión y otorgar recursos, estableciendo un control eficaz para el buen uso de estos.

6.3 Sobre Calidad

Para los médicos se considera de importancia lograr una atención de calidad, la que sitúan como una meta a la que debería lograr llegar la prestación médica. Así indican:

“calidad tanto para el usuario, en la entrega del servicio y calidad también (...) en el caso de los prestadores que somos nosotros, los médicos”

Es decir, la calidad tanto para los pacientes como para los médicos, quienes son los que desarrollan la atención y quienes se adjudican la atención de los pacientes en su totalidad. Es decir, que la calidad en cuanto a la infraestructura y las instalaciones se ha pensado sólo para un estamento que compone el CAE, en este caso los médicos, desde los cuales se configura un ‘nosotros’ claramente, que además se adjudican la mayor de las importancias en el tema del trato con los pacientes.

Siguiendo con la idea de la calidad, se plantea la necesidad de generar una vinculación de todos los funcionarios del CAE con el tema de la calidad, según lo consideran los médicos:

“(...) uno debiera hablar de cultura de calidad, debiéramos hablar de calidad desde el funcionario que está en la puerta del hospital hasta el director del hospital (...) como se dice una gestión de calidad, una gestión clínica de calidad total (...)”

La calidad se establece de esta manera en tres puntos o en tres partes, cada una de igual importancia. Tres aspectos de la calidad han sido señalados: por un lado los funcionarios, por los cuales se aboga de manera categórica que deben tener y manejar la idea de calidad, y además llevarla a un plano de aplicación; en la gestión misma de la calidad, en la gestión clínica; y en la calidad de las relaciones humanas y en la calidad técnica de la atención.

Los pacientes, tienen y poseen una idea de calidad diferente, es decir, que cada actor posee una mirada diferente del concepto calidad, dependiendo de la posición en la que se encuentre dentro del sistema de salud, por lo cual es un concepto que se construye con el aporte de los diferentes actores. Para los pacientes, lo que se busca es un mayor contacto y el logro de una relación interpersonal más acabada (quebrando la neutralidad valórica y afectiva). Este elemento, quizás se pierda un poco de vista por parte del médico, que entra en contradicción con la relación interpersonal mucho más acabada que demanda el paciente, no tan sólo recibir la aplicación de conocimiento técnico para la solución o la restauración de la salud (para que se reinserte en la sociedad, recuperando su papel funcional en la sociedad). Principalmente estas expectativas se establecen, generando un entendimiento del paciente, por lo cual saber qué es lo que espera se vuelve trascendente, para así contextualizar a este movedizo concepto de calidad.

Otro eje de la calidad se encuentra en la organización. De la cual depende la agilidad de los procesos administrativos, la capacitación, la generación de proyectos, la convicción de que la calidad es el único camino y una reducción de la burocracia. Así para los médicos la calidad pasa principalmente por generar una gestión de los distintos procesos administrativos y médicos, fluidos y sin contratiempos, asegurando así que la organización además se involucre y se envuelva con el tema de la calidad. Pero la organización no es un ente autónomo, está compuesta por los funcionarios, de quienes depende que la organización se supere cada día a si misma.

Los aspectos por los cuales se encuentra amenazado el sistema de salud público y por los que se aboga que se cree toda una cultura de calidad, son la reforma de salud, 'el otro político' y el sector privado, los cuales son sindicados como los principales responsables y de alguna manera los gatillantes para que el sistema de salud mejore. Se consideran estos elementos del contexto, de lo que se encuentra afuera del sistema de salud, pero que presionan, uno directamente y otro de manera indirecta al sistema de salud público, pero además vale la pena agregar todo el influjo y la determinación que tienen los elementos exteriores, como la televisión y el desarrollo de

servicios privados de salud y también el mismo mercado, que de alguna manera ha determinado la venta de un servicio (que es un derecho) a quienes tienen la oportunidad de acceder a él. Esto potencia las falsas expectativas o una sobre dimensión de lo que puede llegar a dar el sistema de salud público, por el hecho de que los pacientes, generan a nivel mental expectativas que superan o que no se encuentran presentes en el sistema de salud público. Así los elementos que están afuera del sistema de salud público terminan situando más adentro de lo que se espera, principalmente en los pacientes (y también en los funcionarios más jóvenes).

6.4 Unión, Lealtad, Compromiso y Reconocimiento

Para los funcionarios, que se encuentran en una posición estamental inferior al interior de la organización, como los paramédicos y el personal administrativo, tanto jerárquicamente como simbólicamente, lo que se espera de ellos a partir de ellos mismos (de los paramédicos y las secretarías), no son elementos que podrían ser considerados técnicos, como la realización de una buena atención (calidad), sino que corresponden a valores y principios generales, como la lealtad, la comprensión o el compañerismo. Para las secretarías y los paramédicos, lo más importante que consideran del resto de los funcionarios es:

“comprensión y lealtad y compañerismo”;
“la unión y la lealtad es lo principal para mí”

Las posiciones bajas dentro de la jerarquía laboral del CAE se circunscriben dentro de principios grupales o colectivos, no siendo así elementos que pueden encontrarse dentro de los dominios técnicos. De esta forma, sus roles se ven reflejados en estas propuestas, por realizar un trabajo poco especializado, bajamente remunerado, poco autónomo y con un bajo estatus. Por lo que demandar principios generales, se superpone a aspectos técnicos para la atención de pacientes.

Por otro lado el personal técnico, los paramédicos, abogan por un reconocimiento a partir de si mismos como importantes. Frente a la falta de aprecio de los otros funcionarios, se genera la desvaloración de si mismos. Esta desvaloración se reconoce a través de una demanda categórica, por otorgarles un mayor reconocimiento, que se demanda en dos sentidos. Por una parte, se exige a los médicos, que los valoren como necesarios, y a la vez posibilitando y realizando las gestiones para su contratación, así señalan:

“(…) que hagan las gestiones para que a uno lo contraten, porque si ellos dicen que necesitan tantos funcionarios bueno, que reclamen, que ellos hagan gestiones, para que uno la contraten alguna vez en su vida”

Se demanda, por otra parte, la gestión no hecha o por hacer del hospital para con los funcionarios. Podemos ver cómo se separa y se expía de las carencias o la falta de contratación a la jefatura del CAE, situando la responsabilidad de dicha situación fuera de ellos, en otro político o gestor, que es indicado como quien decide al respecto (como el Ministerio de Salud o FONASA).

Además, se espera que los médicos consideren la funcionalidad de los paramédicos, reconociendo en ellos actores preponderantes para la atención de los pacientes. Más allá de elementos contractuales o económicos, lo que se espera es la valoración de parte de un otro, en este caso de parte de los médicos hacia los paramédicos, reconocimiento que se puede situar en dos planos, uno, el anteriormente mencionado de la funcionalidad de su labor y por otro lado, el valorar a los paramédicos a nivel individual como personas, lo que reitera la demanda de un trato digno para los paramédicos.

6.5 Seguridad Laboral

La seguridad laboral o más bien la falta de esta, surge como un elemento de importancia para los auxiliares y paramédicos, quienes señalan y ven en la falta de contratación un elemento que juega en desmedro de ellos. Así los paramédicos indican:

“obviamente quiero que me contraten por la seguridad (...)”

Se valora un contrato de trabajo como un elemento que otorga seguridad y estabilidad laboral y del cual carecen algunos funcionarios del consultorio, los que sólo están contratados a honorarios y no son titulares, es decir, cuentan con un contrato indefinido.

Por su parte los auxiliares, mencionan que el tema del contrato para ellos, si es importante lo es más la estabilidad laboral. Para ellos, que llevan más de 25 años trabajando en el CAE, resulta difícil el hecho de plantearse conseguir un nuevo trabajo si es que son cesadas sus funciones en el CAE, por el hecho de lo poco que les queda para la jubilación:

“(...) yo lo único que quiero es que se mantenga el trabajo, porque ya uno está hecho pa esto y uno tiene que terminar sus servicios aquí, uno tiene 49, 50 y uno no puede esperar más. ¿Y adonde después uno va a ir a trabajar?”

Se constituye como un deseo el hecho de mantener el trabajo hasta la jubilación. Los auxiliares, quienes desarrollan tareas menores, por el hecho de tener una especialización menor y casi nula, el panorama laboral ‘afuera’ lo perciben como más difícil y complicado. Es por esto que a pesar de las deficiencias del CAE, consideran necesario mantener su trabajo, sin importar las complicaciones a las que se ven expuestos.

