



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA

**Cultura Organizacional en Enfermería del
Hospital Clemente Álvarez**

Angelina Laura Demarchi

Rosario, Agosto 2021

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

**Cultura Organizacional en Enfermería del
Hospital Clemente Álvarez**

**Tesis que para obtener el grado de:
Magister en Administración de Servicios de Enfermería**

Autora: Angelina Laura Demarchi

Director: Dr. Gabriel Aranalde

Rosario, Agosto 2021

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. DESCRIPCIÓN DEL SITIO DE ESTUDIO	10
2.1 Niveles de atención:.....	12
2.2 El Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez.....	13
2.3 Características de la capacidad instalada	14
2.4 Características de los servicios	19
2.5 La Dirección.....	21
2.6 Identificación y caracterización del servicio de Enfermería.	25
3. ESTADO DEL ARTE	28
3.1 En el ámbito internacional	28
3.2 En los escenarios latinoamericanos	30
4. MARCO TEÓRICO	38
4.1 Sobre las organizaciones.....	38
4.2 Sobre el comportamiento organizacional.	41
4.3 Sobre la Cultura Organizacional.....	42
4.4 Niveles de Cultura Organizacional.	47
4.5 Gráfico N°1: Esquema de Niveles de la Cultura Organizacional.....	49
4.6 Elementos de la Cultura Organizacional	50
4.6.1 Prácticas de supervivencia externa	50
4.6.2 Prácticas de integración interna	51
4.7 Sobre el lenguaje	51
4.8 Valores.....	52
4.9 Rituales.....	53
4.10 Clima organizacional	53
4.11 Mitos, leyendas, anécdotas y estatutos.....	54
4.12 Políticas	54
4.13 Creencias arraigadas:	56
4.14 Sobre la administración.....	60
4.15 Sobre la gestión	61
4.16 Sobre el cuidado	62
4.17 Sobre la gestión del cuidado	64
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	66

5.1 Objetivo general:	66
5.2. Objetivos específicos:	66
5.3. Diseño metodológico.....	66
5.4 Técnicas de recolección de datos	69
5.5 Población	71
5.6 Criterios de exclusión	73
5.7 Plan de análisis:	74
5.8 Recaudos éticos	74
6. RESULTADOS	77
6.1 Resultados de <i>Áreas Críticas: Área de Emergencia Primaria</i>	83
6.2 RESULTADOS de Áreas críticas: Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios y Unidad de Terapia Intensiva	94
6.3 RESULTADOS de Áreas de Internación General: Cuidados Intermedios Altos A1 y A 2	105
6.4 RESULTADOS de Áreas de Internación General: Cuidados Intermedios Bajos B1 y B 2	113
6.5 RESULTADOS de: Área de Gestión: Supervisores.....	119
6.6 RESULTADOS de Área de Gestión: Enfermeros Jefes.....	123
6.7 RESULTADOS de: Área Sindical: Delegado Gremial.....	127
7. DISCUSION.....	130
8. CONCLUSIONES	148
9. BIBLIOGRAFÍA.....	155
10. ANEXOS.....	162
ANEXO 1: FACHADAS POR BLOQUES	163
ANEXO 2: PLANO PLANTA ALTA	164
ANEXO 3: PLANO PLANTA BAJA	165
ANEXO 4: ORGANIGRAMA	166
ANEXO 5: Relaciones del poder (visto por los actores)	167
ANEXO 6 ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	168
ANEXO 7 Distribución de la relación espacios enfermeros/médicos.....	169
ANEXO 8: Guía para el Análisis de Cultura (de Schein)	170
ANEXO 9: Resumen entrevistas.....	172

Resumen

Título: Cultura Organizacional en Enfermería del Hospital Clemente Álvarez.

Autora: Licenciada Angelina Laura Demarchi

Director: Dr. Gabriel Aranalde

Lugar y fecha: Rosario, agosto 2021

Introducción: esta investigación describe la cultura organizacional del Servicio de Enfermería de un hospital público de la ciudad de Rosario y su influencia en la gestión del cuidado y del Servicio de Enfermería.

Objetivo: Describir la cultura organizacional en las áreas de internación general y en las áreas críticas del Servicio de Enfermería en un hospital público: Hospital Clemente Álvarez de la ciudad de Rosario (HECA).

Material y Métodos: el estudio se encuadra en un estudio cualitativo evidenciado la realización de un trabajo de campo. Se trabajó con la Guía para el Análisis de Cultura Organizacional de Schein. Para la recolección de la información se empleó la observación, la observación participante y las entrevistas semi-estructuradas.

Conclusiones: la cultura organizacional del HECA influye en la gestión del cuidado y el Servicio de Enfermería, ya que se conforma en una red de vínculos articulados a partir de la conexión con el paciente, de su gestión del cuidado, y en base a conceptos unificadores de emergencia y cuidado. Esto les da la identidad que los une desde los conceptos mencionados.

Palabras claves: cultura organizacional-enfermería-gestión.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a mi familia, por el apoyo constante en las actividades que emprendo y que, sin ese motor, no podría concretarlas: Jazmín, Fernando, Camila, Martina, Chiara, Mila y Cholo y Toby. A mi familia extendida: Graciela, Roberto, Andrea y Walter, Ivo, Bruno, Fabio; Lorena, Nicolás y Fausto y Carlos. A mi familia política: Gladys, Leandro, Paola, Juani, Luana, Silvina, Daniel, Nuria, Valentina, Facundo, Carina, Fede, Franco, María, Héctor y Eve.

Agradecer a mis compañeros/as del hospital, que generosamente, se prestaron a colaborar en todos los sentidos.

A mis compañeras de la Maestría, las cuales considero amigas, por el camino recorrido.

A los profesores que han pasado por mi vida que han aportado su grano de arena en el desarrollo profesional.

A mis compañeros del Instituto por sus aportes valiosos.

A mi director, Gabriel, por su confianza y apoyo constante.

A Analía, por devolverme la confianza y recordarme lo valiosas que somos las enfermeras.

A Graciela, por mostrarme el camino.

A María Isabel, por las palabras.

1. INTRODUCCIÓN

Las organizaciones son un conjunto de personas que trabaja en forma coordinada para cumplir una misión o un objetivo en común. Dentro de esa organización, las personas interactúan, comparten, se relacionan.

Un hospital es una organización y las personas que se desempeñan se relacionan entre sí y crean una cultura. Conocer la naturaleza de la cultura es indispensable para entender el comportamiento humano, puesto que la mayor parte de dicho comportamiento es cultural. La cultura cumple diversas funciones en una organización. Junta las experiencias a través de su historia. Les da un sentido de identidad a quienes forman parte de ella. Proporciona un compromiso con algo mayor que el beneficio de las personas que allí se desempeñan. “La cultura es el aglutinante social que ayuda a mantener unida la organización al proveer estándares apropiados de lo que deben decir y hacer los empleados. Y sirve como mecanismo que da sentido y control para guiar y conformar las actitudes y comportamiento de los empleados” (Robbins, Judge 2009 p. 555).

Con los aportes de la Maestría en Administración de Servicios de Enfermería que propone una sólida formación en administración, organización y planeamiento de los servicios de enfermería y administración de los recursos humanos se plantea el desarrollo de una investigación cualitativa para generar conocimientos con actitudes críticas y flexibles. El propósito de este estudio es describir la cultura organizacional de enfermería del Hospital Clemente Álvarez, en Rosario, Santa Fe, Argentina. Como instrumento de recolección de datos se utilizó la Guía de Análisis de Cultura de Schein. La cultura organizacional puede definirse como:

Un modelo de presunciones básicas desarrolladas por un grupo dado al ir aprendiendo a enfrentarse con sus problemas de adaptación externa e integración interna, que hayan ejercido la suficiente influencia para ser consideradas válidas y en consecuencia, ser enseñadas a los nuevos miembros como el modo correcto de percibir, pensar y sentir esos problemas (Schein, 1988, p.25-26).

La cultura organizacional es un activo estratégico poco estudiado en enfermería y es un elemento de la gestión que no es apreciado dentro del medio.

Gestionar es una tarea que frecuentemente llevamos adelante los que formamos parte de en una organización de salud y tenemos personas a cargo.

“Definir un modelo de gestión involucra definir el Ser, el Hacer y el Estar en una organización...” según Federico Tobar en Modelos de Gestión (2002).

En este trabajo de investigación se pretende describir el sitio de estudio, nos detendremos en el Hospital Clemente Álvarez, realizaremos mediante la observación participante, la descripción del sitio de estudio, y el medio físico donde se desarrollan las actividades: los lugares, la vida íntima del hospital.

Estableceremos una aproximación del estado del arte sobre la cultura organizacional y enfermería dentro de organizaciones de salud como el hospital.

Apoyaremos los conceptos en la construcción de un marco teórico a partir de definiciones de autores reconocidos sobre nociones básicas de organizaciones, cultura organizacional, sus elementos y sus niveles según Schein (1988) como Creencias arraigadas, Valores y Artefactos, además de conocimientos de administración, gestión, cuidado y gestión del cuidado en enfermería.

Presentaremos los resultados in extenso junto a la discusión y las

conclusiones tratando de responder a la siguiente pregunta: ¿La cultura organizacional de enfermería del Heca, influye en la gestión del cuidado y del Servicio de Enfermería?

Con los resultados se propone aportar herramientas que colaboren en la gestión del Servicio de Enfermería.

2. DESCRIPCIÓN DEL SITIO DE ESTUDIO

Para comprender la esencia de la organización que estudiaremos debemos situarnos en la historia que detenta la misma. Hay continuidades históricas que condicionan el presente y que naturalmente construyen a la hora de adoptar medidas o políticas de Salud, para lo cual hay que dar un marco general. Dicho marco nace desde la creación en 1887 la oficina de Higiene Pública dentro de la Municipalidad para asistir a la epidemia de cólera que azotaba a la población con escasas medidas de higiene y sin agua potable. La creciente inmigración y, en consecuencia, el problema de la vivienda, los hacinamientos y las malas condiciones de vida aumentaban día a día. Esta situación provocó epidemias de enfermedades infectocontagiosas que causaron la muerte de centenares de personas. En 1890 la Oficina de Higiene se transforma en la Asistencia pública, cuyo objeto era ocuparse de asuntos relativos a la higiene del Municipio, proveer de asistencia médica a los indigentes y proteger a la clase menesterosa, asegurando atención médica y gratuita. Desde junio de 1898 comienza a trabajar el Hospital Rosario que luego se llamaría Hospital Dr. Clemente Álvarez en conmemoración al que fuera uno de los primeros médicos clínicos, Jefe de Sala y Director. En 1904, el Intendente Santiago Pinasco estableció la forma de atención en los hospitales municipales: los cuales estaban destinados a brindar cuidados de salud a enfermos pobres que debían de presentar certificado de pobreza y a todas las personas que lo soliciten en calidad de pensionistas.

En 1976 se anuncia el proyecto de creación de un Hospital de Emergencias que disponía de 145 camas. El 27 de abril de 1978 se inaugura el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA), recibiendo la estructura de la

Asistencia Pública (también conocida como Hospital Central, que fue demolido). Se proyecta como un Hospital de Emergencia, Trauma y Alta Complejidad Clínico-Quirúrgico, atendiendo a pacientes de la ciudad y la región dando apoyo y sostén al Mundial de Fútbol que ese año se realizó en el país. El Concejo Municipal lo declara como Institución Benemérita en 1997 por su trayectoria notable al beneficio de la ciudad y de sus habitantes. (Oficina de Comunicación Social, 2008).

La política sanitaria trazada por la administración municipal de la ciudad de Rosario, desde hace ya más de 20 años, está establecida como política pública que parte de una concepción de la salud como derecho humano en la de construcción de un nuevo proyecto sanitario. Por tal motivo, trabajar en salud significa en primera instancia trabajar para la construcción de ciudadanía y para que este derecho se haga efectivo.

Estos grandes principios definidos como la universalidad con equidad, la accesibilidad, la gratuidad, la participación, requieren de la construcción de una visión compartida entre todos los actores, individuales y colectivos, en la búsqueda de un significado común a cada concepto o idea que permita una nueva construcción cultural transformadora e instituyente. Entendemos a la equidad en su dimensión más amplia, garantizar la utilización efectiva de los servicios de acuerdo a la necesidad. La participación comprendida como instrumento de democratización de las instituciones necesita de personas que debatan y acuerden dentro de marcos compartidos. (Hacia un Proyecto Sanitario Integral, 2011).

Siguiendo esta política el sistema de salud se re-organizó en distintos niveles de atención, acompañando al proceso de descentralización política y administrativa del municipio con sus efectores en todos los distritos urbanos. La red de los

Servicios de Salud Municipal está orientada a garantizar día a día una mayor calidad de atención, abriendo nuevos recursos de mayor complejidad y al mismo tiempo llegando a lugares más necesitados de la ciudad, donde no están garantizadas las condiciones mínimas para una vida saludable.

La concepción de sus sistemas que trabaja en red, centra sus acciones sobre las necesidades del usuario, y exigió la actualización de conceptos permitidos a la práctica médica. El desarrollo de los servicios de salud se impulsa desde una organización dividida en tres niveles de atención.

2.1 Niveles de atención:

o *El primer nivel de atención:* se constituye así en el espacio de mayor resolutivez y está integrado por los Centros de Salud Municipal.

o *El segundo nivel de atención:* está constituido por tres hospitales: Roque Sáenz Peña, Intendente Gabriel Carrasco, Maternidad Martín y Juan Bautista Alberdi, un Instituto de Rehabilitación (ILAR), Enfermería Domiciliaria y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatoria de Rosario (CEMAR), que es de rápido diagnóstico y resolución. Este se vincula con todos los Centros de Salud de Atención Primaria, distribuidos en los distintos distritos de la ciudad de Rosario.

o *El tercer nivel de atención:* está constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad, estos son: Hospital de Niños Víctor J. Vilela, y el Hospital de Emergencias Doctor Clemente Álvarez.

Esta red se completa con el Laboratorio de Especialidades Medicinales y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES).

El desarrollo de las redes prestacionales desde la concepción por niveles,

fue señalando la necesidad de reforzar una instancia con capacidad de resolución para los problemas que requieran cierto grado de especialización y tecnología, satisfaciendo las necesidades del usuario sin recurrir a la internación.

Se procura de esta manera mantener y reforzar el primer nivel de atención como articulación natural y principal de la población con el sistema de salud, y la optimización del segundo nivel para dar una respuesta más ágil y eficaz.

2.2 El Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez.

Funciona como hospital general de agudos y centro de emergencias y trauma de alta complejidad, con capacidad de resolución de cuadros traumáticos y no traumáticos y de patologías agudas clínico-quirúrgicas. Es reconocido, además, como hospital escuela, ya que interviene en la capacitación de profesionales del área de salud en las distintas disciplinas. Dentro de la administración municipal es un hospital descentralizado que depende de la Secretaria de Salud Pública. Tiene un presupuesto anual fijado por el Poder Ejecutivo Municipal y aprobado por el Concejo Deliberante Municipal.

El 28 de mayo del 2008, tras un largo proceso de trabajo interdisciplinario, se produce el traslado de dicho efector, con un gran orgullo, emociones y diferentes sensaciones por parte de todo el personal del hospital, angustias, nostalgias, preocupaciones, incertidumbres, pero con un gran compromiso y responsabilidad profesional hacia la institución. La mudanza del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez produjo un impacto emocional sin distinción de la antigüedad de los enfermeros/as que se desempeñaban en dicho efector y con predominio de género femenino, establecido mayoritariamente en la profesión. El sentimiento de pérdida, el desprendimiento de cada lugar /espacio físico y sus representaciones

simbólicas, el cambio de modos y hábitos, desde lo subjetivo, tuvieron implicancias físicas, emocionales y sociales (Demarchi, 2011)

Esta organización establece como Misión:

MISIÓN

El Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez brinda atención a pacientes adultos, de la ciudad de Rosario y la región, con patologías de mediana y alta complejidad clínico-quirúrgicas y es referente en trauma y emergencias.

Además, promueve actividades científicas de docencia e investigación, enseñando a formar las futuras generaciones y aportar nuevos conocimientos a nuestra ciencia, apoyado en los valores de transparencia, confianza, idoneidad, compromiso y respeto.

VISIÓN

Sostener una excelente calidad en la atención, con satisfacción de los usuarios y el personal, desarrollando los objetivos planteados, manteniendo buen nivel tecnológico y científico. Utilizar herramientas e indicadores para mejorar la calidad y seguridad para el paciente. Ser una institución de excelencia, reconocida por los ciudadanos, como un hospital innovador y de referencia. (Misión y Visión del Heca](Octubre, 2017)

2.3 Características de la capacidad instalada

Se constituye hoy, en el centro hospitalario de mayor complejidad del área y recibe con el correr de estos años, una creciente población de usuarios de otras zonas vecinas, lo que lo transforma en uno de los principales Centro de Trauma, de Ablación Orgánica y Multiorgánica de la región. En los últimos años y siguiendo

los sistemas modernos de organización hospitalaria, el hospital orientó la internación por Niveles de Complejidad, rompiendo con las estructuras tradicionales por especialidad, dando origen a Cuidados Progresivos como una modalidad adecuada para la resolución de la problemática del enfermo, en forma integrada y multidisciplinaria, aprovechando al máximo los recursos existentes.

Presenta una planta edilicia arquitectónica de excelente funcionalidad, equipado con tecnología de última generación, con aumento de la capacidad de internación especialmente en el área de cuidados críticos.

El nuevo edificio se ha resuelto como un sistema abierto, predominantemente horizontal, con una fachada encristalada con transparencia sobre los 100 metros de frente que dan a la Avenida Pellegrini.

Dos lógicas organizan la estructura del hospital, la de accesibilidad al edificio y la de progresividad de la atención. La accesibilidad en dirección norte a sur resuelve la restricción de las áreas públicas, médicas y de servicio (como se ingresa al hospital). La progresividad en dirección oeste a este en planta baja señala el nivel de programación creciente desde una atención pautada a la demanda espontánea de la guardia (consulta ambulatoria), del diagnóstico, de la cirugía y en planta alta, organiza los grados de cuidados, desde terapia intensiva, cuidados intermedios, hasta internación en bajo nivel de cuidados (como es recorrido de los pacientes y sus familiares).

En el sentido norte a sur (Pellegrini al Pasaje M. Boero) el edificio se organiza en tres blocs (ver plano ANEXO 1):

Circulación Pública: todos los sectores por donde los usuarios circulan con

libertad en planta baja. Allí también se encuentran los consultorios de la emergencia, el sector de guardia, diagnóstico con laboratorio y sala de rayos y área quirúrgica,

Circulación Técnica: es la que corresponde a los médicos y pacientes en camillas, tanto se trate de los pacientes internados que bajan a diagnóstico como de los pacientes como de los pacientes que de cirugía se derivan a las internaciones que están en el nivel superior.

Circulación de abastecimientos y servicios generales.

El criterio de horizontalidad se organiza dentro de los límites de economía de recorridos; es el sistema más natural para resolver los movimientos, permite una imagen urbana más adecuada a esta zona de la ciudad, evitando las grandes alturas y los grandes planos de sombra, reduciendo, así, la monumentalidad del edificio.

Número de camas y distribución: el hospital cuenta con 154 camas, la mayoría de las habitaciones son dobles, las individuales están destinadas a usuarios que necesitan ser aislados, todas tienen baño privado.

En la planta alta (ver plano en ANEXO 2):

El desarrollo de sectores de internación con diferentes niveles de complejidad de la siguiente manera:

Hay 44 camas para cuidados críticos polivalentes distribuidos de la siguiente manera:

✓ Terapia Intensiva dispone de 24 camas, utilizando actualmente 20 camas;

- ✓ Unidad Coronaria cuenta con 10 camas;
- ✓ Sala de Quemados cuenta con 6 camas;
- ✓ Unidad Renal cuenta con 4 camas.

Cuidados Intermedios Altos: Las salas de *Cuidados Intermedios Altos* están destinadas a pacientes que previsiblemente tienen un bajo riesgo de necesitar medidas terapéuticas de soporte vital, pero que requieren más monitorización y cuidados de enfermería que los que pueden recibir en salas intermedias bajas o de menor cuidado o complejidad.

Son generalmente, usuarios estables fisiológicamente y con baja probabilidad de tratamiento activo, aunque posibles de presentar complicaciones que deban resolverse rápidamente.

Se distribuyen de la siguiente manera:

- ✓ Internación Sala A"1" dispone de 22 camas;
- ✓ Internación Sala A"2" cuenta con 28 camas

Cuidados Intermedios Bajos: Las áreas de *Cuidados Intermedios Bajos* son salas de Internación convencional, con controles médicos y de enfermería generales. Son pacientes que están próximos a ser derivados a efectores de menor complejidad o a su domicilio.

Distribuidas de la siguiente forma:

- ✓ Internación Sala B"1" cuenta con un total de 28 camas;
- ✓ Internación Sala B"2" dispone de 29 camas y 3 camas para paciente con aislamiento (respiratorios, oncológicos, inmunodeprimidos)

En la planta baja (ver plano en ANEXO 3):

Área Emergencia Primaria: (AEP) Es el sitio por donde ingresan la mayoría de los pacientes con patologías que requieren internación inmediata, contando con salas de observación para control las primeras 24 horas. Es el lugar donde los equipos de atención resuelven que tipo de cuidados necesita el usuario.

Dispone de las siguientes camas:

4 en el área de Shock Room;

6 en la sala de Triage;

4 en el área post reanimación; con posibilidad de extenderse.

16 camas de observación para mujeres y hombres (internación transitoria, incluye 2 habitaciones de aislamiento);

8 consultorios ambulatorios, para resolución rápida, están habilitados solamente 4 consultorios. Por motivos de reparaciones varias en los sistemas de refrigeración y calefacción central, el área de consultorios se cierra habilitando la sala de espera como recepción y utilizando solo un consultorio. Se realizó un trabajo conjunto para derivar a la población a los centros de menor complejidad y está montado un dispositivo de asesoramiento para lograr este objetivo.

Área de Quirófanos: Cuenta con 6 quirófanos, pero en la actualidad están habilitados 4 quirófanos. Estos cuentan con una alta tecnología en equipamientos, están disponibles de tal permitiendo que puedan realizarse en forma rápida, segura y correcta las cirugías programadas, urgencias y emergencias.

Depende de esta área el Servicio de Video- Endoscopia, donde se realizan

diversidad de estudios no solo de pacientes que estén internados en el hospital, sino también pacientes de toda la red municipal, y pacientes ambulatorios.

Depende de esta área el Servicio de Hemodinamia, donde se realizan intervenciones específicamente relacionadas a la angiografía cerebral y se atienden pacientes de toda la red municipal.

Área de Esterilización: Es un sector amplio con una buena iluminación natural. Consta de un área para el preparado y acondicionamiento del material no estéril, posee estufas y autoclaves de última generación, cámaras de óxido de etileno, un depósito para almacenamiento de todo el material estéril para los diferentes sectores y del área de quirófano.

Área de Diagnóstico: cuenta con resonancia magnética nuclear, tomografía computada, radiología digital, ecografía y eco cardiografía. Además tiene instalado un aparato de Resonancia Magnética nuclear abierto, un tomógrafo helicoidal multislide, tres equipos de rayos digitales y tres ecógrafos. El novedoso sistema de diagnóstico por imágenes, único en la región, permite ver en tiempo real las imágenes que se producen en las distintas áreas del hospital. Estos servicios funcionan las 24 horas.

Área de Laboratorio: Cuenta con modernas y amplias instalaciones para laboratorios de análisis clínicos, bacteriológicos y de anatomía patológica. Se realizan aproximadamente 30230 análisis clínicos promedio mensual.

2.4 Características de los servicios que brinda y de la población que acude al establecimiento

La población que concurre al hospital son adultos a partir de los 14 años de

edad en adelante, de ambos sexos, predominando patologías de urgencia y emergencia, como accidentes de tránsito, heridas de arma de fuego, heridas de arma blanca y traumas neurológicos.

Se reciben accidentes en la vía pública de todo tipo, con o sin cobertura social, de la ciudad de Rosario y Gran Rosario. Además es el centro quirúrgico de referencia en la red, tanto de cirugías programadas: Cirugía General, Neurocirugía, Traumatología, Ginecología, Urología, Maxilo Facial, Vascular Periférica, Plástica y Quemados y Anestesia.

Es importante destacar que dentro de la Red de atención de salud municipal las áreas de Cuidados críticos cuentan con una Unidad de Terapia Intensiva que se especializa en la atención neurointensivista; la Unidad Coronaria para pacientes con afecciones cardíacas y la Unidad de Quemados destinada resolver situaciones de salud con este tipo de pacientes.

A esto se le suma el convenio con la provincia de Santa Fe, el que señala que todo paciente que padezca en la vía pública un accidente de tránsito debe ser trasladado al HECA, tenga o no cobertura social o seguro, luego de su atención primaria el hospital por medio de cuidados progresivos se encarga de su derivación a un centro adecuado para el paciente por su cobertura y posterior recuperación.

No es el único hospital que atiende accidentes de tránsito y otros hechos de gravedad, aunque los pacientes son derivados desde los sistemas de emergencias, según ingresan alrededor del 80 % al HECA, es elegido por sus características de atender en la emergencia en forma rápida y segura según la criticidad brindando una cobertura durante las 24 horas en laboratorio, diagnóstico por imágenes y banco de sangre.

En la actualidad no se les pide a los usuarios colaboración económica de ningún tipo, se les solicita colaboración de sangre de cualquier tipo y factor.

2.5 La Dirección:

La dirección del Hospital ha sido compartida desde sus inicios por médicos especialistas de Clínica Médica, y luego, cambiando el perfil a Emergencias por médicos Traumatólogos y Cirujanos.

El nombramiento del director depende políticamente de la Secretaría de Salud Pública y acompaña al Poder Ejecutivo elegido democráticamente. En dos ocasiones fue compartida por un Licenciado en Enfermería y una Magister en Administración de Servicios de Enfermería. Hace varias gestiones del Poder Ejecutivo que mantiene en el cargo de la dirección hospitalaria el Medico Esp. En Cirugía Néstor Marchetti, actualmente acompaña a su gestión el Medico Esp. En Cirugía Ariel Talarn, Coordinador Asociado el Medico Esp. En Ginecología Mario Nobile, Contadora Pública Silvia Bastus y Jefa de Oficina de Personal Elba Galloso (ver Organigrama ANEXO 4).

En la toma de decisiones en la Institución tiene una gran influencia el poder político y gremial, ya que, en los últimas décadas invertir en el hospital tuvo un gran rédito político, los cargos ocupados en la dirección son puestos políticos, pero no así, los cargos gerenciales del Departamento de Enfermería que son por concurso y de carrera. Hay un incipiente comienzo a realizar lo mismo en los departamentos gerenciales de médicos.

Para lograr la coordinación de la organización, en los últimos años, se ha invertido tiempo y esfuerzo para que la comunicación de los distintos

departamentos y servicios hospitalarios se vuelquen en la dirección hospitalaria y de allí coordinar en forma conjunta todas las problemáticas, conflictos, inversiones, y decisiones a tener en cuenta.

Comités

Existen en la institución diferentes Comités Asesores, constituidos por personal del hospital, que revisten el carácter de ser multidisciplinarios permitiendo el intercambio ideológico, que actúan como consultores y asesores, brindando información al cuerpo directivo de los problemas y las necesidades existentes. Además tienen una tarea educativa, realizan cursos de capacitación para el personal y ayudan a resolver conflictos internos.

Actualmente funciona el Comité de Bioética, el Comité de Control de Infecciones, el Comité de Higiene y Seguridad Laboral, el Comité de Docencia e Investigación Interdisciplinaria, el Comité de Historias Clínicas, la Comisión de Farmacia y Terapéutica, el Comité de Heridas de Arma de Fuego, el Comité de Violencia de Género y Comité de Calidad y Seguridad del Paciente. (Ver Relaciones del poder en ANEXO 5, visto por los actores).

Servicios de apoyo

En el funcionamiento del hospital desempeña un rol fundamental el sector de Farmacia a cargo de una farmacéutica, asegurando la provisión de medicamentos, descartables y prótesis a los diferentes servicios de internación, dichas compras se manejan a través del régimen municipal de licitaciones y compras descriptas en la Ley Orgánica de Municipalidades de la Provincia N° 2756 (Capítulo 8, artículo 4 anexo 2 de licitaciones privadas; artículo 5 para dirección

general de compras y suministros; artículo 8 anexo 5 sobre licitaciones públicas).

Bioingeniería y Arquitectura contribuyen al mantenimiento técnico y edilicio, con respuesta inmediata frente a las necesidades.

La Oficina de Personal, cumple con las funciones de asesoramiento y control administrativo del recurso humano.

La Oficina de Atención al Ciudadano, recepciona los reclamos de pacientes y familiares, brindando información y asesoramiento permanente.

Trabajo Social está coordinado por trabajadores sociales y cuenta con un grupo de profesionales con gran experiencia, que agilizan y asesoran al paciente y a los familiares cuando lo requieren, desempeñando un rol importante en cuidados progresivos al igual que el sector de Auditoría Médica.

El área de Nutrición y Cocina a cargo de nutricionistas, tiene a cargo el control de las dietas, la regeneración y distribución de los alimentos tanto sea para los pacientes como para todo el personal de guardia, como también la preparación y conservación de dietas especiales para los pacientes con ostomas.

El sector de Ropería controla el ingreso y egreso de la ropa del lavadero privado, provee de indumentaria al personal y a los sectores internación, servicios de diagnóstico y quirófanos.

Seguridad y Vigilancia: el hospital cuenta con un servicio de seguridad privada, que se ubica en los ingresos de calle Crespo (ingreso del personal y empresas tercerizadas de limpieza y residuos patológicos, ropería, insumos biomédicos), por calle Vera Mújica (ingreso de usuarios y familiares) y por el ingreso de ambulancias ubicado en calle Crespo, ingreso al Área de Emergencia Primaria

o Guardia. Cuentan con un sistema de cámaras de vigilancia y central de monitoreo en planta baja. Acompaña el sistema de vigilancia municipal que se ubican en las salas de espera frente a los ingresos de los sectores de internación son los encargados de monitorear los horarios de visitas, la cantidad de las mismas en las áreas críticas y orientar a los familiares dentro de la institución.

El hospital cuenta con un destacamento policial ubicado en el acceso de ambulancias por calle Crespo y depende de la Comisaría N° 5, el mismo procede al secuestro de las pertenencias de los usuarios con accidentes en la vía pública, heridos de arma de fuego, heridos de arma blanca y hechos de violencia. El personal de la seguridad privada toma nota de los nombres y apellidos de los ingresos y secuestra las pertenencias cuando no son casos policiales. Debido los frecuentes hechos de violencia contra el personal de salud, se suma a este sistema el personal de Control Urbano que refuerzan los ingresos, sobre todo el de calle Vera Mujica y dependen de la Dirección del hospital.

En los últimos años, funciona una oficina de facturación o control de obras sociales (CUF. –Centro Único de Facturación-) de aquellos pacientes que en la urgencia ingresan al hospital, permitiendo el recupero económico en forma ágil y correcta; depende de una oficina central ubicada en la Secretaría de Salud Pública y cuyos montos se destinan a las diferentes necesidades de los efectores.

El servicio de mucamas está dividido en personal municipal que se encarga de la limpieza de las áreas de internación, la guardia, las áreas críticas, quirófano, esterilización. Este servicio no se encuentra habilitado las 24 hs, sino que se cubren las áreas de mayor complejidad como el quirófano, esterilización y la guardia. Y el personal de limpieza tercerizado que se encarga de los sectores administrativos y

pasillos técnicos hasta las 15 hs.

Cuenta de mensajería hasta las 24 hs. Que recorren los sectores distribuyendo insumos, muestras de laboratorio, material textil y de farmacia.

Los camilleros funcionan las 24 hs para el traslado de pacientes y están divididos por aéreas de internación y diagnóstico por imágenes.

Estas últimas tres aéreas de apoyo están coordinadas por el Coordinador de servicios hospitalarios que depende de la Dirección del hospital.

2.6 Identificación y caracterización del servicio de Enfermería.

El servicio de enfermería, delimitado como referente empírico de este estudio, está organizado por un Departamento de Enfermería que depende de la Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública. La misma fue creada con funciones de Coordinación y Dirección de todos los niveles del área de enfermería, debiendo verificar que se cumplan las políticas específicas fijadas por la Secretaría de Salud Pública, de la Municipalidad de Rosario. (Ver Organigrama en ANEXO 6)

Las características de este servicio son las que se detallan a continuación:

Dependencia funcional: La coordina un jefe de Departamento concursado según estatuto y régimen de concursos vigente y trabaja conjuntamente con la Dirección del hospital. Actualmente en ese cargo se desempeña el Subdirector de la Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública.

Lo integran 7 supervisoras también concursadas y se cubren turnos faltantes con 3 Enfermeras Jefes. Cada supervisora tiene un área asignada para trabajar acompañando de referente al Enfermero/a Jefe de dicha área.

Además existen 10 Enfermeros/as Jefes concursados para cada servicio del hospital.

El departamento de Enfermería tiene a cargo 270 enfermeros de distintos niveles de formación, 15 instrumentadores quirúrgicos y 12 operarios esterilizadores. Sobre el ingreso al hospital: el ingreso se realiza mediante concurso, la Dirección de Enfermería determina, luego de entrevista cuantos ingresa, y dónde. Se los cita y realiza un recorrido por el hospital y se les hace una entrevista donde se presenta el Estatuto: con sus derechos y obligaciones, se les entrega un manual del Comité de infecciones, la ART les da recomendaciones sobre el manejo del peso, diagrama de horario, rotaciones por los servicios (son tres obligatoriamente). Se los presenta al Enfermero/a Jefe y comienzan en un servicio, en general se comienza con los cuidados intermedios bajos.

No cuenta con un presupuesto asignado.

Los sectores que dependen del Departamento de Enfermería:

- ✓ Cuidados intermedios altos: Área de Internación A 1 y A2
- ✓ Cuidados intermedio bajos: Área de Internación B1 y B2
- ✓ Área de Emergencia Primaria
- ✓ Quirófano y Área de Video-endoscopia, Hemodinamia, Diagnóstico por Imágenes.

- ✓ Esterilización
- ✓ Unidad de Terapia Intensiva
- ✓ Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios

- ✓ Unidad de Quemados y Unidad Renal
- ✓ Secretaria del Departamento de Enfermería

3. ESTADO DEL ARTE

Una de las primeras aproximaciones al tema de este estudio fue a través de profesores de asignaturas de diferentes carreras. Una de ellas es la Lic. Laura Vilosio, quien orientó en el concepto de cultura y cultura organizacional además de brindar material bibliográfico. Otra fue la Mg. Marisa Parolín quien asesoró en el concepto de gestión siendo precursora en el estudio de la cultura en el HECA. Se menciona su investigación en este apartado.

A continuación se presentan una serie de investigaciones realizadas en distintos ámbitos tanto de salud como educativos sobre la cultura organizacional con el fin de proporcionar evidencia sobre el estudio de ésta.

Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica a través de diferentes fuentes de información. Además de la búsqueda manual, se consultaron las siguientes bases de datos: PubMed, LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, BVS Biblioteca Virtual en salud (Iberoamericana). Se utilizaron las palabras claves: cultura organizacional/enfermería/hospital. Como criterios de inclusión se añadieron a la búsqueda: antigüedad menor a cinco años, idioma español, inglés y portugués, texto completo. Se excluyeron artículos en otros idiomas y con más años de los estipulados. Se procedió a la lectura crítica, síntesis y clasificación de los artículos que se presentan a continuación.

3.1 *En el ámbito internacional se rescata el siguiente artículo.*

Un reciente artículo publicado por el Instituto Joanna Briggs (Whitcombe, Cooper, Palmer 2016) propone un protocolo para realizar una revisión sistemática

para analizar las relaciones entre cultura organizacional y la salud y bienestar entre el personal de enfermería hospitalaria a nivel mundial, a través de un metodología mixta (combinando técnicas cualitativas y cuantitativas) con el propósito de generar recomendaciones para la gestión y las prácticas organizativas en los servicios de salud en los diferentes contextos.

Los cambios en los patrones de empleo en la actualidad en el campo de la enfermería, se caracterizan por una fuerza de trabajo envejecida, altos niveles de mujeres trabajadoras, trabajos de media jornada y empleo en múltiples trabajos, migraciones internacionales de trabajadores del sur global al norte, en países más desarrollados, y de entornos rurales a urbanos, trabajo flexible y preocupaciones relacionadas con el balance entre vida personal y trabajo.

Este escenario tiene un impacto directo en los sistemas de salud globalmente y conduce a resultados negativos para los pacientes. Por otra parte, está bien documentada la evidencia del impacto en la salud de los profesionales de enfermería en cuanto a las demandas que requiere su trabajo, ya que deben desarrollar múltiples habilidades para hacer frente a su vida laboral, tanto de orden física como mental.

Por tanto para poder evaluar el impacto en la salud y el bienestar, deben considerarse aspectos de la cultura organizacional que comprende factores tales como: liderazgo, management y apoyo, salud y seguridad orientada al clima del lugar de trabajo y características del trabajo.

Los componentes cuantitativos de esta revisión deberían explorar las relaciones entre cultura organizacional y los siguientes resultados enfermería hospitalaria, los cuales pueden ser indicadores de salud y bienestar:

accidentes/lesiones de trabajo tales como pinchazos (needlestick) o cortopunzantes, lesiones musculoesqueléticas, y condiciones tales como dolor de espalda (low back pain), burnout y bienestar general (auto reporte de medidas de bienestar utilizando herramientas validadas) u otros instrumentos creados para reportar medidas de satisfacción, confianza social o sufrimiento psicológico.

Los componentes cualitativos deberán explorar la percepción de las enfermeras hospitalarias en relación al impacto de la cultura organizacional sobre su salud y bienestar: management y apoyo incluyendo liderazgo, ayuda a la supervisión, apoyo al equipo y otras acciones orientadas al clima de trabajo como educación, información, entrenamiento, evaluación del impacto de los cambios en las condiciones de trabajo actuales, características del trabajo incluyendo demandas y carga de trabajo (work-load), índice enfermera-paciente y niveles de dotación de personal.

3.2 En los *escenarios latinoamericanos* cuyos estilos de gestión y liderazgo son similares a los de nuestro país encontramos las siguientes investigaciones.

En el artículo "*Valores y prácticas de trabajo que caracterizan a la cultura organizacional de un hospital público*" (Carvalho MC, 2013) prueban un cuestionario "Instrumento Brasileiro para la validación de la cultura organizacional" en un hospital público del interior de Sao Paulo, clasificado como hospital de alta complejidad perteneciente al Sistema Único de Salud y establecen una relación entre la estructura de la organización y los procesos de gestión y de trabajo y el comportamiento de los trabajadores. Estos comportamientos y prácticas son compartidas por los miembros de la organización y definen normas y formas de organizar el trabajo. Estas prácticas forman parte de la cultura de la organización.