6.6 A Otros Funcionarios

A la hora de hablar de los elementos que podrían ser mejorados para la solución de problemas que se presentan en el CAE, más allá de los problemas de infraestructura o los problemas de gestión, se encuentran los problemas denunciados de unos estamentos a otros, problemas que encuentran sus raíces en el hacer de otros funcionarios.

Para graficar lo anterior, una de las demandas que se establecen entre unos estamentos y otros corresponde, a lo que los paramédicos consideran como uno de los problemas principales para la atención de los pacientes: el atraso y el con cumplimiento de los horarios por parte de los médicos. El tema del no cumplimiento de los horarios de los médicos es el problema mayor o uno de los problemas mayores de los que han sido considerados como temas críticos al que se ven enfrentados los paramédicos:

“(…) lo ideal sería aquí, que los médicos cumplieran sus horarios, y de ahí habrían
cero problemas (…)”

Que los médicos no cumplen sus horarios, es señalado como un aspecto crítico así como de solución. Lo anterior es mencionado como una propuesta, no de forma imperativa o como una orden o lo que debe ser, lo que habla de que hay un resguardo al hablar de los médicos o de las complicaciones de la realización de esta disposición, tanto por parte de la jefatura del CAE cómo de parte los médicos.

De parte de los médicos una propuesta que se establece hacia los paramédicos, es en base al trabajo que desarrollan o el trabajo técnico:

“(…) nos gustaría de repente que el paciente venga un poco mejor
preparado (…)”

Como una forma de establecer un deseo, pero que se encuentra condicionado con ciertas complicaciones por las cuales no se establece como un deseo categórico o como lo que es necesario o lo que se puede llegar a lograr. Implícitamente se reconoce una crítica radical a los estamentos técnicos quienes tienen que llevar a cabo estas labores, porque así como se reconocen ciertas debilidades al mismo tiempo se plantea que estas pueden llegar a ser insuperables por ellos mismos.

De parte de los médicos a los mismos médicos, se establecen dos propuesta, por un lado:

“(…) yo esperarí de ellos que (…) sigan haciendo la pega como la están haciendo pero con la mirada de ofrecerle al servicio público lo mejor que hay en el fondo”

que sigan realizando su trabajo de la mejor manera posible y por otro lado:

“me gustaría que tuvieran mas esperanza de que esto va a cambiar, creemos que va a cambiar, yo tengo la esperanza de que esto va a cambiar en un momento determinado, tal vez eso, pedirle a los colegas confianza”

Se entiende como una forma de manifestar todo el descontento, que se ha provocado en los médicos debido a las situaciones por las cuales han pasado el hospital pero que de manera especial, como se señala, ha golpeado con más fuerza a los médicos. Así se encuentra a un NOSOTROS o una defensa desde el YO de los médicos, quienes son señalados como los más frustrados por las situaciones del CAE y del hospital mismo. Frente a esto surge la valoración del trabajo que realizan, además de la valoración del servicio público, señalándose como una expectativa que ‘sigan haciendo el trabajo como lo están haciendo’. Se habla de un deseo sobre el futuro, pero que señala que hoy en día la labor que realizan es buena a pesar de todas las dificultades con las que se enfrentan, por eso mantener esa actitud es un deseo condicional. Condicional por el hecho, de lo que se mencionaba anteriormente, las frustraciones y las distintas situaciones complicadas con las que se enfrentan los médicos, lo hace plantear de manera condicional, es decir, condicionada la idea de mantener una actitud en el futuro, porque así como algunos se han cansado no es posible establecer como un estado futuro las misma actitud. La frustración se señala como la causa del cansancio de los médicos. Estas frustraciones se manifiestan frente a las carencias y debilidades del sistema público de salud. Y a la falta de respuestas que contribuyan o alberguen una esperanza acerca del cambio de la situación actual. Esto pasa principalmente por una falta de recursos y promesas incumplidas, que generan cansancio y una postura crítica frente al sistema de salud.

6.7 A los pacientes

La empatía expresada por los funcionarios, principalmente por los paramédicos, es un elemento que se destaca dentro de las propuestas, como una exigencia a los pacientes. Si bien se considera que los pacientes siempre piden que los funcionarios se pongan en el lugar de los pacientes, los funcionarios de igual manera consideran que esta situación debe ser recíproca. Sobre este punto el personal administrativo, las secretarías señalan:

“eso a veces uno le pide señora póngase en el lugar de uno, que uno recibe toda la rabia de ellos, pero son pocos los casos”

Para los paramédicos por su parte, esta demanda de empatía se presenta de igual manera:

“como un poquito mas conciente, más comprensivo de repente (...)”

Frente a un paciente demandante, impaciente e impulsivo, los paramédicos quienes reciben y son vistos como el receptáculo de todos los reclamos, plantean la necesidad de que los pacientes sean comprensivos y que al igual que ellos, los pacientes reaccionen de la misma forma, primando la comprensión y el entendimiento antes que la reacción y el descargo.

Para la directiva (profesional no médico) más que exigir a los pacientes cierta postura (como comprensión en el caso de los paramédicos), prima la consideración de lograr satisfacer las expectativas de los mismos y, en base a esto, que los pacientes se retiren satisfechos con la atención recibida. Así mencionan:

“(...) que se vayan satisfechos con la atención. Que se cumplan las expectativas de los pacientes (...) ojala que todos los pacientes se vayan contentos con la atención que se les entrega”

Más que esperar de los pacientes, a nivel implícito es una exigencia para los funcionarios del CAE, por el hecho de lograr que la atención de los pacientes sea de tal manera que estos queden satisfechos con lo que han recibido. Se espera de los pacientes que estén conformes con lo que se les entrego, es decir, no se espera que el paciente venga con una cierta predisposición a, sino que se espera y se les exige a los funcionarios colmar las expectativas de los pacientes, quizás por ser los pacientes usuarios exigentes, demandantes e impacientes por recibir una buena atención. Lo que se busca con la satisfacción de las expectativas de los pacientes, es lograr por un lado brindarles una buena atención y por otro lado generar en los pacientes la certeza y la seguridad que el CAE es un centro confiable:

“(…) que diga voy a volver a buscar la atención porque se que me van a escuchar (…)
por lo menos que tú no lo dejes en la incertidumbre a esa persona (….) que por lo
menos se vaya con una verdad y que no se quede en la duda (….)”

Se menciona a través de los elementos indicados la posibilidad y el deseo de generar certeza, la eliminación de la incertidumbre en los pacientes, con respecto al CAE y a la atención que pueden entregar para los pacientes. Para esto se enfatiza el elemento de la empatía, de ponerse en el lugar del otro, esperando que los funcionarios ‘mi personal’, logren desarrollar la capacidad de la empatía. Generar más que vinculaciones técnicas, lazos de corte afectivos, a pesar de que el cansancio y la recarga de trabajo generan que se pierda el horizonte. Es decir, realizar un esfuerzo extra e ir más allá del cansancio, lograr ser empático a la vez que sobre llevar todo el esfuerzo extra laboral. Lo que resulta interesante es el hecho de no exigir a los pacientes esta capacidad de empatía, siendo que se reconoce en ellos elementos confrontacionales a la hora de ir a recibir la atención.

Para los médicos un elemento del cual carecen los pacientes, intrínseco de ellos, que no se encuentra por ejemplo en la falta de recursos del sector, es su ignorancia o su falta de

conocimiento con respecto a las enfermedades y también se desconocimiento del contexto dentro del cual se inserta el CAE:

“(...) uno quisiera que los pacientes fueran informados, que nos entendieran la información que les damos (...) que comprendieran un poco la labor médica (...) más informados, más ilustrados (...) que pueda conversar más de igual a ti en el tema de la relaciones de enfermedades (...)”

Se espera un paciente más ilustrado, que maneje conocimientos de patologías, para lograr un entendimiento mayor del tratamiento o del diagnóstico que se le está entregando, además de generar un dialogo ‘bidireccional’, dialogo que se configura como una ausencia o carencia del conocimiento por parte de los pacientes, siendo un dialogo unidireccional, receptivo y poco constructivo. Quizás se apele y abogue por una comprensión mayor por el hecho de otorgar mayores responsabilidades sobre las enfermedades a los pacientes, de alguna manera haciéndolos participes del tratamiento y superación de la enfermedad. Por otro lado, se aboga por un paciente que sepa y conozca el contexto en el cual está situado, en el que se desarrolla la medicina pública en Chile. Sobre demandas o expectativas que superan lo que puede entregar es sistema público de salud, lo que puede generar frustración por parte del paciente con la atención recibida, quizás por la sobre valoración del sistema público, lo que puede generar la impaciencia de los pacientes. El desconocer las carencias y querer que sean conocidas por el paciente, trata de contextualizar al paciente dentro de un contexto real en el que se desarrolla la salud. Para así de esta manera no generar faltas expectativas o una sobre valoración de lo que puede entregar el sistema de salud público en Chile.

V. CONCLUSIONES

Una primera consideración que cabe tener en cuenta, se encuentra en lo dicho por los actores participantes de esta investigación. Más precisamente en las diferencias, contradicciones y encuentros en los discursos de los funcionarios del CAE, tanto en los cinco estamentos: auxiliares, técnicos, personal administrativo, profesionales no médicos, médicos y en los directivos. Surge a lo largo del discurso de los funcionarios valoraciones, críticas, explicaciones y propuestas basadas en la experiencia, en su relación tanto con el CAE (materialidad), con los otros funcionarios y con los pacientes. De alguna manera sus historias laborales-personales, que se construyen en su relación con el 'otro' dentro del contexto del CAE, encuentran un punto en común con quienes comparten una misma posición al interior de la organización como estamento. El estamento se encuentra atravesado tanto por la función que desarrolla el funcionario (lo que puede ser entendido como el rol) y por el estatus que le reviste su función (es decir, la posición desde la cual desarrolla su rol), lo que genera que quienes se encuentren en la misma posición y posean el mismo estatus, reaccionen de manera parecida frente a las temáticas abordadas en la investigación (como los recursos y la infraestructura, las cuestiones administrativas, las relaciones entre los estamentos, los pacientes y sus expectativas), lo que no sólo indica sus reacciones frente a estos temas sino que además, muestra sus estrategias, la organización de su vida al interior de la organización y la forma de enfrentar las tensiones que se producen en el consultorio. En otras palabras, la investigación ha sistematizado aspectos de las percepciones de los funcionarios con respecto a la forma en que desarrollan su trabajo y los elementos que influyen (tanto positiva como negativamente) en este, lo que indica la existencia práctica de los discursos de los funcionarios.

Un primer elemento a destacar de la totalidad de los entrevistados del CAE (los cinco estamentos) es su considerable antigüedad laboral, salvo algunas excepciones, los funcionarios

reportan por lo general más de 10 años de servicio. Esta antigüedad laboral, al momento de ser expresada no sólo es contemplada por los años de servicio que los funcionarios reportan en el consultorio, sino que además toman en consideración el trabajo realizado en los servicios clínicos del hospital, con lo cual su antigüedad laboral se complementa y aumenta. A partir de la antigüedad laboral, considerable de los funcionarios, en especial de los paramédicos y los auxiliares, han desarrollado una experiencia laboral que se contrapone al saber académico de los médicos y profesionales no médicos. El saber-técnico se ubica en una posición, que si bien puede ser contrapuesta al hacer-experiencia de los paramédicos, se complementan, por un lado para la atención de los pacientes y por otro lado, para el desarrollo de su función en equipos de trabajo. Un punto a considerar, que se inserta dentro del hacer-experiencia de los paramédicos y los auxiliares, consiste en el desplazamiento de los límites de las funciones, que se origina por la delegación de tareas que son consideradas de menor importancia, baja recompensa, baja autonomía y menor prestigio, a funcionarios de un menor rango, como en el caso de los paramédicos y auxiliares.

A partir de lo anterior, los actores se posicionan para hablar del CAE. Una primera diferencia encontrada en los discursos de los funcionarios se haya, en el tema de la infraestructura. Mientras que para todos los estamentos, la infraestructura es un tema crítico y una de las primeras deficiencias del consultorio, por cada estamento presenta marcadas las diferencias. Para los médicos, la infraestructura choca con el normal ejercicio de su profesión, por la falta de box de atención, pero en cambio para los paramédicos, la relación que mantienen con la infraestructura es más estrecha, debido que ellos se desempeñan durante toda su jornada de trabajo en el consultorio, al igual que las secretarias y los auxiliares. Para estos tres estamentos, antes que para los médicos y los profesionales no médicos, opera lo que ha sido denominado la ‘priorización de los espacios’, es decir, la reducción de los espacios para estos estamentos, lo que se puede observar en la falta de servicios higiénico, camarines o un espacio para compartir. Espacios, que si bien existieron han sido reducidos ante la demanda creciente de pacientes para ser atendidos.

Como señala la directiva que entre la demanda de atención y el crecimiento de la infraestructura hay una gran diferencia, que repercute tanto en los funcionarios como en los pacientes. Y para los profesionales no médicos, el tema de la infraestructura si bien es un tema crítico, la valoran por el hecho del ‘prestigio’ que reporta estar trabajando en el CAE (que pertenece al hospital Gustavo Fricke), existiendo una valoración de aspectos simbólicos antes que de los aspectos materiales.

Una de los elementos que se desprende de las críticas a la infraestructura, es la falta de claridad al respecto de los responsables de las condiciones del CAE. Por un lado se manifiesta que estas condiciones dependen de la cabeza del CAE (para los auxiliares), para otros dependen de la dirección del hospital (profesionales no médicos) y para otros la responsabilidad de las condiciones que presenta el consultorio se hayan en un organismo superior, como es el caso de FONASA o el Ministerio de Salud (otro político), en quienes se depositan, la culpa tanto de las condiciones que presenta el CAE como de la falta de soluciones para los problemas de infraestructura y recursos económicos. Esta falta de soluciones están presentes en los funcionarios, cuando hablan del ‘abandono’ que ha sufrido el consultorio, por las condiciones actuales que presenta. Las condiciones de infraestructura, son diferenciadas por cada estamento, en conjunto las significan como un elemento de potencial peligro, lo que genera un sentimiento de ‘riesgo permanente’, tanto para los funcionarios como para los pacientes.

Una de las dimensiones que han surgido de las ‘cuestiones administrativas’ y que se han perfilado como relevantes, ha sido la sobrecarga laboral, para los paramédicos principalmente. Frente a un contexto marcado con una demanda creciente de atención en salud, con una reforma en salud (AUGE) que incide sobre la estructuración y entrega de prestaciones y, sumado a la falta de recursos, potencian que el personal que trabaja en el CAE sea insuficiente para satisfacer esta demanda. Esto genera la sobrecarga laboral, sobre un estamento en especial, los paramédicos, quienes a pesar de estas dificultades logran la atención de los pacientes. Y si se suma la sobrecarga laboral que se provoca por los elementos del contexto, a la presión asistencial,

principalmente por la acotación de los tiempos de atención (porque los médicos llegan atrasados a atender, no se presentan o porque quieren irse antes) los paramédicos se sitúan dentro de un ambiente con constante presión y exigencias.

Ahora bien, a pesar de lidiar con los problemas antes señalados, no existe por parte de la jefatura un reconocimiento por las labores desempeñadas hacia los paramédicos. Es así como los paramédicos no buscan alcanzar un mayor estatus, pero sí un reconocimiento por las labores que realizan en el CAE. De alguna manera, la falta de reconocimiento social por parte de otros funcionarios (superiores principalmente) y de los pacientes genera en los paramédicos un sentimiento de desesperanza y frustración que se potencia con las condicionales materiales bajo las cuales deben desarrollar sus labores. Esta falta de reconocimiento se juega en dos planos, tanto en el monetario (como una forma de mostrar la relación entre los bajos salarios y la falta de reconocimiento) como en un plano simbólico (el agradecimiento con algo más que una anotación al mérito). Siguiendo esta línea, el reconocimiento es reclamado por el alto grado de compromiso que ellos han desarrollado con sus funciones, con los pacientes y con el consultorio mismo, sindicándose como agentes de importancia para el logro de la atención de los pacientes. Además, frente a los médicos y los profesionales no médicos, indican que sus labores son percibidas por el médico como 'lo que deben hacer' y no existe un reconocimiento o un sistema de recompensas eficiente que retribuya los esfuerzos que ellos realizan.