Los autores revelaron con esta investigación que la cultura del hospital estaba relacionada con el modelo de organización y gestión adoptado en el hospital. Los mismos evidenciaron una rigidez en la estructura jerárquica, centralización del poder, competencia entre los enfermeros, incapacidad para trabajar en equipo, desinterés en el bienestar de los enfermeros y en las relaciones interpersonales en una gestión donde no se tienen en cuenta las necesidades de los mismos. Los autores realizan una comparación con las instituciones públicas brasileras donde se evidencian las mismas características: burocratización, autoritarismo y centralización del poder, paternalismo, aversión al emprendimiento y reformismo. También incluyeron el contexto histórico-cultural de la profesión donde se ven marcada por la influencia militar y religiosa.

Los valores y prácticas que caracterizan la cultura de este hospital público brasileros fortalecen la fragmentación del cuidado, dificulta el trabajo en equipo, la atención interdisciplinaria y la calidad de los servicios. Esto provoca desmotivación e insatisfacción laboral, impide el crecimiento profesional y afecta la calidad del cuidado brindado.

Los autores alientan a una transformación en la atención de la salud mediante un cambio en la gestión a través de una gestión compartida, trabajo en equipo teniendo en cuenta todos los actores sociales tanto trabajadores como pacientes, basadas en la humanización de las relaciones y la integridad del cuidado. Siendo los coordinadores y gestores los motivadores del cambio en la cultura organizacional.

La autora (Vázquez Alatorre, 2013), en su artículo *“Interdependencia entre el Liderazgo Transformacional, Cultura Organizacional y Cambio Educativo: Una*

Reflexión” presenta una revisión del estado del arte respecto a las investigaciones realizadas sobre el liderazgo transformacional, la cultura organizacional y su relación con el cambio educativo. Realiza una construcción sobre el liderazgo transformacional y las características del líder, mientras que lo relaciona con la cultura organizacional y el cambio educativo. Menciona que en el contexto de la cultura organizacional el liderazgo ha sido muy poco estudiado en los ámbitos públicos. Y propone abrir líneas de investigación que exploren los vínculos complejos entre el liderazgo transformacional, la cultura organizacional y el cambio educativo

El artículo de revisión de la literatura sobre la *“Cultura organizacional: evolución en la medición”* de Cújar Vertel y colaboradores (2013), revisan el concepto de cultura desde 1970 al 2010 a través de los autores más destacados y demuestran que mientras fue evolucionando el concepto fue cambiando la forma de medir la cultura organizacional. Para ello dividen el universo en dos grandes muestras: la del paisaje de los estudios internacionales y los estudios latinoamericanos. Dentro de los estudios internacionales se midieron instrumentos en diferentes comunidades, compañías, universidades, constructoras, empresas de maquinarias, de construcción, institutos de educación y hospitales. Dentro de los hospitales rescatamos los aportes de Mosadegh en un estudio de hospitales de Irán quien se refirió al impacto que tienen los valores culturales sobre el éxito de la implementación de programas de gestión en calidad total y recomendó que antes de implementar un programa de calidad se analicen los valores culturales y el enfoque de calidad. También rescatamos el aporte de Bellou en Grecia, referido a identificar las dimensiones de la cultura en los hospitales públicos de dicho lugar,

donde se obtuvieron que las características prevalentes fueran la atención al detalle, los resultados y la orientación del equipo y que dichos resultados variaban según la edad, el puesto y la titularidad de los empleados. Otro aporte de Casida y Pinto-Zipp sobre el liderazgo que ejercen las enfermeras jefes están asociados a la cultura organizacional y a los resultados de un trabajo efectivo y la capacidad de equilibrar la relación estabilidad y flexibilidad en sus unidades. Dentro de los estudios latinoamericanos se midieron instrumentos en empresas, escuelas públicas, diferencias entre empresas nacionales y multinacionales, institutos que agrupaban docentes universitarios, sector hotelero, empresas de energía, empresas de diferentes sectores: servicios, industrial, construcción, salud, comercial y financiero rescatando los aportes y progresos que han realizado autores latinoamericanos sobre contextualizar la medición de la cultura.

Los autores llegan a la conclusión sobre un consenso en el concepto de cultura organizacional y a la necesidad de ajustar y construir las herramientas necesarias para medir la misma y adaptarlas al contexto, además de seguir trabajando para construir las relaciones que tiene la cultura organizacional y cómo puede afectar al comportamiento de la organización y el cumplimiento de los objetivos organizacionales.

En México, Villarreal Solís; Villarreal Solís y Briones Salinas en el artículo *“Diagnóstico de la Cultura Organizacional en un Hospital de Zona en Durango”* (2012) realizaron un diagnóstico de la cultura organizacional actual y deseada, en donde, tanto el personal como los directivos del hospital coinciden en lo estructurado de la cultura actual, si bien las organizaciones no presentan culturas puras pero si en dominancia; este hospital posee una cultura jerárquica. El deseo

es que se transforme en una cultura de clan, enfocado hacia las personas, valorando la flexibilidad y la colaboración. Los autores plantean la necesidad de un cambio en la cultura de la organización y la necesidad de realizarlo a través de motivación, trabajo en equipo reconocimiento, responsabilidad y corresponsabilidad. Sin embargo el cambio de la cultura no se garantiza mediante estas técnicas y tampoco lo demuestran en este estudio descriptivo.

Si bien la investigación a la que se hará referencia es del año 2003, se considera relevante ya que se realizó sobre el hospital en estudio. *“Identidad y cultura organizacional. Aplicación a una organización pública de salud”* por Serlin, Dubois, Morbelli, Parolin y Rodríguez Garay emplean la definición de cultura organizacional de Schein y exploran variables multidimensionales para enfrentar un problema tan complejo, valiéndose de determinados indicadores como el clima organizacional, los valores organizacionales, las presunciones básicas, normas, interacciones, símbolos, medios físicos, subculturas. Realizan un diagnóstico de los factores culturales del Área de Emergencia Primaria (Guardia) del Hospital Dr. Clemente Álvarez utilizando la etnometodología como enfoque metodológico en una investigación explicativa-descriptiva. Relatan suposiciones básicas compartidas donde lo primero siempre es el paciente, donde la solidaridad es el valor común compartido en situaciones de emergencia, donde se comparte el valor del compañerismo, donde se visualiza la responsabilidad y la pertenencia en el momento de asistir al hospital en casos de emergencia grave o catástrofe a pesar de no estar programados, donde se transgreden reglas establecidas para cumplir con el trabajo y sacarlo adelante.

En otra investigación realizada en 2005 *“Identidad y cultura. Análisis*

comparativo de la cultura en diversas organizaciones del sector público” por Helman, Serlin, Dubois, Morbell, Parolin, Rodríguez Garay realizan un análisis comparativo entre las culturas de organizaciones identificadas como burocracias profesionales pertenecientes al sector público. Y utilizan como base de comparación la cultura de la Facultad de Ciencias Económicas y Estadística de la U.N.R con el trabajo ya realizado en el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez. Se centran en la Escuela de Administración de la Facultad utilizando la etnometodología como enfoque metodológico en una investigación explicativa-descriptiva. Describen las características culturales de la organización educativa con un análisis del liderazgo utilizado. Marcando diferencias respecto a la organización hospitalaria respecto a los usuarios que manejan, en el caso de la Universidad son jóvenes que producen una relación diferente entre docente-alumno y personal de salud-paciente. Tienen un ritmo de actividad discontinuo a diferencia de los hospitales que tienen una actividad permanente y continua. Y uno de los rasgos es que la Universidad tiene una clientela forzosa ya que es obligatorio pasar por las aulas para obtener un título mientras que los hospitales no buscan tener una clientela cautiva sino lo opuesto. Ambas organizaciones no son sistemas triviales sino complejos que no se adaptan al contexto sino que se relacionan con el mismo en mutua modificación. El análisis de dicha investigación permite analizar similitudes y diferencias con respecto a la cultura organizacional del hospital.

En su tesis de Maestría, Marisa Parolín (2009) sobre *“Cultura organizacional y estilos de gestión en organizaciones de salud”* muestra comparativamente los estilos culturales y como inciden en los estilos de gestión de dos organizaciones pertenecientes a la red de salud pública de la Municipalidad de Rosario, el Hospital

de Emergencias Dr. C. Álvarez -HECA- y la Dirección de Atención Primaria de la Salud -A.P.S.- correlacionando cultura y gestión. Para el Hospital el rasgo de identidad que identifica su cultura organizacional es el modelo curativo, restaurador de la salud, el paciente es un sujeto pasivo. Los valores muestran que se privilegia la rapidez en la atención. Para los Centros de Salud el rasgo de identidad que identifica su cultura organizacional es el modelo preventivo, de promoción de la salud concibiendo al paciente como sujeto integral. Los valores muestran que sus principios claves son la participación y el consenso y la equidad. Ambos comparten la eficacia, la eficiencia y la calidad de atención. También menciona subculturas diferentes pero en respuesta a objetivos comunes. La gestión también tiene sus diferencias entre ambos manifestándose en el Hospital como la toma de decisiones es rápida y menos consensuada, la comunicación es más formal y el trabajo en equipo se fomenta para resolver situaciones complejas, el liderazgo es autoritario mientras que en los Centros de Salud la toma de decisiones es participativa y horizontal, al igual que la comunicación y el trabajo en equipo es el eje, el liderazgo el participativo. La autora concluye que ambas organizaciones poseen fuertes culturas que influyen en los estilos de conducción y a su vez, se produce una inter influencia entre estos estilos que modifican la cultura de las mismas.

En síntesis, los antecedentes vistos, evidencian que la cultura organizacional (CO) en los hospitales se relaciona con el modelo de organización y gestión adoptada; demuestran la necesidad de ajustar y construir herramientas necesarias para medirla y adaptarla al contexto e influye en la gestión y el liderazgo que las personas ejercen. En el sitio de estudio (HECA) se han investigado los factores culturales del Área de Emergencia Primaria (Helman, 2005). Este hallazgo permitió

desarrollar la comparación con la Universidad y con la Dirección de Atención Primaria de la Salud.

Luego del contacto con el concepto de cultura organizacional seguimos avanzando en nuestros interrogantes y nos preguntamos: ¿la cultura organizacional de enfermería del HECA influye en la gestión del cuidado y del Servicio de Enfermería?

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Sobre las organizaciones.

Las organizaciones constituyen una parte fundamental de la vida humana y son parte de las sociedades modernas. Son sistemas sociales que abarcan muchos subsistemas relacionados, de los que apenas uno es el de las relaciones humanas y sociales. Las organizaciones son fenómenos complejos y paradójicos que pueden entenderse de muchas maneras diferentes.

Según Morgan (1991), las organizaciones pueden ser comprendidas a través de metáforas, y utiliza este recurso como habilidad para ver los diferentes aspectos que pueden coexistir de modo complementario y paradójico. Según este autor, las organizaciones pueden ser comparadas con máquinas y este estilo de pensamiento se sostiene con el desarrollo de la organización burocrática donde los directivos piensan como máquinas, tienden a gestionarlas y diseñarlas como piezas de relojería donde cada parte tiene definido su rol dentro de la función del conjunto. Otra idea es pensar en las organizaciones como organismos. Esta metáfora sostiene su atención en la comprensión y gestión de las necesidades organizacionales y las relaciones con el entorno. Se puede ver las diferentes especies y el ciclo de la vida de una organización: nacer, crecer, desarrollarse y morir y cómo se adaptan al entorno cambiante. Esta perspectiva ha contribuido a las teorías de la dirección moderna. Otra metáfora es entender a las organizaciones como cerebros, dando importancia al proceso de la información, al aprendizaje y a la inteligencia procesando la información y diseñando la auto-organización en un diseño flexible e innovador. Una metáfora que explora es la idea de organizaciones

como culturas donde las ideas, valores, normas y rituales y creencias sostienen las mismas como realidades sociales y donde esos valores guían la vida organizacional. Otra metáfora que utiliza es la política donde muestra las organizaciones como sistemas de gobierno en los cuales diferentes conjuntos de intereses, conflictos y juegos potenciales forman parte de la vida de la organización. También se puede desarrollar la organización como prisiones psíquicas, instrumentos de dominación y como flujo de cambio y transformación.

Presentar estas metáforas nos invita a pensar en un amplio abanico de ideas y perspectivas, que no son exhaustivas, sino que señalan un modo de análisis y comprensión de las realidades organizacionales. Vivimos en un mundo complejo donde para resolver los problemas de las organizaciones necesitamos soluciones concretas, y donde no siempre, se analiza esta complejidad.

Según Rodríguez (2007), una organización es un sistema social, y, como tal, es un sistema de autogeneración de decisiones. Es decir, que se trata de un sistema que produce en su operar los elementos que lo forman. Una organización está constituida como una red de decisiones que produce las decisiones que la constituyen. Las mismas están constantemente sufriendo perturbaciones en su relación con el ambiente y el entorno genera cambios en las estructuras de la organización. Sobre todo, hay que tener en cuenta que en ellas participan seres humanos completos de modo tal, que su comportamiento no es del todo predecible ni planificado. La relación de los seres humanos en los procesos psicosociales, tanto grupales como individuales, contribuye a modificar el devenir organizacional, y constituyen una parte de él.

Según Hall (1979) la organización es una colectividad con límites

relativamente identificables, con un orden normativo, con escala de autoridad, con sistemas de comunicación y con sistemas coordinadores de alistamiento; esta colectividad existe sobre una base relativamente continua en un medio y se ocupa de actividades que, por lo general, se relacionan con una meta o un conjunto de fines.

Para Schein (1982) “una organización es la coordinación planificada de las actividades de un grupo de personas para procura el logro de un objetivo o propósito explícito y común, a través de la división de trabajo y funciones, y a través de una jerarquía de autoridad y responsabilidad” (p. 14).

Chiavenato (2004) propone que la organización es un conjunto de personas que actúan juntas con una división lógica del trabajo para alcanzar un objetivo común. Y plantea que hay ciertas cosas que esperan las personas de la organización como un lugar excelente para trabajar, reconocimiento, recompensas, salario, prestaciones e incentivos, posibilidades de crecimiento, educación y carrera, participación en las decisiones, libertad y autonomía, apoyo y soporte, liderazgo y asesores, empleo, y ocupación, camaradería y compañerismo, diversión, alegría y satisfacción, calidad de vida en el trabajo. Así como las organizaciones esperan de las personas: un enfoque en la misión de la organización, visión de futuro, enfoque en el usuario, en las metas y los resultados, en las mejoras y el desarrollo continuo en el trabajo participativo en equipo, compromiso y dedicación, talento y habilidades y competencias, aprendizaje y crecimiento profesional, ética y responsabilidad.

Para establecer la influencia, según este mismo autor, que las personas o grupos ejercen en las organizaciones, así como la influencia que las organizaciones

ejercen sobre las personas y los grupos es que se estudia el comportamiento organizacional; cómo interactúan las personas entre sí en una organización y con la organización misma.

Hay una definición que aporta el profesor Rodolfo Escalada (2005) sobre institución y organización que es necesario contribuir para la comprensión del tema brinda un significativo aporte al deslindar y articular Institución y Organización:

Una Institución es un nivel de la realidad social que define cuanto está establecido.

“Se relaciona con el Estado que hace a la ley y, desde este punto de vista, no puede dejar de estar presente en los grupos y las organizaciones... Estos efectos permiten comprender lo instituido como aquello que está establecido, el conjunto de normas y valores dominantes así como el sistema de roles que constituye el sostén de todo orden social. La fuerza instituyente que triunfa se instituye, y en ese mismo momento, por el simple efecto de su afirmación y consolidación, se transforma en instituido y convoca a su instituyente. Las instituciones, caracterizadas de esta manera, son abstracciones. Las organizaciones son su sustento material, el lugar donde aquellas se materializan y desde donde tienen efectos productores sobre los individuos, operando tanto sobre sus condiciones materiales de existencia como incidiendo en la constitución de su mundo interno. Las organizaciones, desde este punto de vista, son mediatizadoras en relación entre las instituciones y los sujetos” (Schvarstein, 2003, p.26 y 27).

4. 2 Sobre el comportamiento organizacional.

Para Dubrin (2003) el comportamiento organizacional es el estudio del

comportamiento humano en el lugar de trabajo, la interacción entre las personas y la organización y la organización misma. El comportamiento de las personas es complejo y depende de factores internos como diferencias individuales: talento, habilidad, estilos de liderazgo, contacto, compromiso y lealtad, autoestima; habilidad mental: inteligencia, comprensión verbal, fluidez verbal, memoria, velocidad perceptiva, razonamiento inductivo y personalidad: patrones de conducta, extroversión, estabilidad emocional, compatibilidad, inteligencia emocional. Y de factores externos como sistemas de recompensas y castigos, factores sociales, políticos, cohesión grupal, presiones del jefe, influencias de compañeros de trabajo, cambios tecnológicos, presiones familiares, programas de capacitación y desarrollo y condiciones ambientales.

Dentro del análisis del comportamiento organizacional hay particularidades propias, modos de conceptualizar el trabajo, la verdad, lo bueno, lo malo; formas de trabajar que constituyen una identidad propia y que forman parte de la cultura de la organización.

4.3 Sobre la Cultura Organizacional.

Varios autores describen el concepto de cultura organizacional. Todas las teorías consultadas alrededor de este tema coinciden en que la cultura surge como la combinación e interrelación de distintos elementos. Se señalan a continuación los autores cuyos postulados se relacionan con esta tesis.

Las organizaciones poseen una cultura que le es propia: un sistema de creencias y valores compartidos al que se apegan los elementos humanos que las conforma; el conjunto de normas, hábitos y valores que practican los individuos de

una organización, y que hacen de ésta su forma de comportamiento. Este término es aplicado en muchas organizaciones, y por tanto en los hospitales o cualquier organización de salud debería tenerse en consideración (Ríos Reyes, 2004).

Para Chiavenato (2004) “la cultura organizacional representa las normas informales y no escritas, que orientan el comportamiento de los miembros de una organización día con día y que dirigen sus acciones con el propósito de alcanzar los objetivos de la organización” (p.143). Es algo intangible. No es posible percibirla ni observarla en sí, sino sólo por medio de sus efectos y consecuencias. Lo compara con un iceberg. En la parte superior, están los aspectos visibles y superficiales que se observan en las organizaciones y que se derivan de su cultura. En la parte inferior están los aspectos invisibles y profundos, aquellos más difíciles de observar y percibir. En esta parte están los derivados y los aspectos psicológicos y sociológicos de la cultura. La comparación del iceberg tiene una similitud para comparar la cultura organizacional con los estratos o dimensiones de la misma. Los estratos superiores corresponden a la punta del iceberg mientras que los inferiores son la base. Los cuales se encuentran más arraigados dentro de la organización y son los más difíciles de medir y también los más difíciles de cambiar.

Estratos (adaptados de Chiavenato) (p.126)

Artefactos: son los que caracterizan físicamente a la organización y está compuesto por los aspectos físicos y concretos, ellos son la tecnología, terrenos e instalaciones, productos y servicios.

Patrones de comportamiento: se refiere a las tareas, procesos de trabajo, normas y reglamentos. Y están en el peldaño siguiente al anterior.

Valores y creencias: se refiere a lo que las personas dicen o hacen todos los días y las filosofías, estrategias y objetivos.

Supuestos básicos: se refiere a las creencias inconscientes, percepciones y sentimientos; concepción de la naturaleza humana y supuestos predominantes. Es el estrato más profundo y el cambio cultural más difícil y problemático.