La infraestructura, así como la sobrecarga laboral y la falta de reconocimiento son elementos trascendentes dentro de lo mencionado por los funcionarios, surgiendo un elemento que puede ser relacionado con lo anterior. No solo la falta de reconocimiento se expresa en una falta de reciprocidad entre lo que entregan los paramédicos y lo que debería retribuir la organización y los pacientes, existiendo un vacío señalado por los mismos paramédicos, como por otros funcionarios como las secretarías y los auxiliares, sino que además en la falta de reconocimiento de los médicos (quienes son indicados como simbólicamente superiores dentro de la estructura

organizacional) hacia el resto de los funcionarios. Esta falta de reconocimiento se expresa en la ausencia de un trato digno para el personal asistencial, quienes señalan muchas veces la ausencia de un trato cordial por parte de los médicos hacia ellos. Sobre este punto es dable mencionar, la forma en como este tipo de trato se ha hecho ‘algo normal’, siendo considerado por parte de los paramédicos, secretarias, auxiliares, directivas (la profesional no médico) como algo ‘natural’ o algo bajo lo cual se han ‘acostumbrado’.

La naturalización de este tipo de trato o la forma natural de una relación arbitraria, es un tema central dentro de la organización del consultorio. Por un lado se encuentra el trato que es recibido por los que son considerados ‘subordinados’, por parte de los médicos, pero por otro lado, se encuentra la tensión que se provoca entre la jefatura del CAE y los médicos. Los médicos, que atienden en el CAE, por lo general también realizan atención de pacientes en los servicios clínicos del hospital, (solo 6 médicos dependen administrativamente del consultorio, es decir, contratados por el consultorio), y al mismo tiempo dependen administrativamente de los servicios clínicos, no del consultorio, lo que ocasiona una tensión entre la directiva del CAE y los médicos. Para ser más precisos esta tensión sólo es percibida por la dirección del CAE, no así por los médicos. De hecho, hay médicos que ni siquiera conocen a la directiva del CAE. Se debe tener un trato especial o hay que tener mucha deferencia para tratar a los médicos, señala la directiva, considerando además, que muy poco se puede hacer al respecto a los atrasos, al horario que cumplen los médicos y quienes sólo atienden pacientes por las mañanas. Esta tensión se intensifica por el lado de una de las directivas, una profesional no médico, quien se presenta incapaz de realizar alguna acción para solucionar los problemas que se presentan con los médicos.

Como ‘burocracia profesional’, es entendido el sistema hospitalario por Mintzberg. El conocimiento y el desarrollo de la función de los médicos en base a este conocimiento, dentro de una organización como la hospitalaria, genera que este estamento pase a tomar un papel de

trascendencia, por el hecho de que es este estamento el que realiza las labores principales al interior de esta organización, por lo cual pasan a tomar una importancia mayor en desmedro de los cuadros administrativos, así como por sobre los otros funcionarios. El mayor estatus es considerado como un elemento normal, por el hecho de su misma cotidianidad, de su habitualidad, transformándose en un elemento legítimo entre los funcionarios. Además el carácter de normalidad se refuerza por la consideración simbólica que se les adjudica a los médicos, en otras palabras esta normalidad se ve reforzada por el estatus de la profesión médica. Esto puede explicar en parte la descarga de las reacciones de los pacientes principalmente en los paramédicos.

La forma que toma la naturalización de estas relaciones artificiales, se genera en dos sentidos, por un lado por la importancia que adquiere el estamento médico dentro de la organización y además, con el estatus que se asocia al ejercicio de su profesión. Sobre este último elemento surge un tema relacionado con las relaciones entre los estamentos, en este caso entre los médicos y el resto de los estamentos. La contraposición entre el cuadro administrativo y los médicos, no sólo genera tensiones a ese nivel, sino que de alguna manera permea al resto de la estructura organizacional. Así se genera una falta de claridad en los liderazgos o en el reconocimiento de los liderazgos por otros funcionarios ajenos al estamento médicos. Tanto para los profesionales no médicos, secretarias, auxiliares y paramédicos, no solo se reconoce en sus jefes del CAE una autoridad, sino que esta autoridad la circunscriben en los médicos. Es en ellos que reconocen elementos tanto simbólicos (como el estatus) como prácticos (su manejo de conocimientos) que generan un reconocimiento social y además, se constituye como una autoridad legitimada, tanto o más que sus jefes directos. Se provoca de esta manera una confusión de liderazgos, la que a medida que baja en la escala laboral, se marca aún más.

De manera general, los liderazgos confusos se presentan desde los médicos a todos los estamentos, pero además de unos estamentos a otros. Los auxiliares, que pueden ser situados en

lo más bajo de la escala laboral del sistema hospitalario, son quienes se ven afectados de mayor manera por estos liderazgos. No sólo deben responder a un jefe directo, la jefa del CAE, sino que además, son fruto del mandato de profesionales no médicos (enfermeras). Subiendo un poco en la jerarquía laboral, tanto las secretarias como los paramédicos, se encuentran en una posición parecida, ellos responden a su jefatura directa, a los profesionales no médicos y a los médicos. Los profesionales no médicos, por otra parte distinguen en los médicos un mandato extra y, los médicos sólo reconocen a su jefe de servicio como su jefe directo (el que se encuentra fuera del CAE).

La falta de liderazgos claros, se relaciona con el desarrollo de funciones que se encuentran fuera de los dominios del estamento. Así los auxiliares, desarrollan labores que no pertenecen a su estricto rol, los paramédicos también salen de su rol para desarrollar otras labores y los profesionales no médicos que deben cargar con el trabajo que a los médicos no les gusta realizar, el llenado de los formularios de atención de pacientes. De alguna manera, el traspaso de tareas propias de cada rol entre los estamentos, marca la pauta para el ‘hacer otras labores’, como en el caso de los auxiliares, que han desarrollado un trabajo que otros estamentos han desechado, como el llenado de formularios en la toma de muestras, que en rigor es trabajo que debieran desarrollar los paramédicos. Lo que marca la sustitución bajo el nombre de ‘trabajo sucio’, por el hecho que corresponde a un trabajo que ha sido desechado por otros funcionarios, por presentarse una baja autonomía, poca especialización (lo que permite su alta sustitución) y poca valoración.

Se produce una tensión entre los esfuerzos que deben realizar algunos funcionarios para poder lograr la atención de los pacientes y las recompensas que reciben. La motivación, pasa a ser un elemento de importancia a la hora de explicar las razones por las cuales los funcionarios desarrollan sus labores a pesar de las dificultades con las que se enfrentan.

Una distinción general entre las motivaciones de los funcionarios se presenta en dos partes. Por un lado se encuentra todo el desarrollo de un conocimiento y la aplicación del mismo,

manteniendo las barreras entre lo meramente técnico y las vinculaciones afectivas y emocionales que se pueden generar con los pacientes. En el caso de los profesionales no médicos como de los médicos, indican y valoran los aspectos técnicos de la atención de los pacientes, así como la calidad técnica como un elemento del cual no se puede desprender la práctica de estos grupos de profesionales, que por lo demás son considerados como el pilar de la atención de los pacientes y el elemento de mayor importancia para el consultorio (tomar en consideración la forma en como se gesta la burocracia profesional) por depender de estos grupos, médicos y profesionales no médicos principalmente la organización hospitalaria. Por otro lado, no sólo se encuentra la motivación en los elementos técnicos, sino que además, en la vocación de servicio y, el desarrollo de su profesión en los servicios públicos de salud, como es el caso de los médicos. De esta manera, se genera una barrera entre la atención propiamente tal, como el ejercicio técnico de la profesión, con las vinculaciones afectivas y emocionales con los pacientes. Estos supuestos de neutralidad (donde prima lo técnico), son lo que los pacientes demandan para una mejor atención, como una relación interpersonal más acabada, tiempo, humanización de la atención entre otros elementos.

Los elementos motivacionales para los otros estamentos, tanto los paramédicos como para las secretarías, se encuentran en su trato con los pacientes, donde se genera la entrega de un servicio y se crea una relación más cercana que con los médicos o los profesionales no médicos. Para los paramédicos, lo que ellos entregan los pacientes pasa a ser un elemento de importancia, como la empatía, el respeto o el agradecimiento hacia las labores desplegadas para la atención de los pacientes. De alguna manera, los lazos afectivos que se generan entre los funcionarios y los pacientes, se circunscriben dentro de esta relación de corte laboral (formal y racional) y además estos vínculos se presentan entre los mismos funcionarios, quienes indican que lo que valoran en la relación con sus pares, son la lealtad, el compañerismo y la unión. Elementos que van más allá de las vinculaciones técnicas entre compañeros de trabajo y que van más allá de la vinculación técnica con los pacientes, presentándose el rescate de los elementos valorativos y emocionales,

que son los rechazados por médicos. De esta manera, los supuestos de neutralidad y orientación colectiva de la profesión médica, para los paramédicos, secretarias y auxiliares, son un elemento de importancia, que se confunden y entremezclan al mismo tiempo con las vinculaciones afectivas hacia los pacientes por un lado y hacia los miembros de sus mismos estamentos por otro lado.