Robbins (2009) plantea que: “La cultura organizacional se refiere a un sistema de significados compartidos entre los miembros de una organización y que distingue a una de las otras” (p.551). Sostiene que la cultura opera como un mecanismo de control y de sensatez, guiando y moldeando las actitudes y el comportamiento de los empleados. El autor destaca que la cultura juega un papel de definición de fronteras; esto es, se distingue de las demás; además, transmite un sentido de identidad a los miembros de la organización, facilita la creación de un compromiso con algo más grande y elevado que el interés personal del individuo e incrementa la estabilidad del sistema social. “La cultura es el aglutinante social que ayuda a mantener unida la organización al proveer estándares apropiados de lo que deben decir y hacer los empleados. Y sirve como mecanismo que da sentido y control para guiar y conformar las actitudes y comportamiento de los empleados” (Robbins, Judge 2009 p. 555).

Según Dubrin (2003) “la cultura organizacional es un sistema de valores y creencias compartidos que influyen en el comportamiento del personal” (p. 277). Tiene factores determinantes: responde y refleja las decisiones, patrones de conducta y prejuicios conscientes e inconscientes. Y posee dimensiones: como valores, historias organizativas que tiene un significado subyacente, mitos, grado de estabilidad, distribución de recursos, premios, ritos y rituales.

Para Albrecht (1995) la cultura de la organización es tomada de la definición brindada por Deal y Kennedy...“es el modo como hacemos las cosas aquí”. Pero hace alusión a una definición más técnica y orientada al servicio “una cultura es un contexto social que influye sobre los modos que se comportan y relacionan las personas” (p. 182). Y describe una serie de características que reúne una cultura de servicios como la visión, lo que enseñan los ejecutivos, el modelo gerencial basado en que el cliente está primero, servicio de calidad y recompensa por el mismo.

Cameron y Quinn (1999), postulan que “las culturas definen los principales valores, asunciones, interpretaciones y abordajes que caracterizan una organización” (p. 16). Se forman particulares tipos de culturas en función de las características predominantes. Estos tipos de cultura dominantes hacen que una organización sea más estable y consistente. Sin embargo, muchas veces las organizaciones necesitan cambiar sus culturas para poder responder a las demandas de los tiempos.

Para Schvarstein y Etkin (1989) entienden como “cultura organizacional los modos de pensar, creer y hacer cosas en el sistema, se encuentren o no formalizados” (p. 201). Sostienen que los modos sociales están establecidos y son aplicados por los participantes mientras pertenecen a los grupos de trabajo, incluyendo formas de interacciones comunicativas transmitidas y mantenidas en el grupo como lenguajes propios de sistemas, liderazgos internos o preferencias compartidas. Son marcos de intercambios recíprocos en medios sociales más amplios. La cultura varía con el tiempo y esta variación es una demostración que el tiempo ha pasado. Al ser marcos de referencia compartidos son valores aceptados

por el grupo e indican cual es el modo esperado de pensar y actuar frente a situaciones concretas. Y nombran determinados elementos que integran la cultura organizacional: los caracteres del entorno que comparte la organización, la tecnología, hábitos y modos de conducta aprendidos en la vida organizacional, la valoración social de los puestos de trabajo y funciones, su estratificación, los roles que se instalan, los actos simbólicos tales como ritos y ceremonias que no están escritos pero funcionan como rutinas, las redes de comunicación que conectan a los participantes por razones afectivas y no necesariamente por motivos técnicos, el sistema de valores, mitos y creencias compartidos en los grupos.

Por su parte Etkin (2000) agrega que “cultura se refiere a los conocimientos, creencias y valores que tienen, construyen y comparten los integrantes de una organización en sus relaciones cotidianas” (p. 221). Que la misma tiene métodos de construcción y transmisión como la educación, la socialización o herencia social. Que posee elementos implícitos y explícitos. En lo notorio: los conocimientos y tecnología. En lo tácito: las imágenes y representaciones compartidas, mitos y leyendas, en este plano están los modelos mentales o “lo que se da por sentado” (p. 221). También agrega que no puede ser impuesta y que como se construye cotidianamente influye en los comportamientos.

Schein (1988) manifestó que una cultura organizacional depende de un número de personas que interactúan entre sí con el propósito de lograr algún objetivo en su entorno definido. Por lo que define la cultura organizacional como:

El patrón de supuestos básicos que un determinado grupo ha inventado, descubierto o desarrollado en el proceso de aprender a resolver sus problemas de adaptación externa y de integración interna, y que funcionaron

suficientemente bien a punto de ser consideradas válidas y, por ende, de ser enseñadas a nuevos miembros del grupo como la manera correcta de percibir, pensar y sentir en relación con estos problemas (p. 25 y 26)

4. 4 Niveles de Cultura Organizacional.

Una organización según Schein, Edgar (1988) puede ser comprendida por diferentes niveles y los clasifica en tres:

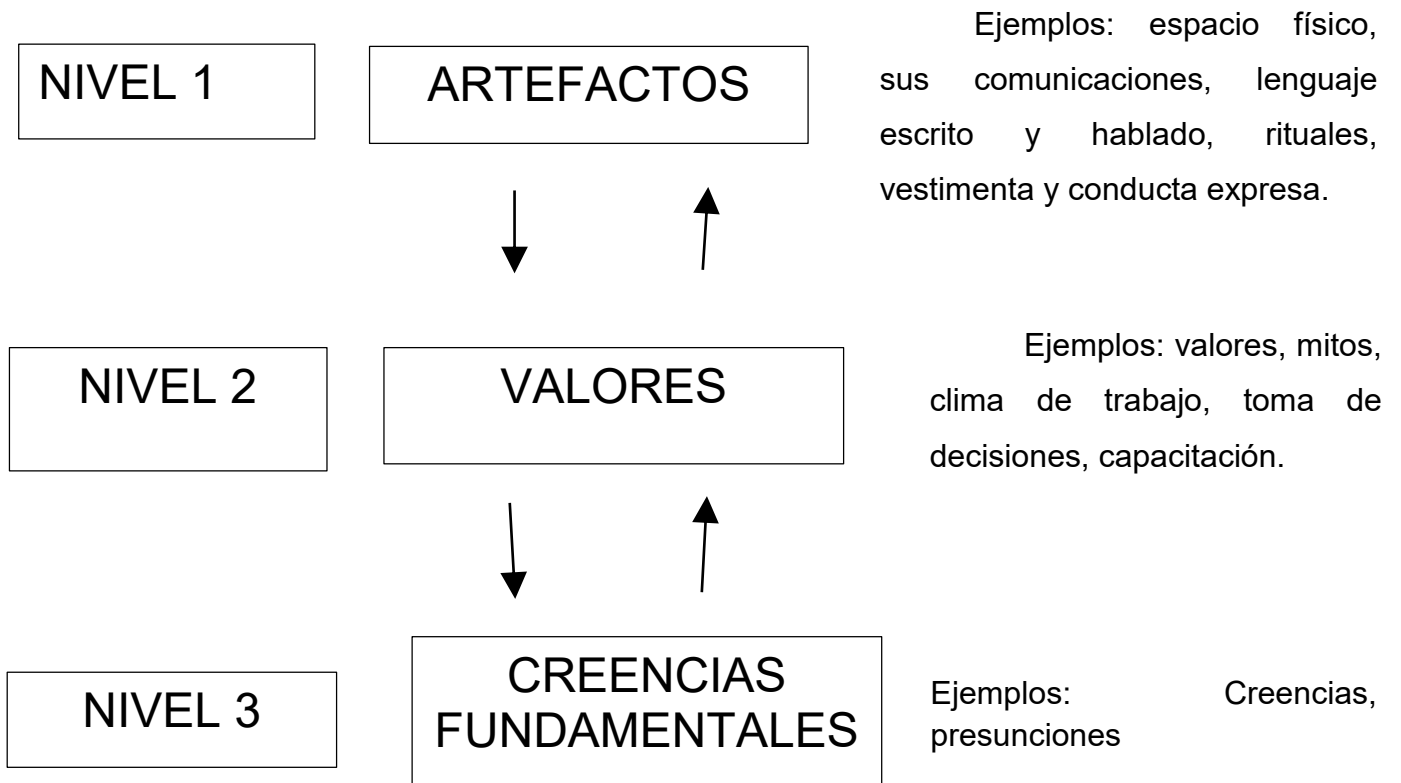
Nivel 1: Producciones o artefactos: es el nivel más visible de la cultura, se refiere a su entorno físico y social. Ejemplos: espacio físico, capacidad tecnológica, sus comunicaciones, lenguaje escrito y hablado, producciones, rituales, vestimenta y conducta expresa.

Nivel 2: Valores: se refiere a que el aprendizaje cultural refleja los valores propios del individuo, la idea de lo que “debe” ser a diferencia de lo que es. En general para solucionar un problema se adoptan una forma de solucionarlos y que si tiene éxito éste valor pasa gradualmente por un proceso de transformación cognoscitiva hasta volverse una creencia y luego una presunción. Ejemplos: valores, mitos, clima de trabajo, toma de decisiones, capacitación.

Nivel 3: Presunciones subyacentes básicas o creencias fundamentales: son las teorías en uso o presunciones que orientan la conducta y enseñan a los miembros del grupo la manera de percibir, pensar y sentir las cosas. Son incontestables e indiscutibles. Es más, los miembros del grupo consideraran inconcebible una conducta basada en otra premisa. Ejemplos: Creencias, presunciones.

Teresa Fleury en su artículo (1989) "Historias, mitos, héroes-cultura organizacional y relaciones laborales" realiza el análisis del concepto de cultura a través de varios autores, sobre la cultura organizacional rescata los niveles de Schein y amplía ese concepto: sobre el nivel número uno, de artefactos visibles, refiere que son datos fáciles de obtener, pero difíciles de interpretar. "Es posible como un grupo construye su medio ambiente y que son patrones discernibles de comportamiento entre sus miembros, pero a menudo no se puede entender la lógica detrás de la lógica de la conducta del grupo" (p. 8). Sobre el nivel número dos, los valores, son difíciles de observar directamente y es necesario realizar entrevistas a miembros claves "se expresan lo que las personas reportan haber sido la razón de su comportamiento, que en la mayoría de los casos son idealizaciones o racionalizaciones. Las razones detrás de su comportamiento siguen siendo ocultas o inconscientes" (p. 8). El nivel tres, presunciones subyacentes básicas, los valores compartidos por el grupo sobre ciertos comportamientos y conductas que sirven para resolver los problemas; "el valor se transforma gradualmente en una suposición inconsciente de cómo son realmente las cosas. En la medida en que una suposición es cada vez más se da por sentado, pasa al nivel del inconsciente" (p. 8). En un punto, la autora analiza las historias de coraje y el nacimiento de héroes, esto lo relaciona a los valores que simbolizan y los modelos que proporcionan al resto de la organización. Refuerza el valor del testimonio verbal "la tradición oral es una vía fundamental para penetrar en el universo cultural de los valores y símbolos, que, por ética o coherencia con razones prácticas de organización, no se pueden explicar en la historia oficial" (p.15).

4. 5 Gráfico N°1: Esquema de Niveles de la Cultura Organizacional (Schein, 1988)



4. 6 Elementos de la Cultura Organizacional

También agrega, Schein (1988), que la cultura no puede verse directamente sino a través de manifestaciones culturales: las prácticas de supervivencia externa corresponden a la relación de la organización con el ambiente externo y las prácticas de supervivencia interna corresponde al desarrollo como grupo.

4. 6. 1 Prácticas de supervivencia externa: relación de la organización con el ambiente externo:

Los elementos esenciales de este ciclo son: misión, estrategias y objetivos.

Para muchas organizaciones la misión está implícita, es lo que sucede en las organizaciones educativas o de salud. Según Schein:

“La misión central o primordial puede ser definido como el objetivo más destacado en la jerarquía de prioridades. Esas prioridades pueden variar según se vaya transformando el entorno interno y lo externo, pero lo que nunca deja de ser prioritario es el problema de la supervivencia. Y la resolución de ese problema, la solución que se adopta para afrontarlo, pasa a ser potencialmente un elemento cultural central. Así, desde que los miembros de una empresa desarrollan un concepto compartido sobre su propia misión, y desde que este concepto permite al grupo sobrevivir en su propio entorno, el mismo pasa a ser un elemento central de esa cultura del grupo, y a constituir el contexto subyacente sobre el cual pueden especificarse las metas y los medios para alcanzarlas (p. 69)”.

4. 6. 2 Prácticas de integración interna:

La formación de un grupo supone el desarrollo y afianzamiento de las relaciones entre un grupo de individuos que hacen algo juntos y la realización efectiva de lo que están haciendo. Las cuestiones internas que deben enfrentar como grupo para funcionar son: el lenguaje y conceptos comunes, límites grupales e integración, poder y jerarquía, relaciones, recompensas y castigos.

4. 7 Sobre el lenguaje

“Un lenguaje y unas categorías conceptuales comunes son claramente necesarios para cualquier tipo de consenso que haya que establecer, de igual modo, el consenso en los conceptos y presunciones básicos es necesario por ser la condición preliminar de cualquier comunicación. Cabe señalar que los grupos desarrollan sistemas de lenguaje no sólo para establecer el consenso y sobrevivir, sino además como un modo de diferenciarse y lograr un sentido de identidad por medio de la jerga técnica que solo pueden entender los sujetos implicados” (Schein, 1988, p.81).

Sobre los límites grupales y la integración: para que un grupo funcione y se desarrolle es necesario que exista un consenso sobre quien está adentro y quien está afuera, eso genera una identidad con el grupo y con la organización. Sobre el poder y la jerarquía, se establecen en las organizaciones niveles de jerarquía para estratificar el poder y se diferencia del reino animal ya que la “civilización” ha hecho que los seres humanos dominen el impulso de dominar, controlar y gobernar a todo lo demás y a su entorno. Sobre las relaciones...

“Todo nuevo grupo debe decidir simultáneamente cómo resolver los problemas de autoridad y cómo establecer la relación entre iguales. Mientras las cuestiones relativas a la autoridad se derivan en última instancia de la necesidad de hacer frente a los sentimientos de agresividad, los problemas de la relación entre iguales y la intimidad se derivan en última instancia de la necesidad de hacer frente a los sentimientos de afecto, amor y sexualidad. Así, las culturas desarrollan claros papeles sexuales, sistemas de parentesco, y reglas para la amistad y el sexo que sirven para estabilizar las relaciones normales y afirmar los mecanismos de procreación, y, al tiempo, para asegurar la supervivencia de la sociedad” (Schein, 1988, p. 87).

Sobre las recompensas y castigos, para poder funcionar un grupo debe aprender que sucede cuando cumple o desobedece las reglas de una organización.

“A la hora de estudiar la cultura de una empresa, importa investigar el sistema de recompensas porque el mismo revela con bastante prontitud algunas reglas y presunciones subyacentes destacadas de esa cultura. Una vez que se haya discernido cuales son las conductas <heroicas> y cuáles las <pecaminosas>, se podrán deducir las creencias y presunciones que yacen tras esas evaluaciones. La manera en que se recompensen y castiguen esas conductas heroicas y pecaminosas, se suministrará entonces más pruebas relativas a esas presunciones subyacente” (Schein, 1988, p.90).

4. 8 Valores

Los valores son cualidades que guían el comportamiento grupal, cuya

función es orientar la vida de una empresa y guiar el comportamiento de los integrantes vinculados en un sistema, en el que se cumplen ciertas funciones en busca de un mismo fin y pueden ser estudiados a partir de las percepciones de los integrantes de la organización (Chiavenato, 2004). Los valores organizacionales en un hospital se relacionan con la moral y los derechos humanos. Según Tamayo (2000) es posible establecer escalas de valores según la importancia para ello es necesario tener en cuenta la misión y objetivos de la empresa. Robbins, (2009) plantea que los valores contienen elementos de juicio e incorporan ideas sobre el bien, lo correcto y lo deseable, a su vez estos contienen atributos de contenido e intensidad. El contenido hace referencia a lo que los individuos consideran importante mientras que la intensidad hace referencia al nivel de importancia que se le asigna al valor.

4. 9 Rituales

Según Romo y Zaharia (2002) el ritual es un acto o secuencia altamente pautado de carácter repetitivo y simbólico en el cual permite a los empleados expresar y por medio de los cuales se manifiesta la cultura de una forma más fluida. Son rutinas programadas que sistemáticamente se dan en la organización y que las personas aprenden para saber cómo conducirse lo que reduce la incertidumbre ante situaciones y favorecen la coordinación.

4. 10 Clima organizacional

Hall (1979) define al clima organizacional como todas aquellas características del ambiente organizacional que son percibidas por los trabajadores y que predisponen su comportamiento.

Según Schein (1988) no se debe simplificar ni confundir la cultura con otros conceptos útiles, tales como «clima», «valores» o «filosofía colectiva». La cultura actúa por debajo de esos conceptos, y en buena medida los determina.

4. 11 Mitos, leyendas, anécdotas y estatutos

Según Schein (1988) el origen, y la función de las anécdotas empresariales no son nada claros, si bien se han podido identificar algunos temas. Las anécdotas suelen comunicar los valores y creencias de los fundadores o de otros personajes centrales de la empresa, cuyo papel se ha convertido en un modelo simbólico. Las anécdotas suelen ser prescriptivas, por lo que pueden transformarse en vehículos directos de adoctrinamiento. Por otra parte, en una empresa que tenga muchas subculturas o agrupaciones en conflicto, las anécdotas pueden constituir un medio para divulgar una cultura opuesta o para revelar las inconsistencias o los absurdos de la cultura principal.

“En ocasiones las anécdotas son empleadas para idealizar a los primeros líderes, pese a no ser la conducta que se idealiza la adecuada para el momento presente, en este caso, el propósito de la anécdota no es sólo el de transmitir un valor, sino además el de proporcionar a los empleados un motivo de orgullo y algo con que identificarse” (Schein, 1988, p. 132).

4. 12 Políticas

En las entrevistas realizadas se identificó un concepto que no fue trabajado por Schein ni por Fleury pero que se debe mencionar. El concepto de políticas emerge como una mirada que atraviesa a todos los actores. Para comprender mejor

su significado recorreremos algunos conceptos teóricos.

Una mirada a las definiciones de los diccionarios de ciencia política arroja los siguientes componentes comunes:

- a) institucional, la política es elaborada o decidida por una autoridad formal legalmente constituida en el marco de su competencia y es colectivamente vinculante;
- b) decisorio, la política es un conjunto-secuencia de decisiones, relativas a la elección de fines y/o medios, de largo o corto alcance, en una situación específica y en respuesta a problemas y necesidades;
- c) comportamental, implica la acción o la inacción, hacer o no hacer nada; pero una política es, sobre todo, un curso de acción y no sólo una decisión singular;
- d) causal, son los productos de acciones que tienen efectos en el sistema político y social.

“Una política es un comportamiento propositivo, intencional, planeado, no simplemente reactivo, casual. Se pone en movimiento con la decisión de alcanzar ciertos objetivos a través de ciertos medios: es una acción con sentido” (Aguilar Villanueva, 1992, p.23-24)

“La elaboración de políticas públicas consiste en la identificación y delimitación de un problema o necesidad actual o potencial de la comunidad, la determinación de las posibles alternativas para su solución o satisfacción, la evaluación de los costos y efectos de cada una de ellas y el establecimiento de prioridades” (Cristina Díaz, 1997, p.14).

“La formulación de políticas públicas consiste en la selección y especificación de la alternativa considerada más viable, seguida de una declaración que explicita la decisión adoptada, definiendo sus objetivos y su marco jurídico, administrativo y financiero” (Cristina Díaz, 1997, p.18).

“La implementación de políticas públicas consiste en la planificación y organización del aparato administrativo y de los recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos para ejecutar una política” (Cristina Díaz, 1997, p.21).

“La ejecución de políticas públicas consiste en el conjunto de acciones destinado a alcanzar los objetivos establecidos por la política. Es la puesta en práctica, la realización de la política. Algunos autores la consideran parte de la implementación: una primera etapa programaría la acción y una segunda consistiría en el accionar propiamente dicho” (Cristina Díaz, 1997, p.25).