La organización de corte doméstico o los lazos comunicativos, en el caso de los estamentos que reportan un menor estatus dentro de la organización, son la contraparte o el complemento de la relación técnica (formal y racional) para el reestablecimiento de la salud de los pacientes. Este elemento es el que toma fuerza, en el caso de las demandas de los pacientes y es negado por caso de los médicos. La cercana relación que establecen los paramédicos con los pacientes que ante las molestias provocadas por la atención (esperas, aglomeración de pacientes, atraso de los médicos entre otros elementos) encuentran en ellos un '*chivo expiatorio*' para descargar toda su rabia y frustración.

De alguna forma la expresión de los pacientes de sus molestias, es un elemento que cada vez toma mayor fuerza, por el hecho de un marcado un contexto de libre mercado dentro de la sociedad chilena, bajo nuevas condiciones políticas, económicas y sociales (sumado a la influencia de los medios de comunicación). Dentro de este contexto, es que la salud para a ser considerada como un mercancía, como un producto de consumo, ante lo cual se reclama sino se está satisfecho y se exigen derechos. La atención en salud pasa a operar bajo otra lógica, la del 'cliente siempre tienen la razón', con lo cual se provoca la predisposición constante a exigir un mejor servicio (con lo cual los pacientes se vuelven cada vez más impacientes y hasta en algunos casos agresivos).

Muchas de las molestias de los pacientes, como los atrasos de los médicos por ejemplo, no son responsabilidad de los paramédicos ni están dentro de sus posibilidades dar una solución. Sin

embargo, los pacientes, reaccionan contra los funcionarios pertenecientes a este estamento, ante que frente a los médicos. Vale mencionar que dentro del estamento de los paramédicos, se presentan la mayor cantidad de licencias médicas, que pueden ser manifiestas en este estamento, por la sobregarca laboral, que potenciaría el cansancio físico de los funcionarios.

Cabe agregar que las principales expectativas de los funcionarios arrancan de las críticas formuladas a lo largo de la investigación. Así de manera general un aspecto que todos los estamentos critican es la infraestructura con la que cuenta el CAE. Además de la mejora de la gestión de los recursos con los que cuenta el consultorio. Un elemento de importancia radica en las expectativas de los médicos, para quienes el tema de la calidad es central, y luego es clave para mejorar la atención de las personas y el sistema público de salud. Para los otros estamentos, la calidad pasa desapercibida, porque para paramédicos, secretarias y auxiliares, lo que no puede faltar en la organización son las vinculaciones afectivas como la lealtad, el compromiso y el reconocimiento, entre los funcionarios de sus mismos estamentos. Se anhela la seguridad laboral que no se encuentra presente para los paramédicos, quienes no poseen un contrato laboral que les permita gozar de estabilidad laboral y seguridad laboral.

Por otro lado y relacionado con lo anterior se aborda la relación de los elementos teóricos con la dimensión empírica de la investigación, el consultorio. El campo dentro del cual se desarrolla la investigación, posee cinco estamentos, los que serán agrupados en tres grupos, para facilitar el entendimiento de esta dimensión teórica de las conclusiones. Estos tres grupos son: los bajos estamentos (que comprenden a los paramédicos, auxiliares y secretarias), los profesionales no médicos y los médicos.

A partir de lo anterior para entender la posición en la cual se sitúan los funcionarios al interior de la organización y desde la cual surgen sus discursos, es importante posicionarlos. Para lograr este objetivo es necesario hablar tanto de la función que desempeñan como del estatus que le es

asociado a este rol, para lograr un adecuado posicionamiento de los diferentes funcionarios. Así los bajos estamentos se caracterizan por lo general por la realización de tareas menores al interior de la organización, las que se caracterizan por una baja recompensa, un bajo riesgo, una baja autonomía, una menor regulación y una fácil substitución. A diferencia de los profesionales no médicos y los médicos, que realizan labores marcadas por una alta autonomía, una alta recompensa, alto riesgo en los procesos, altos costos en el entrenamiento y una baja posibilidad de substitución. Las características antes señaladas si bien competen tanto a médicos como a los profesionales no médicos, se ajustan en mayor medida a los médicos, debido a que mientras sea más especializado el conocimiento que poseen sobre un área de la medicina en particular más se acentúan las características de las funciones antes señaladas. Cabe recordar que la profesión médica se caracteriza principalmente por la aplicación de un conocimiento técnico y especializado. Las características antes señaladas se ciñen principalmente sobre este estamento, a diferencia de los bajos estamentos que por el desarrollo de una labor poco especializada (lo que la hace fácilmente sustituible), son poco valorados por la organización, porque en mayor medida de los profesionales no médicos y los médicos, de quienes depende el lograr cumplir con los objetivos de la organización.

La funcionalidad de los estamentos al interior de la organización es lo que marca la importancia de estos actores para el consultorio. Esta importancia otorgada a los miembros de la organización (médicos y profesionales no médicos) al mismo tiempo genera la valoración de los otros miembros de la organización (bajos estamentos) como de los pacientes que son atendidos por estos estamentos. Su alto estatus, de esta manera se puede entender por la funcionalidad que prestan para el consultorio, al mismo tiempo que se complementa con la definición de estatus antes propuesta, como el complejo de características individuales que genera una valoración de los individuos o grupos que detentan estas características, como es el caso de los médicos, que se revisten como los responsables del reestablecimiento de la salud de los pacientes.

Conocidas tanto la función que desempeñan los estamentos como el estatus que es adjudicado a cada uno de estos, es posible entender la forma en que opera la distribución de los espacios al interior del CAE. El consultorio posee avanzados deterioros estructurales, lo que ocasiona que los escasos espacios sean distribuidos a partir de la función y el estatus de los funcionarios. De esta manera, los bajos estamentos se ven desplazados, en un proceso que ha sido denominado ‘priorización de los espacios’, en beneficio de los médicos, a quienes les es entregado el espacio para la atención de los pacientes principalmente (funcionalidad de su rol), en desmedro de los espacios de esparcimiento, higiene y aseo de los bajos estamentos.

De la misma forma en que son distribuidos los espacios las labores también son delegadas informalmente. Si bien no de manera manifiesta ni controlada, estas son distribuidas algunas veces de manera diferente a lo que establece formalmente la organización. Estas labores que son delegadas, no son todas las tareas que se llevan a cabo al interior del consultorio, por el contrario, corresponden principalmente a trabajos con una baja recompensa, un bajo riesgo, una baja autonomía, una menor regulación y una fácil sustitución, que son denominados como ‘trabajo sucio’. Sobre los bajos estamentos recaen estas labores, los ‘trabajos sucios’, de los cuales se desligan los profesionales no médicos y los médicos, por el hecho de desarrollar labores especializadas que se caracterizan por una complejidad mayor, sobre las cuales los otros estamentos no pueden tener acceso ni posibilidad alguna de desarrollarlos, lo que se ajusta a la adquisición de conocimiento y un entrenamiento previo que los faculta para el desarrollo de un trabajo técnicamente especializado y con una mayor complejidad.

Al contrario los bajos estamentos desarrollan estrategias que se caracterizan por la adquisición de conocimientos, pero que desarrollan de una manera diferente. La antigüedad laboral es el elemento explicativo de la generación de conocimientos para los bajos estamentos. Es este hacer-experiencia el que se diferencia del saber-técnico de los médicos y los profesionales no médicos, lo que explica la sustitución de los límites de las funciones, es decir, el realizar un trabajo

diferente al que les compete al interior de la organización. Así, los saberes de los estamentos se contraponen y al mismo tiempo se complementan, para el desarrollo de los objetivos de la organización y para el normal funcionamiento de la organización.

El conocimiento que poseen los médicos es lo que posibilita la dependencia de la organización sólo de este estamento. La funcionalidad del desarrollo de sus labores, es lo que genera la autodeterminación de los médicos, en cuanto al mismo desarrollo de sus labores, como la autonomía que reporta su profesión. El consultorio de esta forma se perfila como una 'burocracia profesional', dentro de la cual la importancia que toma el cuadro profesional al interior de la organización, por depender la organización de sus labores para el logro de sus objetivos, genera que este cuadro detente el poder al interior de la organización.