“La evaluación de políticas públicas consiste en la mensuración y análisis, *a posteriori*, de los efectos producidos en la sociedad por las políticas públicas, especialmente en lo que se refiere a las realizaciones obtenidas y a las consecuencias previstas y no previstas” (Cristina Díaz, 1997, p.28).

4. 13 Creencias arraigadas:

M. Teresa Fleury, analiza los supuestos básicos o creencias arraigadas de Schein que comparto. Los supuestos básicos no están organizados aleatoriamente sino que se estandarizan en patrones culturales con un orden para orientar la acción del ser humano. Por lo tanto, la cultura debe ser vista como una propiedad de una unidad social estable y definida. Esto significa que un grupo debe compartir

un número significativo de experiencias, durante un tiempo, resolviendo problemas externos e internos para compartir una visión del mundo. La autora remarca la importancia de pensar en la cultura relacionándola con una unidad social y con la estabilidad de los grupos. Relata los conjuntos de categorías trabajados anteriormente por Kluckhohn, F.R. (citado por Fleury, 1997):

Relación de la organización con su ambiente

Naturaleza de la realidad y la verdad

Naturaleza de la naturaleza humana

Naturaleza de la actividad humana

Naturaleza de las relaciones humanas

Ambos autores coinciden sobre la variabilidad del comportamiento humano. Siempre surgen problemas entre los comportamientos y ellos reflejan muchísimas variables. Lo cierto es que se deben encontrar soluciones para esos problemas. Las soluciones son variables pero más limitadas y siguen un orden. Para cada una de las categorías se colocan ciertos valores:

Naturaleza humana: puede ser mala, ni buena ni mala, neutra y buena. La naturaleza humana puede ser considerada mutable o no puede ser o no alterada o perfeccionada.

Hombre- naturaleza: tiene que ver con la relación de la organización con el ambiente, si la misma busca dominar a la naturaleza o busca la armonía entre ambas o es subyugado por la misma.

Tiempo: tiene que ver con la concepción del tiempo y la identificación de un

pasado, un presente y la delineación de un futuro.

Actividad: las personas pueden estar orientadas a la actividad por el Ser, por el deseo existente en ellas; orientadas por el Ser en el devenir, como lo pueden realizar el desenvolvimiento; orientadas al Hacer, como pueden realizar la tarea con eficiencia.

Relacional: tiene que ver con las relaciones entre las personas. Se divide en tres: la individualista donde tienen prioridad las metas individuales por sobre las del grupo, la colateral las metas del grupo son importantes y se tienen en cuenta como las individuales y la jerárquica o lineal las prioridades son las del grupo por sobre las individuales y la continuidad a través del tiempo.

Según M. Teresa Fleury (1989) en su artículo "Cultura Organizacional, los modismos, las investigaciones, las intervenciones: una discusión metodológica" analiza los conceptos básicos y las categorías de análisis y agrega al concepto, los niveles y los indicadores ya citados, otras categorías para el proceso de investigación de la cultura de una organización. Ellas son:

- ✓ Analizar el proceso de socialización de los nuevos miembros a la organización,

- ✓ Analizar la respuesta a los "incidentes críticos" en la vida de la organización. Para cada crisis o incidente identificado se debe precisar por qué ocurrió.

- ✓ Analizar las creencias, valores y convicciones de los creadores o portadores de la cultura. Relatar la biografía de esas personas en la organización, identificando las propuestas, las metas, la visión que tienen de la organización.

✓ Explorar y analizar, junto con personas de la organización, las observaciones que sorprenden en las entrevistas, ya que podrá revelar las premisas básicas que forman el paradigma cultural.

La misma autora, en otro artículo “Entre Antropología y Psicoanálisis: dilemas metodológicos de los estudios sobre cultura organizacional” (1997) analiza las raíces antropológicas y psicoanalíticas del concepto de cultura organizacional para utilizar los abordajes metodológicos cuantitativos y cualitativos para investigar este tema. Hace referencias a los límites que presenta cada abordaje y expone el uso de la triangulación de técnicas para el diagnóstico de la cultura organizacional. Y analiza los supuestos básicos que se compartieron anteriormente.

Se deben tener en cuenta los paradigmas culturales y la sociedad donde la organización está inserta.

La cultura es un activo estratégico cuya correcta gestión contribuye al logro de los resultados organizacionales. La organización que queremos estudiar presenta una diversidad de situaciones relacionadas con la cultura organizacional, por ejemplo, no se encuentra el número ideal de profesionales de enfermería para lograr la cobertura de un servicio, entonces, se produce la sobrecarga de trabajo. Otras situaciones que se observan son la falta de motivación del personal, estructuras incompletas de enfermería. Se determinaron las causas de insatisfacción laboral en una investigación y las mismas se atribuyen a: las interrelaciones con el jefe; comunicación ineficaz ascendente y descendente, escasa oportunidad de capacitación, salario inadecuado, no hay libertad de opinión, las condiciones físicas (ventilación, ruidos, iluminación, etc.) no son adecuadas, existen déficit de organización en los diferentes servicios, dificultades en la

evaluación de desempeño (Demarchi, 2011).

Esto nos lleva a analizar el concepto de administración y su evolución. Para ello debemos tener en cuenta el recorrido histórico (según Hermida, 1995) que realizaron las teorías de la administración con la revolución industrial, en 1880, Taylor introduce la administración científica racionalizando y sistematizando los procesos industriales. Su labor continúa con Fayol donde se conceptualiza el contenido de la Administración. En 1925, Mayo, introduce el concepto de relaciones humanas dentro del sistema mecanizado, autoritario y formalista. Le sigue el período hasta 1945 con la escuela neoclásica de Newman, Maynard y Gulick donde se desarrollan principios administrativos. Hasta 1950, con el aporte de Lewin, Coch y French se amplían los conceptos estudiados por Mayo desarrollándose teorías sobre la participación, la estructura grupal, el liderazgo y el conflicto. Desde el 30 y hasta 1960 se continúan desarrollando conceptos sobre motivación, percepción en la escuela psicológica con los aportes de Allport, McGregor, Likert, Herzberg y Maslow. Durante ese mismo período, Maier y Knowles continuaron desarrollando los descubrimientos de la Escuela de relaciones humanas. Weber y Merton elaboraron un modelo integral donde se incorporan los análisis de las conductas a los modelos administrativos. Simon, March realizaron críticas a las anteriores y realizaron aportes a la teoría de la organización. En 1950 son el aporte de Johnson, Kast, Rosenzweig introdujeron un lenguaje común para la universalización del método científico. Todos estos aportes significaron un avance en las ciencias de la administración.

4.14 Sobre la administración

Según Balderas Pedrero (2005) la administración es una ciencia social que

permite a las organizaciones humanas crear, producir y obtener satisfactores para sus necesidades. Los principios y métodos propios con que se aplica orientan los esfuerzos a obtener resultados óptimos en cuanto a alcanzar objetivos, tanto de los integrantes de la organización como de los usuarios de los bienes o servicios que se prestan, para contribuir así al desarrollo social. Según Cosattini, citada por Lemus (2014) expresa que “es la gestión coordinada de los recursos onerosos y escasos, desarrollada con eficacia y eficiencia y que permite la obtención de los objetivos predeterminados”

La globalización, la flexibilización laboral, la caída de imperios, la realidad de los desequilibrios económicos mundiales y hasta el calentamiento global hacen que nuestras organizaciones deban adecuarse a la fuerza de las situaciones en los que estamos insertos. Con los modelos aportados no podemos enfrentar la complejidad del mundo donde nos encontramos.

4.15 Sobre la gestión

Según Federico Tobar en Modelos de Gestión (2002, p. 8)

Aún en Argentina, junto a otros países de América Latina, los términos de gestión y administración han sido utilizados indistintamente, el cuerpo de conocimientos que ellos se vincula tienden a diferenciarse progresivamente. Emplear el término gestión connota abandonar los modelos normativos, las organizaciones burocráticas, el control de los procedimientos. Entendemos hoy al concepto de gestión más asociado con el control de resultados, con un enfoque estratégico, con orientación hacia los actores.

“Definir un modelo de gestión involucra definir el Ser, el Hacer y el Estar en

una organización. Es importante detectar cuáles son los principios que guían el sistema, cuáles son las principales decisiones relacionadas con la conducción del sistema, quién las toma y cómo se toman” según Tobar en Modelos de Gestión (2002).

“Cuando se habla de *gestionar*, entonces, se hace referencia a la forma a través de la cual un grupo de personas establece objetivos comunes, organiza, articula y proyecta las fuerzas, los recursos humanos, técnicos y económicos. En este sentido, la *gestión* es un proceso de construcción colectiva desde las identidades, las experiencias y las habilidades de quienes allí participan. Esto quiere decir que el proceso de gestión no debe apuntar a la negación o aplanamiento de diferencias, o al acallamiento de conflictos; sino que necesariamente debe articularlos, construyendo procesos colectivos, donde lo “colectivo” no es lo homogéneo, sino una plataforma y un horizonte común, una trama de diferencias articuladas en una concreción social. Lo que implica el reconocimiento y la producción de una cultura colectiva, organizacional o institucional para Huergo” (2007, p. 3)

Dentro de la organización de salud la gestión de enfermería constituye un conjunto de competencias valóricas, técnicas e instrumentales, encaminados a dirigir, gestionar y desarrollar la práctica de la enfermería. Se estima que aproximadamente un 70% de la respuesta de salud corresponde a actividades de enfermería.

4.16 Sobre el cuidado

"La práctica se centra en el cuidado a la persona (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de

salud" (según K rouac, 1996 citada por Zarate Grajales, 2004). Por lo tanto, " la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona" (según Diers, 1986 citada por Zarate Grajales, 2004). "La práctica profesional de enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado, la intervención de una enfermera como recurso terapéutico y la integración de habilidades específicas" (Zarate Grajales, 2004).

"Cuidar en enfermería implica un conocimiento propio de cada enfermero, darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses, motivaciones, y requiere, además de sus conocimientos, su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo". (Grupo De Cuidado, 1997)

En el marco de la Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, se realizó un trabajo abordado entre la Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública y la Dirección de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, realizado por Martha Ballestreri y Maria Angelina Barbarich (2008) donde se expone un concepto de cuidado enfermero:

La categoría teórica propuesta fue "CUIDADO ENFERMERO" y las sub. Categorías identificadas: "*Meta del cuidado*"; "*Organización*" (modo en que organizan el cuidado); "*Alcance*" (modo o tipo de cuidado que brindan); "*Relación enfermero/a sujeto de atención*" (incluye al usuario, la familia)

Meta del cuidado: reconocen necesidad de fundamentación científica para lograr un cuidado de calidad que incluya la satisfacción de las necesidades básicas,

educación para el autocuidado y relación de ayuda.

Organización del cuidado: según prioridades y evolución del paciente, con mucha diferencia entre la teoría y práctica; fragmentado; con énfasis en lo técnico aunque también se realizan actividades en prevención.

Alcance del cuidado: Intentan realizar cuidados independientes, abarcando todas las necesidades básicas del sujeto aunque a veces no incluyen los aspectos emocionales de la relación; consideran en algún punto que el cuidado brindado es “rutinario” sin tener en cuenta la singularidad del sujeto.

Relación enfermero/a sujeto de atención: es una relación de escucha, de ayuda, de acompañamiento; se intenta integrar a la familia; reconocen actitudes de ingratitud de parte del sujeto de atención, incluso agresión.

4.17 Sobre la gestión del cuidado

La gestión de los cuidados está entonces orientada hacia la *persona*, el cliente, su familia, el personal de enfermería, los equipos interdisciplinarios. La gestión se identifica como un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, de la motivación y la participación, la comunicación y la colaboración. Utilizando el pensamiento enfermero, la enfermera favorece una cultura organizacional centrada en el cuidado de la persona”. (Zarate Grajales, 2004, p.1).

Meléis, (1988) sostiene que la dirección de los cuidados de enfermería debe tener un enfoque claro y explícito de la disciplina de enfermería con el fin de contribuir de manera distinta a la solución de los problemas relacionados a los cuidados, a los pacientes, su familia y al personal. La dirección de los cuidados

tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que beneficie la práctica de los cuidados, seleccionar prioridades, elaboración de políticas, selección del personal con excelente formación en cuidados de enfermería, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería. A partir de lo anterior Susan Kéroutac citada por Zarate Grajales (2004) define la gestión del cuidado enfermero como "un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud".

En su Proyecto de Tesis del Prof. Rodolfo Escalada (2005) nos relata que "El principal desafío para las organizaciones hoy en día, es la creación de una cultura y un clima que facilite el aprendizaje organizacional y la gestión del conocimiento." El profesor lo aplica al estudio del liderazgo y del trabajo en equipo.

Enfermería tiene su propia cultura en relación a las creencias, lenguaje, formación académica, sin embargo, las funciones que cumple quedan ligadas con la de las organizaciones de salud.

Como el cuidado humano es la base disciplinar y ese cuidado se brinda en organizaciones de salud es que consideramos necesaria conocer la cultura organizacional de enfermería del Hospital Dr. Clemente Álvarez.

Y es importante para detectar problemas dentro del servicio y luego solucionarlos, integrar al personal bajo los objetivos que persigue la organización, interrelacionarse y hacer más fácil el trabajo.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 Objetivo general:

Describir la cultura organizacional en las áreas de internación general y en las áreas críticas del Servicio de Enfermería en un hospital público: Hospital Clemente Álvarez de la ciudad de Rosario.

5.2. Objetivos específicos:

a. Definir los elementos que dan sustento a la cultura organizacional: **artefactos**: espacio físico, sus comunicaciones, lenguaje escrito y hablado, rituales, vestimenta; **valores**: mitos, clima de trabajo, toma de decisiones, capacitación; **creencias fundamentales**: creencias en el Servicio de Enfermería.

b. Analizar los elementos de la cultura organizacional de acuerdo a la visión del personal de enfermería según la antigüedad, el área y la función en la que se desempeña.

5.3. Diseño metodológico.

El presente estudio se encuadra en un estudio cualitativo evidenciado la realización de un trabajo de campo que ha permitido obtener los datos en el contexto natural donde ocurre el fenómeno estudiado.

El diseño metodológico elegido permitirá profundizar el modo de vida del hospital, describiendo la cultura de esta organización. Para ello se establecieron diferentes etapas:

Etapa 1: se presentó el proyecto para la aprobación del Comité de Docencia e Investigación Interdisciplinario. Obtenida la aprobación se expuso al

Departamento de Enfermería. La investigadora y el Jefe del Departamento de Enfermería mantuvieron una entrevista en la cual se especificaron el alcance y los objetivos de la investigación.

La presencia de la investigadora como grupo de pertenencia formando parte de la organización, proporciona material creando un vínculo entre lo personal y lo cultural, tratando de describirlo y trasladarlo haciéndolo visible a la comunidad.

Etapa 2: esta etapa se llevó adelante mediante varias fases en las cuales se estudiaron las diferentes categorías y se enlistan a continuación: fase 1, visita a la Biblioteca del Hospital donde se revisaron los documentos para el aporte del primer nivel de la cultura: los artefactos; fase 2 observación participante del sitio; fase 3 selección de los informantes claves para las entrevistas; fase 4 entrevistas; fase 5 verificación teórica; fase 6 codificación; fase 7 procesamiento de datos.

Etapa 3: redacción del primer informe

“En un mundo globalizado, sin embargo, el investigador no es un agente totalmente externo a la realidad que estudia; ni él ni los sujetos de su trabajo se ubican en lugares que no hayan sido previamente interpretados. Pero que habiten el mismo mundo no significa que los sentidos que le impriman a su experiencia sean los mismos”. A esto se refiere Marilyn Strathern cuando define a la “auto antropología” como aquella “que se lleva a cabo en el contexto social que la ha producido” (Strathern, 1987: 17, t. n.). El punto no es si las credenciales (nacionales, étnicas) del investigador coinciden con las de los informantes, sino “si existe continuidad cultural entre los productos de su labor y lo que la gente en la sociedad estudiada produce en términos de explicaciones de sí misma” (Strathern, 1987: 17). Strathern propone el

concepto de "reflexividad conceptual", que atañe al "proceso antropológico de 'conocimiento' [que] se erige sobre conceptos que pertenecen también a la sociedad y cultura en estudio" (Strathern 1987: 18). (Guber, 2011, p. 123)

Se utilizó la guía para el análisis de Cultura Organizacional de Schein y se trabajó con el concepto general del esquema del mencionado autor:

Para el primer nivel: Artefactos.

¿Cómo se traduce este concepto teórico a partir de la recolección de datos?

Se reconstruye la historia de la organización, identificando las políticas y estrategias. Identificar la misión, los valores y la estrategia de la organización. Descripción de la estructura de la organización. Descripción de las normas o procedimientos de trabajo. Canales de comunicación: observación de los mismos. Vestimenta: ¿quién la provee? ¿Cada cuánto? ¿Hay obligación en el uso de la misma? ¿Se establece diferencias? Reconocimiento de eventos sociales: rituales. Observación del lenguaje común, las terminologías propias.

Segundo Nivel: Valores

¿Cómo se traduce este concepto teórico a partir de la recolección de datos?

Narración del clima laboral entre compañeros: cordialidad, competitividad, trabajo en equipo. Relato sobre los valores. ¿Cómo se toman las decisiones?, ¿Cuáles son las oportunidades de capacitación? Relato sobre los mitos.

Tercer Nivel: Creencias Fundamentales.

¿Cómo se traduce este concepto teórico a partir de la recolección de datos?

Se describirán los testimonios recogidos sobre las creencias.

A la guía para el análisis de Cultura Organizacional de Schein se añadió la:

Antigüedad: se consideró la antigüedad en relación al aporte que podría surgir de las diferencias entre los “viejos” (los que se desempeñaron en el edificio de calle Virasoro) y los “nuevos” (los que iniciaron su desempeño en calle Pellegrini).

5.4 Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de la información se emplearon las siguientes técnicas: la observación, la observación participante y las entrevistas semi estructuradas.

a. Se realizó la observación participante, según Guber (2000, p. 109) “la observación participante consiste en dos actividades principales: observar sistemática y controladamente todo aquello que acontece en torno del investigador, se tome parte o no de las actividades en cualquier grado que sea, y participar, tomando parte en actividades que realizan los miembros de la población en estudio o una parte de ella”. Para el ingreso en el campo, se utilizó una **Guía para el Análisis de Cultura** (de Schein) sobre Espacio físico, Vestimenta, Comunicación, Lenguaje (Ver ANEXO 8). Se ordenó el espacio geográfico de la forma que un paciente ingresa al hospital, siguiendo la lógica de los cuidados progresivos. El primer encuentro con el hospital, es a través del Área de Emergencias Primarias o Guardia, considerada un Área Crítica. Se describieron los espacios físicos, las dimensiones de los ambientes, el mobiliario, la iluminación, su refrigeración/calefacción, la circulación de los integrantes del equipo de salud, la tecnología que utiliza cada sector, como se organiza el trabajo, la relación de las personas con los ambientes, los canales físicos de comunicación y la vestimenta

en un cuaderno de campo. Continuando con las otras Áreas Críticas: Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios (UCIC) y Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Luego se describieron las Áreas de internación General: Área de Cuidados Intermedios Altos: A1 y A2 y Área de Cuidados Intermedios Bajos: B1 y B2. Para finalizar se describió el Área de Gestión: Departamento de Enfermería, Enfermeros Jefes. Y el Área Sindical con un representante gremial.