Es así como los bajos estamentos, que si bien dependen administrativamente de la dirección del CAE, responden al mismo tiempo al liderazgo informal de los médicos, quienes no son sus jefes, pero se reconoce en ellos una autoridad digna de ser respetada y aceptada. Esto genera una confusión de liderazgos, que se presenta con mayor fuerza en los auxiliares, en las secretarias y en los paramédicos (bajos estamentos), que dependen no sólo de la administración formal, sino que además reconocen una autoridad en los médicos. En el caso de los profesionales no médicos, que depende de la administración del CAE, se reconoce en menor medida una autoridad de los médicos. Y en caso de los médicos, estos sólo reconocen una autoridad en los jefes de servicio, es decir, en un médico que detenta el mismo conocimiento que ellos.

Sobre esta relación, la de reconocer liderazgos en otros actores, diferentes a los establecidos formalmente por la organización, se inscribe el bajo estatus que reportan los bajos estamentos. Por lo cual se reconocen y aceptan las disposiciones de los otros estamentos sobre ellos. No sólo de los estamentos más altos (en términos de estatus) se reconoce una superioridad por parte de los bajos estamentos, sino que además los pacientes reconocen esta autoridad. Por lo cual los

estamentos bajos, son considerados con un estatus menor por parte de los otros estamentos y además por los pacientes, por lo cual la búsqueda de un reconocimiento, material (monetario principalmente) como simbólico se hace manifiesto, por el hecho de que los sujetos construyen la percepción de si mismos a partir de las percepciones que los demás tienen de ellos.

Esta percepción de los 'otros' sobre los bajos estamentos, es lo que condiciona la predisposición de los actores pertenecientes a este estamento a la constitución de vinculaciones afectivas con los miembros de su mismo estamento. A diferencia de los médicos, que circunscriben sus relaciones afectivas (de amistad principalmente) sobre quienes detentan un mismo conocimiento, es decir, sobre los mismos médicos. Esta vinculaciones afectivas de los bajos estamentos se hacen presentes en las relaciones que mantienen como estamentos y en el desarrollo de sus labores con los pacientes. Un aspecto valorado de parte de los bajos estamentos para con los pacientes es la reciprocidad que se genera en la relación que se establece, de igual a igual, que si bien en la relación que mantienen los médicos con los pacientes no se hace presente, por la neutralidad afectiva y emocional y la orientación colectiva del ejercicio de su profesión, por parte de los pacientes es considerado un elemento que debe estar presente para mejorar la atención que les es entregada de parte de los médicos. Una atención más humanizadora, una relación interpersonal más acabada, mayores tiempos de atención, habilidades interpersonales, entre otros elementos, que necesariamente requieren la vinculación del médico con los pacientes, entran en contradicción los supuestos de la profesión médica.

El hacer formal (racional) del trabajo que desempeñan los bajos estamentos, se encuentra permeado, con elementos de corte afectivos, que se incrustan en dominio instrumental del lugar del trabajo. De esta manera, la organización doméstica se encuentra presente en la organización del trabajo y en el hacer de los funcionarios, como un elemento que es sindicado con una importancia tal como lo son las disposiciones administrativas. Los dominios, el lugar de trabajo y el doméstico, se confunden y nutren mutuamente en el caso de los estamentos bajos, generando

una amalgama que es funcional para el desarrollo de las actividades al interior del consultorio, para la atención de los pacientes como para el desarrollo de relaciones interpersonales con miembros de su mismo estamento.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Allen D., Pilnick A.: “Making connections: Healthcare as a case study in the social organisation of work”. *Sociology of Health & Illness* Vol. 27 N° 6 2005 ISSN 0141 – 9889, pp. 683 - 700
- Bascuñán M. L.: “Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos”. *Revista Médica de Chile* 2005; 133: 11-16
- Canales M. (coordinador editor): “Metodologías de Investigación Social: Introducción a los Oficios”. Lom Ediciones, Santiago, 2006
- Cockerham, William C.: “Sociología de la Medicina”. Pearson Educación, S.A., Madrid, 2002
- Delgado J. & Gutiérrez J. (editores): “Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales”. Síntesis Editorial, Madrid, 1995
- Fernando J. García Selgas: ANÁLISIS DEL SENTIDO DE LA ACCIÓN: EL TRASFONDO DE LA INTENCIONALIDAD. En: Delgado, J. M. y Gutierrez, J. (1994) “*Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*” Síntesis: Madrid.
- Fundación para la Formación de la Organización de Médicos de Cuenca (FFOMC). Curso de Actualización en Medicina General y de Familia. 2º edición.
- Jenkinson C: “Assesment and Evaluation of Health and Medical Care”. Open University Press. Philadelphia, 1997
- Lazarsfeld, P.: “La Sociología en las instituciones”. Paidos, Buenos Aires, 1971
- Lazarsfeld, P., Sewell, W., Wilensky, H. (compiladores): “La sociología en las profesiones”. Paidos, Buenos Aires, 1971
- Leger A.; Schnieden H. & Walsworth J.: “Evaluating Health Services Effectiveness”. Open University Press. Philadelphia, 1997
- Mella, O.: “Metodología Cualitativa en Ciencias Sociales y Educación”. Editorial Primus, Santiago, 2003
- Ministerio de Salud (Agosto, 2006) <http://www.minsal.cl/>
- Ministerio de Salud (2005). “Diagnóstico de la Salud V Región”
- Ministerio de Salud (2005). “Objetivos Sanitarios para la Década 2000 – 2010”
- Mintzberg, H.: “Estructuración de las organizaciones”. Ariel, Barcelona, 1988

- Nancarrow, S. Borthwick A.: Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health & Illness* Vol. 27 N° 6 2005 ISSN 0141 – 9889, pp. 897 – 919
- Parsons T.: “La Estructura Social”. Alianza Editorial, Madrid, 1999
- Ritzer, G.: “Teoría sociológica clásica”. McGraw-Hill, Madrid, 1997
- Rodríguez, Darío: “Diagnóstico Organizacional”. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago, 2002
- Rodríguez, Darío: “Gestión Organizacional: Elementos Para su Estudio”. Ediciones Universidad Católica, Santiago, 2004
- Valles M.: “Técnicas Cualitativas de Investigación Social: Reflexión Metodológica y Práctica Profesional”. Editorial Síntesis S.A., Madrid, 2000
- Van der Zanden, J. W.: “Manuel de Psicología Social. Paidós, Buenos Aires: 1986
- Weber, M.: “Economía y sociedad: esbozo de sociología comprensiva”. Fondo Cultura Económica, México, 1964
- Weisner M., Fajreldin V.: “La sangre rapanui: historia, poder y bioética al nacer del siglo XXI. Aportes para una antropología médica crítica” Congreso Chileno de Antropología, 8 – 12 noviembre de 2004, San Felipe, Chile

ANEXOS

1. Pauta Entrevistas Individuales y Entrevistas Grupales

La pauta se estructura en función de 5 temas principales, desde los cuales se desprenderán los tópicos para la recolección de la información. Estos temas se encuentran relacionados estrictamente como los objetivos específicos de la investigación y tienen como finalidad la recolección de la información de forma coherente y cabal para la investigación.

1. Su descripción:

- _ ¿Quién es?
- _ ¿Cómo llegó?