Para Gordo y Serrano (2008, p.52) a través de la observación participante se explica el objeto de estudio “atento a las formas en las que se actualizan determinadas posiciones sociales, nos encontramos con los agentes en ese reposicionamiento continuo en el que van interactuando, interpretando, tomando decisiones, en definitiva, dando y tomando sentido a/en lo que hacen”.

b. Se utilizaron croquis, mapas, cuadros (Ver ANEXO 1 al 4) para ampliar la observación y fotografías de los ambientes con ausencia de actores para proteger el anonimato.

c. Se realizaron entrevistas a 25 Licenciados en Enfermería y Enfermeros que aceptaron participar en el estudio sobre la organización del trabajo, los valores, rituales, el clima laboral, las decisiones, las comunicaciones, los mitos y leyendas, la capacitación y el desarrollo de los profesionales (Ver ANEXO 8 y 9). Las entrevistas fueron grabadas y se efectuaron entre Agosto de 2016 y Abril de 2017.

Sobre las entrevistas: los encuentros se planificaron siguiendo una guía (Ver ANEXO 8). Para el primer encuentro se realizó con el Área de Gestión: Supervisores y Enfermeros Jefes quienes tomaron el rol de informantes claves.

Estas tuvieron una duración entre 60 y 80 minutos. Al iniciar la investigación se tuvo en cuenta la guía que se utilizó de nexo mientras que los informantes introducían sus prioridades, asociaban libremente y revelaban la información. Las entrevistas resultaron eficaces e introdujeron nudos problemáticos que pasaban desapercibidos. El procedimiento para la entrevista consistió en hablar con los seleccionados previamente para solicitar su colaboración y concertar una cita posteriormente.

Algunas limitaciones:

Con respecto a la realización del presente estudio se presentaron algunas dificultades que se deben mencionar: una de ellas fue la falta de espacios propios y tranquilos para realizar las entrevistas, otra la escasa disponibilidad de tiempo para realizarlas (por aumento de la demanda, doble empleo) que generaron varios encuentros con las personas que aceptaron participar.

En la siguiente sección se detalla la población de estudio:

5.5 Población

Población: Enfermeros/as, Licenciados/as en Enfermería que se desempeñan en el HECA que refieran más de seis meses de antigüedad. Se excluyen partes de enfermos prolongados, licencias anuales programadas, licencias por maternidad, licencia de preservación de embarazo, partes por ART.

Tabla N°1: Población total de Profesionales de Enfermería del HECA (2016)

Sector	AEP	Qui	Dto	UQ	UR	UTI	UCIC	A1	A2	B1	B2	Total
Mag.			1									1
Lic.	15	4	7	4	-	23	7	6	10	6	7	89
Enf.	29	19	-	7	5	39	10	16	17	20	13	180
Total	44	23	8	11	5	62	17	22	27	26	20	270

Fuente: Departamento de Enfermería.

Se establecieron cuatro grupos (**Áreas Críticas, Áreas de Internación General, Área de Gestión y Área Sindical**) siguiendo el esquema geográfico del hospital (ver ANEXOS 2 y 3) y a las características propias del cada sector de trabajo respondiendo a los niveles de complejidad de las personas internadas siguiendo el criterio utilizado de los cuidados progresivos.

1. Enfermeros/ Licenciados que se desempeñan en Áreas Críticas (**AC: Áreas Críticas**): en Área de Emergencia Primaria (AEP), en Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios (UCIC), y en Unidad de Terapia Intensiva (UTI).
2. Enfermeros/Licenciados que se desempeñan en Áreas de Internación General (**AIG: Áreas de Internación General**): Cuidados Intermedios Altos y Cuidados Intermedios Bajos: en A1 y A2 y en B1 y B2
3. Licenciados que se desempeñan en el Área de Gestión (**AG: Áreas de Gestión**): Supervisores y Enfermeros Jefes.
4. Área Sindical: representantes del Gremio elegidos por los

Enfermeros/Licenciados que trabajan en el Hospital (**AS: Área Sindical**).

Se confeccionó una lista del personal (del diagrama de horario) por cada uno de los sectores.

De cada uno de los sectores se seleccionó por conveniencia a los informantes, tanto enfermeros como licenciados que accedieron a participar de la investigación, se realizaron 25 entrevistas.

La muestra se seleccionó de manera seriada, los actores sucesivos se eligieron basándonos en los ya seleccionados y en qué información habían proporcionado, teniendo en cuenta la antigüedad de los mismos. A medida que se realizaban las entrevistas y se analizaban los datos de los discursos de los informantes, se obtuvieron las mismas respuestas. En ese momento se consideró que el número de entrevistas fueron suficientes ya que se interpretó como saturación de la información. Significa que no se encuentran datos adicionales por medio de las cuales la investigadora pueda seguir desarrollando las diferentes categorías. Se continuó con ese criterio por cada uno de los cuatro grupos.

5.6 Criterios de exclusión

Se excluyeron de este estudio a los sectores: Unidad de Quemados y Unidad Renal; Quirófano y Área de Video-endoscopia, Hemodinamia, Diagnóstico por Imágenes y Esterilización. La Unidad de Quemados por poseer una internación prolongada que difiere del resto de los sectores de internación. Unidad Renal, Quirófano, Video-endoscopia, Hemodinamia, Diagnóstico por imágenes son servicios que no poseen internación y donde los pacientes transitan unas horas. Todos comparten la cultura organizacional del Servicio de Enfermería pero poseen

características particulares que podrían opacar el relato de los otros sectores.

5.7 Plan de análisis:

1. Se preparó la información para que sea accesible, detectable, ubicable y se identifique la fuente (protegiendo el anonimato).

2. Se transcribieron las entrevistas reduciendo su contenido en forma de resumen según los ejes temáticos. Se codificaron los datos generando matrices de datos, con la identificación de categorías. Se revisó nuevamente el material realizando un análisis de los discursos utilizando las matrices confeccionadas.

3. Se realizó un análisis transversal del material comparando los mismos y buscando agrupar los similares.

5.8 Recaudos éticos

Para las entrevistas realizadas se utilizó un consentimiento informado. Para ello se realizaron las siguientes acciones:

- ✓ Se brindó la información necesaria,
- ✓ Se apreció que el participante comprenda suficientemente, y que haya tomado la decisión sin coerción, influencias, incentivos o intimidación.
- ✓ Se protegió el libre albedrío del individuo y respetó la autonomía.
- ✓ Se dieron amplias oportunidades de hacer preguntas
- ✓ Se erradicó el engaño, Sin ejercer una influencia indebida.

Se presentó el presente estudio para la evaluación ética y científica del Comité de Docencia e Investigación Interdisciplinaria para su valoración y

aprobación.

Se aseguró la confidencialidad, el anonimato y la privacidad a los participantes para responder la entrevista en el hospital.

Se obtuvo el consentimiento informado oral de cada participante antes de proceder a la entrevista.

Se les comunicó que el estudio contó con la autorización del Comité de Docencia e Investigación del hospital. De las 25 entrevistas realizadas, 23 de ellas contaron con la autorización de la grabación en audio.

Tabla N° 2: Características de las personas entrevistadas según áreas.

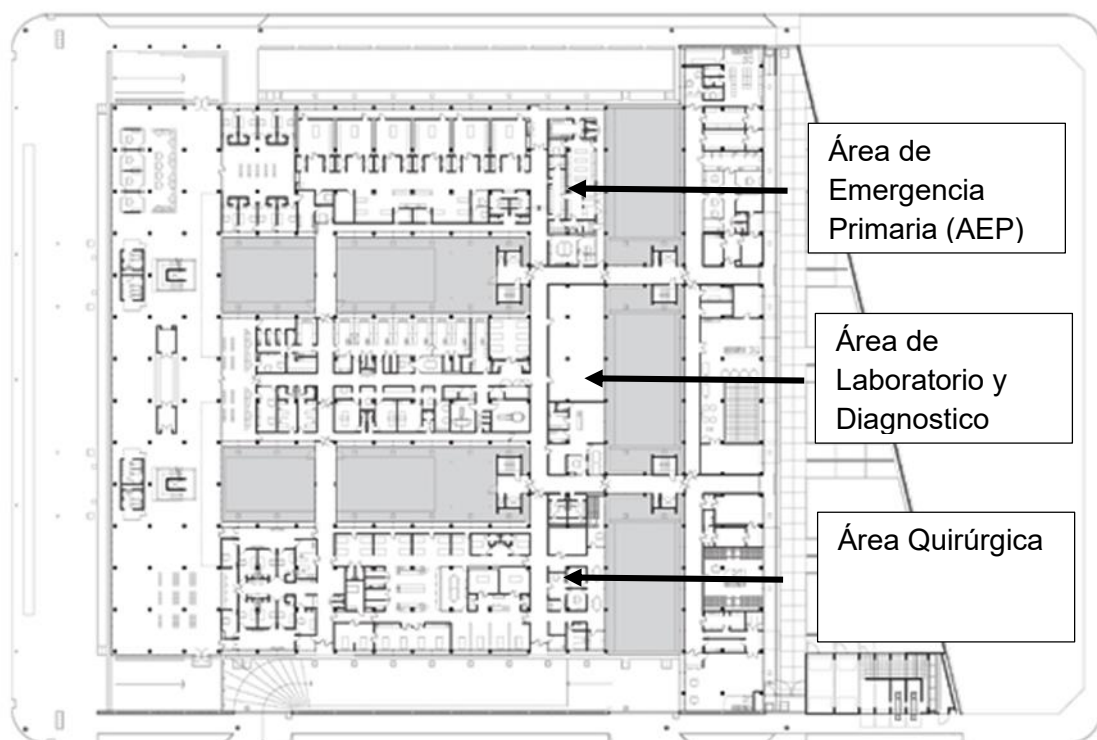
Población de estudio																			
Antigüedad en el HECA	Áreas críticas						Áreas de Internación General								Área de Gestión		Área Sindical		Total
	AEP		UTI		UCIC		A1		A2		B1		B2		Dto y jefes		Dele. gremial		
	Li c.	En f.	Li c	E nf	Li c	E nf	Li c	E nf	Li c	E nf	Li c	E nf	Li c	E nf	Ma g	Li c	Li c	En f.	
De 2 a 5 años	1						1					1		2					5
De 5 a 10 años							1		1			1		1					4
De 10 a 15 años	1																		1
De 15 a 20 años		1	1		1											2	1		6
De 20 a 25 años				1		1										3			5
Más de 25 años	1	1								1					1				4
Subtotal	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	5	1			
TOTAL	5		2		2		2		2		2		3		6		1		25

Fuente: elaboración de la autora

6. RESULTADOS

Si bien se ha hecho referencia al sitio de estudio, es necesario describir el medio ambiente físico donde transcurren los grupos y donde interaccionan.

Imagen N° 1: Croquis de la Planta Baja



Fuente: sitio web del arquitecto Mario Corea

Áreas Críticas

Área de Emergencia Primaria

El *Área de Emergencia Primaria*, más conocida como *la guardia*, presenta una superficie de más de ciento veinte metros cuadrados lo que representa un cuarto de la estructura de la planta baja. Se compone de cuatro consultorios con dos salas de esperas. Los consultorios del primero al tercero se utilizan para las consultas que llegan espontáneamente a la ventanilla de admisión, el consultorio cuatro es de enfermería: dependiendo de la cantidad de enfermeros estipulados en la dotación, está organizado para que realicen una admisión basada en el método Triage: de acuerdo a la valoración de enfermería, se ingresan los datos en un ordenador y se determina la prioridad de atención por colores. Naranja es urgencia, Amarillo es para ingresar al consultorio y Verde puede esperar hasta dos horas para evaluar el resultado del laboratorio y los estudios complementarios. El office de enfermería está en pasillo entre ambas estructuras. Cada consultorio está equipado con camilla, escritorio, silla, carro de curación. El consultorio tres tiene una camilla de examinación ginecológica. Continúa con un consultorio para traumatología y ortopedia donde pueden prepararse yesos. Ese consultorio tiene el nombre del último Jefe de Servicio y en su frente lleva una placa. Comparten un pasillo con admisión que posee dos computadoras y dos administrativos atendiendo el ingreso a la guardia por ventanilla. Separado por un pasillo técnico donde se encuentra el destacamento policial y la oficina de admisión, el office de los camilleros, baños. Allí se encuentran las puertas de ingreso de las ambulancias y continúa hacia laboratorio, diagnóstico por imágenes y quirófano. En ese pasillo hay un escritorio

donde la vigilancia privada regula el ingreso de familiares.

Al ingresar, sobre la derecha se encuentra el denominado Triage, con capacidad para seis camillas, donde se internan transitoriamente las personas hasta realizar el diagnóstico; esperan resultados de laboratorios, resultados de estudios complementarios (ecografías, radiografías, tomografías).

Continúa con el Shockroom, es un espacio donde se resuelven las emergencias. Tiene capacidad para cuatro camillas con un equipo de atención para cada una compuesto por un médico, un enfermero, varios medicamentos, camilleros. Si la situación lo amerita se puede trabajar con varios enfermeros y médicos a la vez. Consta de cuatro torres de aspiración continua, oxígeno, aire comprimido (son móviles y puede regularse su altura). Un office de enfermería que ocupa una mesada completa de puerta a puerta (ya que tiene dos ingresos) con dos bachas. Posee dos carros con monitores multiparamétricos y dos cardiodesfibriladores. Separado por un pasillo hay varias bachas para el lavado de manos y mesadas. Contigua el área de cuidados críticos donde se sitúan cuatro torres con oxígeno, aire comprimido y aspiración central. Con capacidad para cuatro ventiladores. Cada torre posee su monitor multiparamétricos. Se completa con una mesada y un área sucia. Se completa este sector con dos quirófanos para intervenciones simples. Enfrentando el área de ingreso se encuentra el área de internación transitoria. Tiene una capacidad de 16 camas con dos de aislamiento. Está separada por boxes de 4 camas cada sector y poseen en la cabecera un panel de oxígeno, aire comprimido y aspiración central. Todo el sector posee aire acondicionado y calefacción central y luces en el techo que no se apagan en las 24 horas. En el centro del área de internación y el área de cuidados críticos se encuentra un área vidriada donde hay

dos escritorios con sillas para los médicos y los enfermeros de guardia. Hay una computadora para el acceso a los resultados de laboratorio y de diagnóstico por imágenes; heladera, microondas; televisor y aire acondicionado particular. Dos muebles donde se colocan hojas varias y donde se archivan las historias clínicas en uso. Finaliza en un pasillo técnico donde se encuentran oficinas y están ubicados el telefonista, el jefe de los camilleros, la enfermera jefe de la Guardia, los médicos jefes de la guardia, las secretarias de la sala, la habitación de los médicos de la guardia con su baño, un depósito de material de limpieza y una oficina de Servicios Generales.

Sobre los espacios físicos a partir de la observación participante

El *Área de Emergencia Primaria, o Guardia*, como se conoce en la organización, es un espacio amplio, donde se puede trabajar con comodidad con los pacientes, los profesionales y el personal de apoyo. Es innumerable la cantidad de personas que ocupan estos espacios ya que se comparten con las visitas de profesores con estudiantes de la carrera de medicina, medicatos, pasantes, todas las especialidades médicas, nutricionistas, farmacéuticas, personal de apoyo: mucamas, camilleros, mensajeros, mantenimiento. Además del personal externo que arriba en las ambulancias de diferentes orígenes (privadas, públicas). Esta organizado en forma funcional que posibilita el desempeño de los profesionales y no interrumpe el flujo de trabajo. Esos diagramas respetan los pasillos diseñados: un pasillo técnico donde circulan solo los profesionales y el equipo de apoyo, los pacientes y un pasillo público donde circulan los familiares. La visita de los mismos se produce dos veces en el día y es regulada por el personal de vigilancia que regula el ingreso y la cantidad de tiempo que permanecen. De lunes a viernes

personal de la Oficina de Atención al Ciudadano se encarga de llamar a las diferentes especialidades para el informe médico. Los fines de semana esa función la realiza enfermería. Los *office de enfermería son cómodos pero las distancias entre los mismos y las camas/camillas son extensas*. Existen diferencias entre ambientes y se deben a las diferencias en los trabajos que allí se ejecutan.

No hay sillas donde sentarse en las áreas de trabajo y tampoco escritorios para el registro de los cuidados y las acciones lo que lleva a que el registro se realice de pie en las áreas críticas o en la mesa de la “pecera”, que es compartida. El espacio o territorio definido en la guardia es amplio y sin posibilidades de respetar la intimidad del paciente o la privacidad durante la ejecución de los cuidados. La “pecera” tiene mobiliario donde se guardan los bolsos y los elementos para el desayuno/merienda (tazas, vasos) sin decoración. El espacio es un símbolo y en la guardia este simbolismo se traduce en distancias, donde no se puede asegurar la privacidad del paciente, donde el vínculo enfermero-paciente es distante y donde no se contemplan las condiciones de comodidad ni descanso para los enfermeros.

Los *jefes tienen despachos* al finalizar las áreas de trabajo separados por un pasillo técnico y un ingreso desde la rampa que está clausurado. Solo la oficina de las secretarías se encuentra vidriada y además se comparten los espacios. Los ambientes son reducidos, con escaso mobiliario. Las puertas de los despachos de los jefes se encuentran siempre abiertas. Cuando están cerradas significa que se encuentran en reunión. Son poco utilizadas debido al sistema de refrigeración/calefacción mal regulado. En esta situación la jerarquía entre el despacho del enfermero jefe y el coordinador médico no hay diferencias ya que uno se encuentra al lado del otro y se distinguen por poseer mejores comodidades como

sillones y equipamiento electrónico como computadoras.

El *trabajo en la guardia se organiza por sectores*, si bien es una guardia de urgencias, se da respuesta a todos los pacientes que ingresen por la misma, y a su vez, a los pacientes que puedan descompensarse en los sectores y que no tengan cama en terapia. Esto se da por la posibilidad de mantener a los pacientes en asistencia mecánica ventilatoria hasta disponer de una cama en Terapia o poder ser derivado a otro efector provincial con cama en Terapia. Como se ha relatado la internación de hasta 4 pacientes en asistencia mecánica ventilatoria en simultáneo con pacientes críticos produce una sobrecarga en la demanda que repercute en los enfermeros/as, rige la sensación que no se puede decir que no; el concepto que no hay camas disponibles no es aceptado y está ligado estrechamente a la política. La *distribución de los sectores* las realiza en forma diaria la Enfermera Jefe tratando de mantener una rotación equitativa en cada uno de los sectores y queda registrado en una planilla en la carpeta del horario. Hay que tener en cuenta que el tiempo de internación puede ser de 1 hora hasta dos días en las áreas críticas considerando que la internación es en camillas y que la agilidad del servicio responde a los parámetros establecidos para las guardias. La dotación total es insuficiente para cubrir todos los turnos y se utilizan horas extras para planificar la dotación diaria.

Los *canales de comunicación* son formales. Se realiza mediante un cuaderno de novedades donde se colocan los pedidos de horarios, las horas de artículos, el relato sobre algún problema con pacientes. Cuando la Dirección o el Departamento requieren comunicarse lo hace formalmente mediante notas, tanto personales como grupales. Las mismas se reciben y se archivan en carpeta o se adosa en el cuaderno de novedades. Existen canales informales de comunicación

como grupos de WhatsApp. El grupo que ha tenido años de compañerismo se reúne en eventos sociales, fuera del hospital, festejando cumpleaños, celebrando casamientos. Los grupos que son de formación reciente se ha reunido para festejar los embarazos producidos en el año, en colaboración para regalar lo que necesite la nueva familia. Las interacciones entre los grupos, ya sea los del Heca nuevo como los que vienen trabajando desde el viejo son fluidas y logran ser armoniosas. Desarrollan relaciones de amistad, algunas parejas y vuelven su entorno compartiendo momentos con sus familias, integrándolas, surgiendo una línea muy delgada entre el trabajo y la familia.

El Estatuto prevé *la vestimenta* del personal. Para enfermería el color que se compra es el blanco. Las entregas, que deberían ser anuales, a veces se prolongan cada dos años. Esto ha originado que el Servicio de Enfermería compre su propia vestimenta. Como esta compra es individual y no colectiva implica que cada profesional elija el color y modelo. Muchas veces esto implica que haya diversidad de colores y modelos. Se puede establecer una diferencia de estatus laboral y social utilizando colores y formas diferentes de uniformes. En este caso generan distinción, demarcación, diferencias. Podemos sugerir imágenes asociadas a estatus de poder, si bien el uniforme o ambo blanco puede estar asociado a un símbolo de pureza vocación y abnegación se diferencia claramente de los administrativos que utilizan camisa blanca y pantalón y los médicos que arriba del ambo utilizan guardapolvos blancos.

6.1 Resultados de Áreas Críticas: Área de Emergencia Primaria

Con respecto a la *Cultura Organizacional* (según los Niveles de Schein) los casos analizados que representan a la *guardia o Área de Emergencia Primaria*

(AEP) del HECA (2016/2017) se disponen de la siguiente manera:

Puede verse que el Caso 1 y 3 que pertenecen al grupo de viejos (son los casos que se desempeñaron en el Heca viejo y que continúan en el nuevo edificio) En cuanto al **nivel 1: artefactos** (según el esquema de Schein) la *comunicación* que manifiestan es escasa y dificultosa; para el caso 2 y el caso 4 la comunicación es informal y se corroboran con el *lenguaje* en el que el caso 2 manifiesta buen trato hacia el paciente y el caso 4 manifiesta destrato hacia el paciente. El lenguaje logra un sentido de identidad y marca barreras en la interrelación. Por un lado observamos que hay buenos tratos hacia el paciente, esta práctica se muestra como profesional y por otro lado se observa el “destrato” hacia el paciente, práctica que difiere en la gestión del cuidado. Para el Caso 5, que pertenece al grupo de jóvenes (en el sentido de la antigüedad y que son casos que comenzaron a desempeñarse en el Heca nuevo) es verticalista y eso se corrobora con el *lenguaje* que en este caso no se manifiesta, es una dimensión que carece de valor ya que no lo menciona. Para *los rituales* se representa en el caso 2 como en la emergencia y ante el riesgo de vida del paciente se responde en equipo. Para el caso 3 y 5 el “paciente es de todos” y esto refuerza el vínculo *enfermero/enfermero*. Para el *espacio físico* en el caso 1 no se manifiesta, el caso 2 refiere que es desorganizado y no funcional mientras que el caso 4 la organización es “Más urgencia, menor distancia”, solo el caso 5 (que no conoció el Heca viejo) lo considera ordenado. Con respecto a la *vestimenta* solo el caso 2 identifica a su profesión con el color blanco que significa, para ella, abnegación y pureza. Puede verse que el entorno es percibido desde los vínculos: *enfermero-enfermero* como escaso, dificultoso, verticalista y *enfermero-paciente* como buen trato y destrutado.

En referencia a los casos 3 y 5 para el **nivel 2: valores** (de Schein) el valor se lo atribuyen a los *vínculos* y lo diferencian en *enfermero/enfermero* (caso 3) y *enfermero/paciente* (caso 5). El vínculo *enfermero/enfermero* lo hacen dentro del *clima de trabajo* (ver cuadro N°3), sin embargo, el vínculo *enfermero/paciente* (caso 5) lo contextúan de una forma que valoran la rapidez en el cuidado de enfermería dentro de lo que es la organización del trabajo. Para los casos 1 y 2 centran el *valor* en el vínculo *enfermero/paciente* calificándolo de bueno en los dos casos, para el caso 1 referencia una despersonalización en el trato y para el caso 2 detalla un trabajo en grupo frente a la emergencia. El caso 4 el valor está centrado en el vínculo *enfermero/enfermero* en una relación de soberbia entre los “nuevos” y los “viejos”. La dimensión **valor** está asociada con el *clima de trabajo*. Referenciando el vínculo enfermero/jefe relacionándolo al liderazgo de los últimos y el vínculo enfermero/medico es competitivo y de confrontación.

En relación al *mito*, es decir al concepto o idea que es el que los identifica y a veces es el motivo de orgullo, sienten que los municipales son vagos (caso 3) y que el vínculo *enfermero/enfermero* no se sienten solos (caso 5) esto se relaciona a la dimensión del *clima de trabajo* en donde consideran que es un trabajo grupal y en equipo.

La *toma de decisiones* como dimensión del nivel 2 de Schein (ver cuadro N° 3) los casos 1 y 2 no hacen referencia a ningún valor, con la mención del caso 3 y 4 que manifiestan que la toma de decisiones es verticalista y autoritaria. El caso 5 menciona que son poco participativas y que lo único que se escucha es la queja, afirmando el valor del caso 3.

La *capacitación* en este grupo, el caso 5, considera que hay oportunidades

pero que no son aprovechadas y referencia que es un desafío el trabajo en ese lugar. Para el caso 2 le representa que tener un título es “subir peldaños” mientras que el caso 4 le representa que la organización genera saberes que son propios y que poseen características propias como es la urgencia y la emergencia.

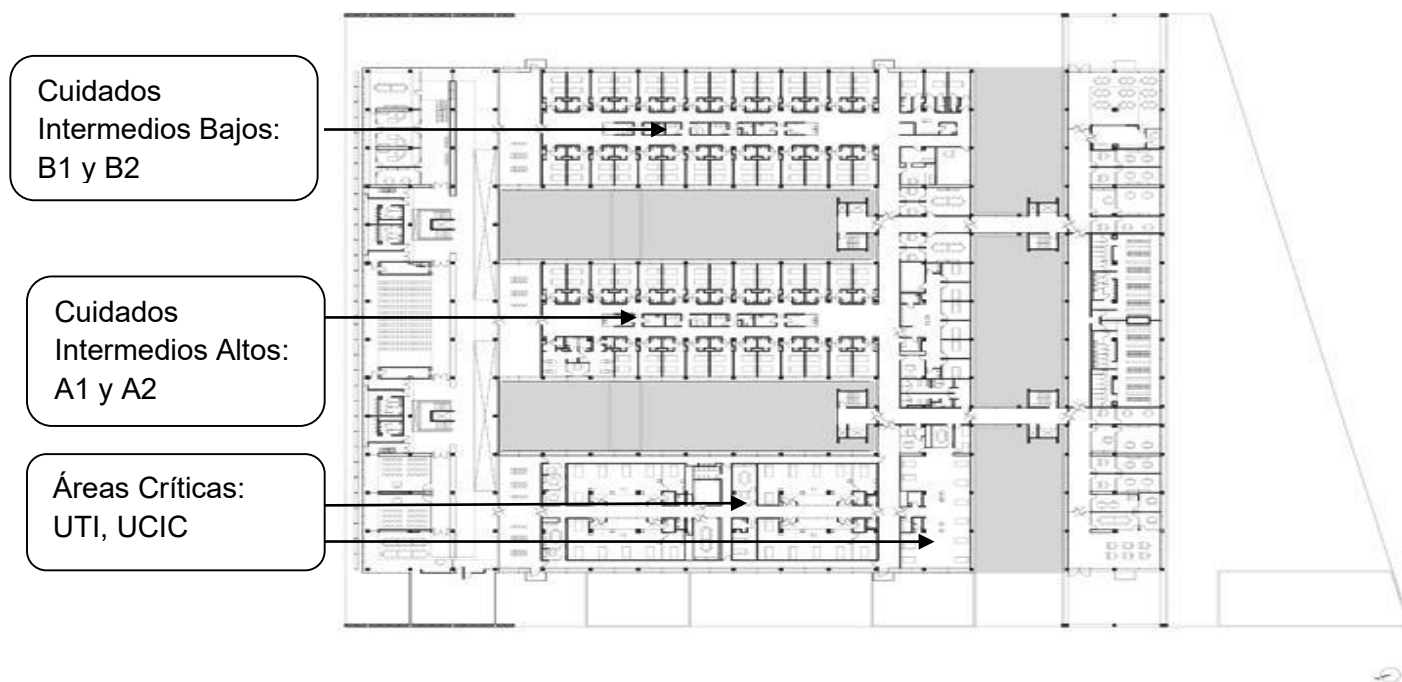
Para el **nivel 3: creencias arraigadas** (según Schein) en el caso 1 y 4 se manifiesta como que la experiencia y la competencia de la emergencia está asociada al lugar y que además posee un ciclo (vida), finalizado ese ciclo sienten que no tienen dónde ir.

Fuera del esquema de Schein, para los 5 casos relevados en la guardia (AEP) de sus puntos de vista emerge una nueva dimensión que llamaremos *Políticas*.

A continuación se presenta el cuadro N° 3 con la información reunida en forma resumida.

Cuadro N° 3: Áreas Críticas (Área de Emergencia Primaria - AEP)						
NIVELES		CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4	CASO 5
CREENCIAS ARRAGADAS	CREENCIAS	Experiencia y ciclo			Competencias en Emergencias	
VALORES	VALORES	Vinculo Enf/Pte. bueno y despersonalizado	Vinculo Enf/Pte. comprometido y unido frente a la urgencia	Vinculo Enf/Enf solidario en la urgencia	Vinculo Enf/Enf Soberbia jóvenes/viejos	Vinculo Enf/Pte. Valoración, rapidez
	MITOS		Unión ante adversidad	Municipales vagos		Vinculo Enf/Enf no te dejan sola
	CLIMA DE TRABAJO	Vinculo Enf/medico competitivo	Relacionado al liderazgo Enf/Enf	Grupal	Vinculo Enf/med Confrontación	Relacionado Con el grupo
	TOMA DE DECISIONES			Verticalista Queja	Verticalismo Autoritarismo	Poco participativas. queja
	CAPACITACION		Títulos son peldaños		Saberes propios	Oportunidades desaprovechadas Desafíos
ARTEFACTOS	COMUNICACIÓN	Comunicación escasa	Comunicación informal	Difícil	Informal	Verticalista
	LENGUAJE		Bueno, buen trato con el Pte.		Tipos de trato, destrato hacia el Pte.	
	RITUALES		Emergencias/ Vida/ equipo	Pacientes de todos		Paciente de todos. Vinculo Enf/Enf
	VESTIMENTA		Blanco, abnegación, pureza			
	ESPACIO FISICO		No funcional Desorganizado		Más urgencia Menos distancia	Organizado
NUEVA CATEGORIA	POLITICA		Niña mimada	Transparencia	Más trabajo Iguales recursos	Espejo
ANTIQUEDAD		Heca viejo	Heca viejo	Heca viejo	Heca viejo	Heca nuevo

Imagen N° 2: Croquis del Primer Piso



Fuente: sitio web del arquitecto Mario Corea

Áreas Críticas

Imagen N° 3: *Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios*



Fuente: sitio web del arquitecto Mario Corea

La *Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, UCIC*, fue creada en 1976 con una capacidad para 6 camas y gracias al aporte de la familia Vascheti de la ciudad. Es la única Unidad Coronaria de dependencia municipal y se encuentra el primer piso del Hospital, en la parte posterior del ala oeste, a continuación de Unidad de Terapia Intensiva, compartiendo el mismo pasillo, aumentando la capacidad instalada de la misma a 10 camas.

En su *disposición física* presenta, luego de su ingreso, al lado derecho un depósito para el material limpio, descartables, ropa de cama y en su lado izquierdo un office sucio. Luego conserva una forma rectangular con la distribución de 6 camas enfrentadas a 2 mesadas equipadas con 2 lavatorios para lavado de manos

que funciona una para los familiares y otra para el personal, las siguientes 4 camas se encuentran opuestas a las del extremo derecho e izquierdo, respectivamente, separadas por cortinas para respetar la privacidad de los pacientes internados. Las camas son eléctricas y conservan barandas de seguridad. En la mesada derecha está ubicado el monitor central para 8 camas con una impresora para el diagnóstico de las arritmias más severas. Para las otras 4 camas posee un equipo de telemetría lo que permite el monitoreo continuo en caso que el paciente se encuentre en condiciones de levantarse al baño. Cuenta con un baño totalmente equipado con las medidas de seguridad correspondientes. Es una sala abierta, y cada cama está separada por cortinas manuales que forman un box individual, con mesilla para comer y mesita de luz, con un panel que provee oxígeno, aire comprimido, aspiración central y monitorización continua de frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y oximetría por pulso a través de monitores multiparamétricos. Esos paneles poseen descarga a tierra, tomas para bombas de infusión continua, sistema de luces focalizado, sistema de alarma individual. Posee 2 carros de urgencia con cardiodesfibriladores, 3 carros de curaciones, un electrocardiógrafo y 1 marcapasos transitorio. Incluye, en su extremo izquierdo, la habitación de los cardiólogos de guardia, una sala de reuniones (utilizada por los médicos para el pase de sala) y la oficina de la jefa de enfermería. Los baños del personal se encuentran fuera de la Unidad (frente al pasillo) y fueron adaptados de baños para el público. Posee sistema de aire acondicionado y calefacción central.

Sobre los espacios físicos a partir de la observación participante

Las instalaciones son luminosas gracias a los amplios ventanales, presenta una distribución accesible al usuario y al profesional para el desempeño de sus

actividades. Presenta dificultades de seguridad ya que se han producido roturas de vidrios ante pacientes con crisis subjetivas y requiere de medidas de contención por situarse en el primer piso. La observación directa se dificulta en las camas que se encuentran a los laterales, utilizando monitoreo. No hay escritorios para ser utilizados como lugares donde los enfermeros/as puedan sentarse a realizar los registros y eso conlleva a realizar el registro parado, apoyado en la mesada. El despacho de la enfermera jefe es un despacho cedido por el jefe médico del servicio que utiliza la sala de reuniones en conjunto con el personal de staff y los residentes. El mismo es reducido, vidriado y poli funcional (sala de reuniones, deposito, heladera). Si lo relacionamos al estatus jerárquico en relación al servicio médico existen marcadas diferencias.

El trabajo se distribuye por número de camas y lo asigna la Enfermera Jefe en una planilla de registro semanal. La distribución de los pacientes, muchas veces, la reasigna el grupo de trabajo del turno. Tiene en cuenta la cantidad y la complejidad de los pacientes internados y también el nivel de formación del turno así como los años de experiencia en el área crítica. La dotación total es insuficiente para cubrir los turnos y se utilizan horas extras para poder cubrirlas.

El grupo de mayor cantidad de años se reúne fuera del hospital para la celebración de cumpleaños, así como compartir asistencia a Congresos o disertaciones especiales. Años atrás también se celebraba una reunión de despedida de año que se realizaba en conjunto tanto profesionales de enfermería como médicos y mucamas.

Áreas Críticas

Imagen N° 4: *Unidad de Terapia Intensiva*



Fuente: sitio web del arquitecto Mario Corea

Es un bloque de forma rectangular que contiene cuatro áreas de internación con capacidad para seis camas cada una. Todas las áreas cuentan con paneles con salida de aire comprimido, dos salidas para oxígeno (una para ventilación mecánica asistida), aspiración central y monitor individual cada cama; más monitor central en escritorio de enfermería. Cuenta con camas eléctricas y cada área tiene un box de aislamiento con presión negativa para pacientes que requieran aislamiento respiratorio. Cada área tiene dos zonas diferenciadas como área limpia y área sucia y chatero.

Una de las áreas tiene además instalaciones para realizar tratamientos de hemodiálisis a pacientes con falla renal.

El servicio cuenta también con dormitorio con baño, sala de estar y sala de reunión para médicos de guardia, oficina y sala de reuniones para enfermero jefe, oficina de secretaria, sala de informe y depósito de material, sala de estar de personal de limpieza y cuatro baños para el personal.

La sala de espera es amplia y permanece cerrada hasta el horario de visitas. Comparte el pasillo técnico con la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios. Y posee un lavamanos para la higiene de manos de los familiares.

Sobre los espacios físicos a partir de la observación participante

La disposición geográfica de la sala hace que los sectores estén bien diferenciados. La distribución de las Áreas las realiza la Enfermera Jefe en planilla que publica en transparente cada tres/cuatro días. La distribución de los pacientes la realiza, por cada área el Licenciado a cargo, de acuerdo a la complejidad. La complejidad de los pacientes hace que esta distribución sea en relación de un enfermero para dos pacientes y, según determinadas situaciones, un enfermero para un paciente. Esto se trata de establecer para los pacientes que tienen muerte cerebral al que se le realizará ablación múltiple. Se trabaja con el equipo del Cudaio que tiene asignado profesional médico extra para proceder en éstos casos, el equipo de enfermería se forma con profesionales del hospital que acceden a la atención con el pago de horas extras. En casos de ingreso o urgencias se trabaja en equipo y se colaboran en procedimientos de necesidad como las rotaciones y los baños. Se trata de aplicar los protocolos, que se han realizado entre el personal y que se pueden poner en vigencia. Algunos no se pueden llevar adelante por falta de recurso material: ejemplo el protocolo de úlceras por presión: a veces no hay recursos materiales para implementarlo. La distribución de las cuatro áreas hace

que se trabaje en una terapia grande con cuatro mini terapias, cada área es independiente una de la otra, se trata de continuar en esa área para tener continuidad con el paciente. Las distancias son enormes, sobre todo si se lo compara con el viejo hospital. La oficina de la Enfermera Jefe ocupa el mismo espacio y posee las mismas características que la oficina de los médicos sin inferioridad de condiciones como se pudo observar en el área anterior (UCIC). Esto se debe a la presencia de enfermería en el diseño de la Terapia Intensiva cuando construyeron el Hospital y también lo podemos relacionar a las frases “la niña mimada” y “recuperamos muertos” implica la importancia y trascendencia que tiene el HECA para la salud de los rosarinos desde la mirada de sus profesionales enfermeros con una fuerte impronta política.

6.2 RESULTADOS de Áreas críticas: Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios y Unidad de Terapia Intensiva

A continuación se describen los resultados sobre la Cultura Organizacional (según los niveles de Schein) en las **Áreas Críticas** ubicadas en el primer piso. Estas áreas pertenecen a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios (UCIC) y a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Estos cuatro casos se describirán conjuntamente en función a que son áreas cerradas, donde los familiares toman contacto con los pacientes en horarios de visita reducida.

Si bien en ambas áreas, UCIC y UTI, el paciente corre riesgo de vida y está críticamente enfermo, la diferencia radica que en Coronaria el paciente puede estar grave pero uno no lo visualiza, el paciente habla, se comunica, demanda; en cambio, en Terapia, el paciente está poli instrumentado y asistido ventilatoriamente por lo que no puede comunicarse (el criterio de salida de la Terapia es “si habla

puede ir al piso”), significa que puede ir al sector de cuidados intermedios altos.

Estos cuatro casos iniciaron sus actividades laborales en el edificio antiguo y colaboraron con la mudanza al edificio actual.

En cuanto al **nivel 1: artefactos** (según el esquema de Schein) la *comunicación* pasa por definir la identidad desde lo simbólico, como por ejemplo el caso 7 donde dice sentir una despersonalización cuando los enfermeros no utilizan el uniforme, la *vestimenta*, que los identifica como enfermeros (el color blanco). En el caso 8 y 9 se corrobora la misma percepción que el color blanco los identifica con la profesión (ver cuadro N°4), todos estos casos que representan el Heca viejo, así como el caso 2 del AEP, asocian la representación del estatus a través del blanco.