2. Sobre el hospital:

- _ Fortalezas
- _ Oportunidades
- _ Debilidades
- _ Amenazas
- _ Evaluación del servicio (condiciones del servicio, relación con los jefes, temas de la burocracia y la administración del servicio y su percepción con respecto a los recursos humanos)

3. Relación entre y en los estamentos:

- _ Relación con sus pares equivalentes (con los integrantes de los mismos estamentos)
- _ Relación con sus compañeros pertenecientes a otros estamentos
- _ Relación con sus jefes

4. Sobre las expectativas de los funcionarios:

- _ Lo que esperan de los pacientes
- _ Lo que esperan, desde un nivel mayor (como el estado y el ministerio de salud)
- _ Lo que esperan de la institución
- _ Lo que esperan de sus compañeros de trabajo

5. Calidad

- _ Como un modo de resumen, terminar con una reflexión personal acerca de cómo ellos entienden la calidad de la atención, en términos, del proceso, la estructura y los resultados y, que es lo que se falta o posee el CAE para potenciar la calidad de la atención. **Preguntar explícitamente como la forma en que se dan los puntos 1 a 4 afectan la calidad de la atención.**

2. Descripción de las relaciones, contradicciones y encuentros entre el discurso de los diferentes actores del CAE.

El sentido de la acción y su comprensión juega un rol fundamental para el análisis precedente. Es dar con los esquemas de observación, tal como Luhmann señala, dar con el esquema observador, que como sociólogos podemos proporcionar al ser observadores se segundo orden, y comprender así los esquemas de observación de los diferentes actores de la sociedad (Rodríguez, D.: 1992). En palabras de Weber (1964) que a pesar de transcurrir más de 3 siglos del desarrollo teórico, no deja de ser de uso obligado por los potentes alcances que aún mantiene vigente este análisis de la intención de las acciones de los actores, es lograr la comprensión de la acción de los sujetos, acción que puede ser entendida, al generar tipos ideales de las acciones, como racionales, tradicionales o afectivas; es lograr la comprensión del sentido mentado de la acción. Cabe señalar que los tipos ideales que Weber desarrolló no son inclusivos y excluyentes en sí mismos, por el contrario, Habermas con todo el desarrollo de la comunicación, ha mostrado que estos pueden interactuar entre ellos generando diferentes tipos de acciones y de sentidos mentados de las acciones.

Más precisamente, y ya dentro del terreno del análisis, las formas del discurso (es decir el cuerpo de lo hablado) hacen referencia lo no dicho y a lo dicho, a las formas que toma el habla, es decir, a lo que se hace referencia con cada aseveración u opinión. Por ejemplo, desde qué perspectiva argumenta su posición, administrativa, social, afectiva, relacional, entre muchas otras dimensiones que pueden surgir en el análisis. Estas dimensiones, no son otra cosa que lo implícito, lo que no se dice abiertamente, pero es

lo que le otorga sentido y le proporciona una articulación lógica al discurso de los participantes de las entrevistas.

Para el análisis precedente vale mencionar que se ha organizado de acuerdo a los 'ejes temáticos' de las entrevistas, por ser considerado bajo un criterio personal, de una mayor potencia, al poder comparar (diferencias, encuentros y contradicciones) la forma que tienen de referirse a los diferentes temas los diferentes actores (significación).

1. Consideraciones Previas

1.1 Explicación categorías de respuestas y ejes temáticos discursivos.

Luego de la revisión de las entrevistas transcritas y como una forma de organizar el análisis de los datos (cualitativos) se confeccionó un esquema que permitiera generar un orden y esclarecimiento de las mismas. Dada la cantidad de información se hacía necesario un esquema general que identificara tanto la 'estructura del discurso' (cómo hablan lo que hablan) de los actores como los principales temas, llamado en adelante 'ejes temáticos' de las entrevistas (los principales temas que hablan los diferentes actores).

1.1.1 Ejes discursivos

Previamente hecha la lectura de la totalidad de las entrevistas, se confeccionó un esquema que diera con la 'estructura del discurso' de las entrevistas individuales y grupales. Entiendo como 'estructura del discurso' aquellas unidades transversales que

se pueden hallar de manera general en las entrevistas o en el discurso de los diferentes actores. Esto con la finalidad de generar un orden y un esquema general para la comprensión de las entrevistas.

De esta forma la organización de los discursos de los funcionarios del CAE, médicos, profesionales no médicos, técnicos, administrativos y auxiliares¹⁹ se ha orientado principalmente a través de la detección de las unidades principales del discurso. Una de estas unidades ha sido la 'estructura del discurso' y la otra esta conformada por los 'ejes temáticos' de las entrevistas. La importancia de la estructura de lo que dicen los actores se encuentra en el hecho que es esta estructura la que se encuentra debajo de lo que dicen los entrevistados, con respecto a los 'ejes temáticos'. Más claramente, se ha dado con una organización transversal de los discursos, dentro de la cual han surgido elementos comunes pero que se diferencian por el contenido del discurso, que depende de la posición del actor involucrado en cada uno de ellos. En palabras más simples es la forma que toma el habla y la forma además de diferenciarse con las formas de lo que hablan los otros actores.

Como consideración hay que tener en cuenta que esta estructura se apoya en algo parecido a lo probabilístico, como los tipos ideales de Weber (1964) donde se construye un tipo probable de sujeto (es decir, se reducen las características generales de los sujetos). El mismo principio puede aplicarse en este caso, pero manteniendo las diferencias. La 'estructura discursiva' que se ha construido se presenta en la mayor parte de las entrevistas, y al mismo tiempo presenta una síntesis de las formas que toma el habla de los actores involucrados en el CAE.

¹⁹ Se reconocen como tal estos 5 estamentos que se encuentran presentes no solo en el CAE, sino que además en la totalidad del sistema de salud público. Para los fines del análisis precedente se ha considerado la distinción entre estamentos presentes en la organización, pero junto con estas se ha agregado una categoría no presente de manera manifiesta en el CAE, pero si presente en el discurso de los funcionarios. Se distingue así una sexta categoría, que reúne a los actores que desempeñan un papel directivo dentro del CAE. Estas pertenecen a un profesional no médico y un médico.

Esta 'estructura discursiva' se configura entre los diferentes elementos que se presentan en el diagrama siguiente:



Cuadro N°3: Estructura Discursiva. Fuente: Elaboración Propia.

Se presenta así la articulación del discurso de los distintos actores del CAE, dentro del cual se ha establecido, a partir de un análisis preliminar de los datos, dos categorías principales presentes en el habla de los actores. A continuación se describen y detallan cada una de ellas:

- ❖ **DIAGNÓSTICOS:** Explicaciones que se constituyen como una respuesta a la(s) situación(es) por las cuales atraviesa el CAE, siendo estas positivas como negativas (elemento de juicio de valor), a partir de elementos que interfieren en su beneficio o son considerados como obstáculos para: el desarrollo de los objetivos de la organización, así como para el desarrollo (de tipo, humano, económico, intelectual, entre otros) de quienes componen y llevan a cabo esta labor. De esta manera dentro de los diagnósticos se encuentran presentes otros dos elementos constituyentes de

los diagnósticos de los distintos actores, como son los **juicios** y las **explicaciones**.

Cada uno de ellos se explican a continuación:

- **Juicios:** Diagnósticos basados principalmente en juicios de valor frente a una situación determinada. Como tales, como juicios no se observa en ellos una explicación concreta de una situación determinada, más bien se puede recoger de ellos un estado de animo, que valora o crítica ciertos elementos.
 - * **Críticas:** Se establecen señalando el responsable de tales o cuales situaciones o las consecuencias de las mismas, sin una explicación de fondo o simplemente enjuiciando las mismas. Más bien se articulan juiciosamente, bajo un punto de vista o un juicio frente a un objeto, lo que no determina que estas críticas seas consideras falsas o erróneas.
 - * **Valoraciones:** Al igual que las críticas, las valoraciones caen en los juicios de valor frente a algo o alguien. En este caso se articulan manifestando el agrado o el valor en sí de las situaciones, de las personas o de la institución, lo que no determina que estas críticas seas consideras falsas o erróneas.
 - **Explicaciones:** Se articulan como la contra cara de los juicios. Siendo estos principalmente estados por los cuales se diagnóstica (como una explicación) una situación, determinada del CAE. A diferencia de los juicios, se dejan de lado los juicios, señalando al responsable o las causas de los problemas o de los beneficios del CAE.
-
- ❖ **PROPUESTAS:** Situaciones futuras, siendo estas consideradas bajo imperativos o condicionalidades, que debería o debe ser o tener la organización para el beneficio de

los usuarios, de los funcionarios y de la organización misma. Siguiendo esta línea las propuestas señaladas y la forma de las mismas siempre se han nombrado bajo fines o tintes positivos, nunca con fines negativos. Cabe señalar que la mayor parte de las propuestas se encuentran originadas por las carencias o los elementos críticos con los que cuenta o los que le faltan al CAE, es por esto que estas propuestas se basan principalmente en críticas, las son orientadas con motivos de solución o proposición para la mejora del servicio.

- **Categóricas:** Articulación discursiva de las propuestas de un futuro mejor o más beneficioso para los distintos actores y para el mismo CAE. Siendo estas señaladas bajo un imperativo del “deber ser” o “deber estar”. Visto así cae en una normatividad, dentro de la cual ciertos elementos no pueden “no ser” o “no estar” en el consultorio.

- **Condicionales:** Propuesta caracterizada discursivamente por la no urgencia o por la dudatividad de tal o cual acción para el beneficio de la organización. Bajo estas propuestas el “debería” o el “podría”, podrían no ser o ser. No se sigue ni está una conducta normativa dentro de estas proposiciones.

El esquema que ha sido presentado y definido en cada una de sus partes presenta la potencialidad de recoger la forma, es decir, el modo en que los actores se refieren a los temas (‘ejes temáticos’), siendo esta forma explicativa (en forma de juicios o explicaciones) o en forma de propuesta de manera general. El dar con este esquema preliminar presenta la potencialidad de servir como una guía para los análisis precedentes, además de constituirse como una de las partes de las matrices de análisis.

1.1.2 Ejes Temáticos

Como contra parte, contra cara o más precisamente como complemento de la 'estructura discursiva' se han elaborado, previa revisión de los datos, los 'ejes temáticos' principales o los tópicos de los cuales hablan los diferentes actores. Estos corresponden a los temas transversales que se encuentran presentes en todos los estamentos.

Cabe destacar que lo que cambia y se modifica es el modo y la forma en que se refieren a estos temas transversales. Esto quiere decir que así como se encuentran presentes en cada estamento, los temas no son significados de la misma manera por cada estamento, por el contrario, la diferencia en la significación de cada concepto, palabra o situación de la que se hable, se establece principalmente por la pertenencia a un estamento determinado. Así lo que los médicos consideran como necesario o como crítico no será lo mismo que para los técnicos, siendo que puede tener semejanzas, por ejemplo, desde el lugar desde el cual surge la crítica, como la falta de recursos, pero mantiene una diferencia sobre los aspectos y la forma en que se refiere a estos, más precisamente, quizás la falta de recursos para algunos podría significar la falta de box de atención, mientras que para otros puede significar la falta de reconocimiento por parte de otro gestor (como el Ministerio de Salud) hacia las labores que ellos desempeñan. La forma de referirse a un tema determinado se diferencia discursivamente por cada actor relacionado con un estamento. Es por esto que se ha considerado la categorización por tema y por la forma en que se refieren (articulación del discurso) los distintos estamentos frente a un hecho determinado.

Es así como se ha establecido que los temas principales que son enunciados por los actores son:

- **Si mismos:** hace referencia a lo que los actores dicen en forma de explicación, valoración, crítica y propuesta, de si mismos.
- **Recursos e Infraestructura:** hace referencia a lo que los actores dicen en forma de explicación, valoración, crítica y propuesta, con respecto a los recursos y la infraestructura del CAE.
- **Gestión:** hace referencia a lo que los actores dicen en forma de explicación, valoración, crítica y propuesta, con respecto a temas de orden burocrático.
- **Relaciones Entre Estamentos:** hace referencia a lo que los actores dicen en forma de explicación, valoración, crítica y propuesta, con respecto a los funcionarios superiores, pares y subordinados del entrevistado (organizacionalmente), así como también a los que se reconocen como los superiores (estatus).
- **Pacientes:** hace referencia a lo que los actores dicen en forma de explicación, valoración, crítica y propuesta, con respecto a los pacientes que acuden al CAE.

Han sido estos temas los que han surgido en las entrevistas individuales y grupales. Cabe recordar que estos temas han sido inducidos por una pauta de la entrevista²⁰, pero lo que no ha sido conducido es la forma en que estos son enunciados. La significación, en otras palabras, el discurso que se ha originado a partir de la pauta de la entrevista ha sido algo que han construido los diferentes actores, aspecto el cual ha

²⁰ Ver Anexos, pauta de entrevistas

quedado fuera de las manos del investigador, que por lo demás constituye la riqueza y el sentido de esta investigación.

1.1.3 Matriz de Análisis

A partir de lo anterior se han configurado las matrices de análisis, identificando la 'estructura del discurso' y los principales temas que fueron abordados por los entrevistados²¹ ('ejes temáticos'). De esta forma, a partir de los ejes discursivos que se han presentado anteriormente y junto con los principales tópicos o temas de los cuales hablan los actores se ha configurado la siguiente matriz de análisis:

Tabla N°2: Matriz de Análisis. Fuente: Elaboración propia.

	A SI MISMOS	RECURSOS E INFRAESTRUCTURA	GESTIÓN	A LOS SUPERIORES AL ENTREVISTADO	A PARES DEL ENTREVISTADO	SUBORDINADOS DEL ENTREVISTADO	PACIENTES
CRÍTICAS							
VALORACIONES POSITIVAS							
EXPLICACIONES							
PROPOSICIONES CATEGÓRICAS							
PROPOSICIONES CONDICIONALES							

Esta matriz ha sido la base para el análisis de cada entrevista y entrevista grupal. Se confeccionó una matriz para cada entrevista, pero para realizar un análisis más asequible se redujeron la totalidad de las entrevistas a una sola matriz general.

²¹ Ver Anexos, pauta de entrevistas

3. ¿Quiénes Somos?

El Hospital Dr. Gustavo Fricke del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, atiende las derivaciones más complejas desde los niveles primario y secundario ya que es el Hospital Base del Servicio.

Servicios Clínicos: Medicina Interna, Cirugía Adultos, Cirugía Infantil, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Cirugía Cardiovascular, Oftalmología, Urología, Traumatología Adultos, Traumatología Infantil y Pensionado.

Unidades de Apoyo Diagnóstico: Radiología, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Anatomía Patológica y Medicina Nuclear.

Unidades de Apoyo Terapéutico: Unidad de Emergencia Adultos, Unidad de Emergencia Infantil, Unidad de Emergencia Gineco-obstétrica, Consultorio de Especialidades, UPC Adultos, Anestesia y Pabellones quirúrgicos, kinesiología y Terapia Ocupacional, UTI Cardiovascular, UCI Neonatológica, UCI Pediátrica, Odontología.

Centro de Referencia Nacional para Transplante Cardíaco

El Servicio de Cirugía Cardiovascular (CCV) del Hospital Dr. Gustavo Fricke, constituye un Centro de Referencia Regional y Nacional. La experiencia lograda por su equipo cardiovascular, le permite participar del Programa de Prestaciones Complejas del Ministerio de Salud, ostentando el logro de haber realizado ya dos mil cirugías con circulación extracorpórea.

El CCV está constituido por CCV propiamente tal, el CECATT (Centro de Cardiopatía Terminal y Transplante) y la Unidad de Tratamiento Intensivo Cardiovascular (UTI CV) que es independiente de la UTI general y cuenta con 6 camas para pacientes cardiovasculares médicos y quirúrgicos.

El Servicio dispone de una Unidad de Tratamientos Intermedios (UTIN) con 5 camas sumadas a las 14 camas de hospitalización. Se dispone de 5 pabellones semanales para cirugía con circulación extracorpórea. La actividad quirúrgica tuvo un incremento importante y progresivo a partir del año 1993, período en el cual se comenzó a recibir pacientes derivados desde otros Servicios de Salud primero en forma ocasional y luego permanente. Los Servicios de Salud referentes son Iquique, Antofagasta, Copiapó, Vallenar, Coquimbo, La Serena, San Felipe-Los Andes, Valparaíso-San Antonio, Talca, Llanquihue, Chiloé, Palena y Punta Arenas.

MISIÓN

Somos un establecimiento público que participa plenamente de la Red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, con el compromiso de entregar una atención con calidad, oportunidad, eficiencia y la mejor tecnología disponible, centrados en el enfermo y su familia, en equilibrio con los recursos disponibles. Somos el hospital de mayor complejidad del Servicio, centro de referencia regional y nacional en especialidades definidas, además, de campo docente en las carreras de la salud y en otras disciplinas relacionadas al quehacer hospitalario.

VISIÓN

Queremos ser reconocidos como un Hospital que entregue una atención sanitaria de máxima calidad, oportuna, profesionalizada y coordinada con el resto de la Red de Salud, que persevere en la búsqueda de soluciones innovadoras, constituyéndose en un modelo para el país.

Queremos ser un Hospital Autogestionado en Red, centrado en el usuario, con personal competente y motivado, de trato amable y comprometido con la Misión del Hospital Dr. Gustavo Fricke, con alto desarrollo tecnológico y que responda a las necesidades actuales y futuras, fortaleciendo la relación docente asistencial.

4. ORGANIGRAMA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE 2006 - 2010