Continuando con la *comunicación* en sí misma representada por el *vínculo enfermero/enfermero*, adquiere varios sentidos: en el caso 6 y 7 (Coronaria) la relación es de incomunicación, mientras que los casos 8 y 9 (Terapia) representado por el *vínculo enfermero/enfermero* los significados son canales establecidos y formales en el sentido de que cada uno sabe cómo tiene que proceder y representado por el *vínculo enfermero/paciente* las expresiones son que no hay comunicación ya que el paciente no habla. Relacionado al *lenguaje* utilizado, el caso 6 no se manifiesta, mientras que el caso 7 y 8 lo vinculan según con quien se manifiestan y el caso 9 atribuye que utiliza un lenguaje técnico. Esta utilización de un lenguaje técnico distingue un “orden jerárquico” y marca un estatus dentro de las áreas críticas, esto implica un sentido de pertenencia al área crítica que sólo incorporan este tipo de áreas generando una identidad y una exclusividad propias de los lugares cerrados. El profesional adquiere un estatus de poder y una posición

social que le otorga el dominio del lenguaje del conocimiento científico.

Se visualiza como *ritual* a la rutina de trabajo. En estos cuatro casos la mirada respecto de lo que deben hacer con el paciente, *los cuidados*, los casos 7,8 y 9 los califican como rutinarios, solo el caso 6 aplica la Teoría de Henderson significando que estos casos consideran que siempre se realizan las mismas actividades mientras que el caso 6 puede observar que utiliza una teoría para realizar los cuidados de enfermería.

En lo que respecta al *espacio físico*, el caso 6 (Coronaria) se siente observado por los pacientes mientras que en los restantes casos el paciente no es observable directamente ya sea por un diseño inadecuado de la planta física (caso 8 y 9) y por exceso de tecnología (caso 7) con lo cual el problema pasa por una observación muy limitada en directo, tan importante para esta clase de pacientes.

Siguiendo el esquema de Schein para el **nivel 2: valores**, en lo que concierne a los *valores* propiamente dichos, se puede observar una diferencia sutil entre los casos 6 y 7 (Coronaria) y los casos 8 y 9 (Terapia). Se observa en Coronaria el *vínculo con el paciente* expresándose en respeto y eficacia mientras que en Terapia no se expresa vínculo con el paciente y si entre *enfermero/enfermero* como trabajo en grupo colaborativo.

En lo que afecta a *clima de trabajo* en los cuatro casos enfocan su punto de vista en la relación enfermero-enfermero atribuyendo a un significado más familiar, conformando un grupo más que un equipo de trabajo.

En la *toma de decisiones* el caso 6 considera que son impersonales y apoya a los casos 7, 8 y 9 consideran que la toma de decisiones es verticalista y se impone

el modelo medico hegemónico.

En cuanto a los *mitos*, a diferencia de la guardia, el punto de vista difiere en los casos 8 y 9 que lo relacionan a la muerte poniendo su significado en “*la mosquita no falla*” “*la mosca se lleva a alguno*”.

Para la *capacitación* hay un hilo conductor sobre las posibilidades que existen para hacerlas pero justifican que no se realizan debido a la falta de motivación.

En lo que pertenece al **nivel 3 de creencias arraigadas** de Schein, los casos 6 y 7 (Coronaria) la *creencia* se basa en la relación al trabajo y se observa egocéntrica hacia lo que hacen como enfermeros. En cuanto a los casos 8 y 9 (Terapia) se basan en relación a la evolución del paciente, y como su trabajo afecta en la evolución e influye en la recuperación del mismo

En lo que atañe a la nueva categoría *Política*, los casos 6 y 7 presentan conceptos similares representado por “*lo mueve todo*” y “*nos atraviesa*”, mientras que el caso 8 repite el concepto de “*niña mimada*” y el caso 9 asegura que es una plataforma para conseguir votos, teniendo en cuenta la influencia que tiene la Salud Publica en la población de Rosario y alrededores y la capacidad de recuperación de casos graves “*levantamos muertos*”.

A continuación se puede observar el cuadro N° 4 con el resumen de información de las Áreas Críticas: Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios y Unidad de Terapia Intensiva. Los casos 6 y 7 corresponden a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios (Coronaria) y los casos 8 y 9 a la Unidad de Terapia Intensiva (Terapia).

Cuadro N° 4: Áreas Críticas Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios y Unidad de Terapia Intensiva, según el esquema de Schein					
NIVELES		CASO 6	CASO 7	CASO 8	CASO 9
CREENCIAS ARRAIGADAS	CREENCIAS	Las prioridades son impersonales	Me apasiona la Cardiología	La lucha y recuperación de los pacientes	Recuperamos muertos
VALORES	VALORES	Eficacia Vínculo con el paciente	Respeto Colaboración	Equipo	Trabajo Colaborativo
	MITOS		Poco trabajo el paciente no se ve grave	Mosquita... no falla. Signo de muerte	La mosca se lleva a alguno
	CLIMA DE TRABAJO	A mayor complejidad del paciente ausencia de equipo	Bueno según el grupo Trato de colegas	Depende del grupo	Somos compañeros
	TOMA DE DECISIONES	Decisiones unipersonales Verticalista	Unidad cerrada. Modelo médico, les cuesta el aporte enfermero	Verticalista	Verticalista Médico impone
	CAPACITACION	Hay libertad de acción	Nada planificado. Poca motivación. Jefes por jubilarse	Poca motivación, libertad de acción, no visibiliza	Se puede hacer mucho pero nadie empuja
ARTEFACTOS	COMUNICACIÓN	Incomunicación	Según el grupo, diferencias entre viejos y nuevos	Canales establecidos No hay comunicación con el paciente (ventilado) ni el familiar	Formales con el equipo, poco con el familiar
	LENGUAJE		Según las circunstancias	Según el grupo	Técnico
	RITUALES	Organización rutinaria	Trabajo específico	Rutinas	Rutinas
	VESTIMENTA		Hay despersonalización. El blanco nos representa	El blanco es representativo pero usamos cualquier color	Blanco
	ESPACIO FISICO	Observados por el paciente	Mas tecnología menos camas visibles	Practico Camas escondidas	Practico camas invisibles
NUEVA CATEGORIA	POLITICA	Mueve todo	Nos atraviesan	Somos la niña mimada	Votos
	CUIDADOS	Teoría de Henderson	Rutinas, no protocolos, no normativas	Rutinas no se revisan protocolos	Rutinas no guías
ANTIGUEDAD		Heca Viejo	Heca Viejo	Heca Viejo	Heca Viejo

Áreas de Internación General

1. Cuidados Intermedios Altos y

2. Cuidados Intermedios Bajos

Imagen N°5: *Área de Cuidados Intermedios Altos: A1 y A2*



Fuente: sitio web del arquitecto Mario Corea

La sala de cuidados intermedios altos se encuentra ubicada en el primer piso, el ala central entre la dirección y el área de quemados.

Ésta consta con dos entradas. Hacia el norte: el ingreso de los familiares previa sala de espera. Y en el extremo sur comunica con un pasillo técnico que permite el acceso a los cuidados críticos y ascensores al área de quirófanos y el área de emergencia primaria en la planta baja.

El área de cuidados intermedios altos está dividida en tres sectores. El sector

A1, el Sector A2 y Unidad Renal. El sector A1 y A2 cuentan con un enfermero jefe y una dotación de enfermería para cada sector.

El Área De Cuidados Intermedios Altos **A 1**, consta de 22 camas que se dividen en 11 habitaciones de 2 camas cada una con baño propio cada habitación.

Cada habitación cuenta con un panel de oxígeno y aspiración sin panel de aire comprimido, no individualizados por lo cual deben ser compartidos por los internados. Solo las habitaciones 7 y 22 cuentan con aire comprimido para pacientes con asistencia mecánica ventilatoria. Las camas son ortopédicas y con ruedas, presenta un placard para compartir, mesa de luz individual, panel con luces por cama, diseñadas para todo tipo de prácticas específicas las cuales no siempre funcionan. Inicialmente cada habitación contaba con timbres los cuales ya no funcionan.

La sala cuenta con un Office de enfermería (limpio) ubicado en el centro de las habitaciones, éste es de espacio reducido con bacha, bajo mesada y alacena para guardar medicación de stock, material descartable de uso diario (termómetro, estetoscopios, tensiómetros, bandejas) junto con otros elementos de trabajo y el carro de paro.

El Office sucio se encuentra frente al limpio y cuenta con una heladera para guardar medicación, refrigerantes, alimentación enteral y parenteral (no en stock), además de cumplir la función de un depósito de material estéril y ropa de cama.

Pegado al Office sucio se encuentra el Depósito limpio, lugar usado por las mucamas como estar. Enfrentado se halla la Oficina del Enfermero Jefe. El baño del personal es compartido por ambos sectores A.C.I.A 1 y A.C.I.A. 2.

En el pasillo, frente al office limpio se encuentra una mesa de trabajo donde se ubican las tablillas, carpetas, Kardex, material de escritorio, report, cuaderno de novedades, planillas de horarios, cuadernos de salud mental, y de trabajo social para que el personal de enfermería pueda derivar pacientes con crisis subjetivas y pacientes con heridas de arma de fuego respectivamente. En el medio del pasillo esta la mesa de trabajo, tanto del personal del servicio, como médicos y kinesiólogos. En la sala de espera el servicio de Cirugía General da los informes de los pacientes internados en los cuatro servicios de internación, siempre de mañana.

El Área De Cuidados Intermedios Altos **A 2** cuenta con 14 habitaciones, cada una cuenta con un panel de oxígeno y aspiración, las camas son ortopédicas contando con 2 camas en cada una, un total de 28 camas útiles disponibles para internación, con baño privado por habitación provisto con agua fría y agua caliente, un placard, 2 mesitas de luz individuales, dos mesas de comer individuales, 2 sillas una para cada acompañante, ventanal que comunica al exterior, sistema de refrigeración y calefacción central, televisor para favorecer el bienestar recreación de los usuarios.

En el centro del pasillo central encontramos una estructura de material y vidrio que corresponde al office limpio de enfermería. Cuenta con mesada de acero inoxidable con bacha simple, bajo mesada, alacena, cajonera para dosis diaria individual de medicamentos; carro de paro, monitor y desfibrilador. Frente a dicho office encontramos el office sucio y depósito de material. Anexo el depósito de ropa limpia y estar de mucamas. A continuación, la oficina del jefe de enfermería. En el pasillo de la sala se encuentra una mesa de trabajo, donde enfermería registra sus actividades, también es compartida con otros profesionales.

Sobre los espacios físicos a partir de la observación participante

Si bien los dos sectores comparten el mismo espacio físico y la calidad de pacientes allí internados responden a dos jefaturas diferentes. Los espacios del office de enfermería son estrechos y no permite el desenvolvimiento de todos los enfermeros. Hay escaso lugar para el depósito de material y eso lleva al desorden, entorpeciendo las rutinas de trabajo. Se dificulta la observación de un paciente con cuidados intermedios altos, al momento de responder a una urgencia, hay escaso lugar para poder actuar. Cada cama comparte oxígeno y aspiración central lo que dificulta la utilización de las camas con pacientes con demanda de dichos elementos, no pudiendo internar dos pacientes que requieren oxígeno o aspiración juntos. Mientras que los espacios ocupados por los enfermeros son cercanos a los pacientes, no muestran un lugar propio que funcione como estar. La funcionalidad del office sucio nunca existió ya que son espacios que han sido “robados” siendo adaptados para que los enfermeros contaran con un lugar aislado de los pacientes.

Los jefes no tienen despachos programados sino que han utilizado los lugares de depósito convirtiéndose en lugar de depósito más oficina de los jefes de enfermería. No poseen ventanas y son estrechos además de poli funcionales, se puede observar que estos espacios, donde se supone que son lugares donde enfermería realiza parte del trabajo burocrático, en donde se requiere concentración y privacidad (entrevistas/confección del horario) son espacios que no están preparados para tales actividades, como si estas actividades fueran invisibles para enfermería. La mesa de trabajo es el único lugar donde sentarse y proceder al registro que se comparte con otros profesionales y que en simultáneo no responde a la cantidad de personas trabajando. La exposición continua de los profesionales

de enfermería ha llevado a “apropiarse” de lugares no contemplados para tal función. Convirtiendo lugares como depósitos en lugares donde se comparte un momento de sentarse juntos y una charla de descanso.

La distribución de los sectores de internación para la atención de los pacientes la realiza el Enfermero Jefe en un cuaderno, el “Cuaderno de Distribución”. En el mismo se asigna una cantidad de habitaciones para los enfermeros del turno. No se tiene en cuenta la complejidad de los pacientes ni el grado de académico. Según el turno y los grupos algunas tareas se hacen en equipo, por ejemplo los baños en cama y el control de los signos vitales. Los baños en cama requieren destreza y manejo de las técnicas de movilización para ser ejecutados en este tipo de pacientes de grado de dependencia (grado III: no se movilizan solos, poseen venoclisis, sondas vesicales, sondas de alimentación enteral, traqueotomía, con deterioro del sensorio) y el trabajo en equipo agiliza el trabajo, lo distribuye equitativamente, previene lesiones personales y brinda seguridad al paciente. Ambos sectores participan en un programa llamado “Familia Activa”. Se trata de la educación a los familiares de pacientes complejos basados en tres puntos: el cuidado de la piel, la nutrición y la limpieza del traqueostomo. Esto le brinda seguridad al familiar para poder continuar sus cuidados en el domicilio. Ambos sectores están trabajando en base a ese programa. También poseen pacientes asistidos en ventilación mecánica con varias semanas de estadía. Se acondicionó una habitación en cada uno de los sectores para recibir a pacientes con traumatismos raquimedulares que tenían asistencia mecánica ventilatoria y que llevaban semanas de internación en terapia sin posibilidades de desvincularlo del ventilador. Se internan en los sectores, rotando alternativamente,

para educar a la familia y tramitar la internación domiciliaria en un centro que pueda recibirlos (por ejemplo Aprepa o Pilares) o en su casa.

El porcentaje ocupacional de ambas salas ha ido disminuyendo ya que se deben bloquear camas por pacientes con aislamiento y por pacientes con respirador y ha aumentado el promedio de días de estada transformándose en una sala de pacientes crónicos.

6.3 RESULTADOS de Áreas de Internación General: Cuidados Intermedios Altos A1 y A 2

Se describirán los casos del Sector de Cuidados Intermedios Altos A 1 y A 2. Al finalizar la presentación de los resultados se colocará el cuadro resumen N°5, de los casos 10 y 11 pertenecen al A 1 y los casos 12 y 13 al A 2. Si bien comparten similitud de cuidados en pacientes responden a dos jefaturas con diferentes liderazgos constituyendo dos grupos de trabajo.

En relación a la antigüedad los casos 10, 11 y 12 comenzaron a desempeñarse en este edificio y el caso 13 comenzó sus actividades laborales en el edificio viejo y colaboró en la mudanza a este nuevo edificio.

Siguiendo el esquema de Schein, para el **primer nivel: artefactos**, la *comunicación* para los casos 10 y 11 refieren que es fluida con el jefe y con las supervisoras sólo el pase de sala mientras que el caso 12 y 13 manifiestan que la comunicación es escasa, debería haber más y que a las Supervisoras le llevan el problema pero también la solución. Para la manifestación de la comunicación, el *lenguaje*, los casos 10 y 11 cuentan que es fundamental y fluida con los familiares, pero presentan dificultad con los médicos. Los casos 12 y 13 son más distantes respecto a su relato y lo asocian según el caso y dependiendo de con quien se comuniquen. El lenguaje propio de los profesionales de la salud marca un estatus y los posiciona en un nivel que le otorga el dominio del lenguaje del conocimiento científico. Este lenguaje no presenta dificultades hacia las familias de los pacientes pero sí con los profesionales médicos. Esta dificultad marca barreras de interrelaciones muchas veces conectadas a la necesidad de la presencia que

solicitan los familiares y por las cuales enfermería demanda a los profesionales médicos.

En cuanto a *los rituales* cada uno lo asocia a actividades que realizan todos los días: uno es el pase de guardia y tomar mate para los casos 10 y 13 mientras que el caso 11 lo asocia a reuniones sociales y el caso 12 a las reuniones que se realizan mensualmente en el hospital.

Para la *vestimenta*, los cuatro casos refieren que no hay un orden a seguir y las entregas de los ambos son cada vez más distantes. Rompen el correlato de la representación del estatus a través del blanco y buscan demarcarse, diferenciarse con formas y colores nuevos. La cantidad de enfermeros pertenecientes al Heca nuevo puede ser fruto de este “rompimiento” y la necesidad que enfermería “sea vista”, que los cuidados no pasen desapercibidos ni invisibles.

Para los *espacios físicos*, los cuatro casos comparten la visión que son estrechos, el lugar para desenvolverse es escaso, los pacientes comparten los paneles de oxígeno y el caso 13, quien tiene la mirada del hospital anterior refiere que “*lo hicieron mal*”.

Para el **nivel dos: valores** (esquema de Schein) cuando mencionan los *valores*, tres de los casos (10, 11 y 12) los asocian al Programa Familia Activa y refuerzan el concepto de educación, sobre la eficacia y la eficiencia (caso 10); manifiestan el compromiso de la familia y su involucramiento para continuar con los cuidados en la casa (caso 11 y 12). Solamente el caso 13 asocia el valor a la unión del grupo, sin referirse a los *cuidados* como relataron sus compañeros.

Detallando el *clima laboral*, los cuatro casos lo asocian a sus pares y no

tienen en cuenta el resto del equipo de salud.

Relacionado a la *toma de decisiones*, los casos 10 y 13 las consideran verticalistas, aclarando el caso 10 que tiene autonomía en las decisiones que toma con respecto a su propio trabajo y el caso 13 agrega que el jefe hace las decisiones participativas, así como el caso 11. El caso 12 manifiesta que existe una demora en la toma de decisiones.

En cuanto a los *mitos*, cada uno tiene su visión particular y por eso el caso 10 lo asocia a los “personajes” referido a enfermeros que realizaron proezas en sus cuidados, el caso 11 lo asocia a lo sobrenatural y los espacios pequeños como el ascensor, el caso 12 lo relaciona a sombras, pero no le da relevancia. Y el caso 13 lo compara con el Hospital Viejo, en el cual circulaban muchos más mitos debido a la cantidad de años que se encontraba en ese lugar y a las generaciones de personas que trabajaron y fueron atendidas.

Para la *capacitación* se ven resultados asociados al programa Familia Activa, la influencia de una investigación ha auto motivado al grupo y se ven los resultados. Solo el caso 13 menciona la falta de acompañamiento.

El **nivel 3** de Schein, que corresponde a las **creencias fundamentales**, se manifiesta en dos casos. El caso 10 manifiesta que hay un empoderamiento del famililla a través del programa Familia Activa, reforzando el *vínculo enfermero-paciente*. Mientras que el caso 13 relata que “en el viejo éramos todos conocidos, acá somos muchos” refiriéndose al *vínculo enfermero-enfermero*.

Referido a la nueva categoría *Políticas*, el caso 10 y 12 manifiestan que no se ven y lo describen desde la perspectiva del edificio: si lo rompen nadie les dice

nada, el edificio se resiente. Para el caso 11 expone que no hay ningún tipo de políticas ni directivas, ni sindical y el caso 13 lo relaciona a la política sindical y los paros que consiguen resultados a largo plazo, aclarando que *“la salud no cierra”*, es decir que se mantienen las guardias mínimas y se da respuesta a las necesidades de salud de la población.

A continuación se exhibe el resumen de la información en el Cuadro N°5.

Cuadro Nº 5 Áreas de Internación General: Cuidados Intermedios Altos A1 y A2, según el esquema de Schein

NIVELES		CASO 10	CASO 11	CASO 12	CASO 13
CREENCIAS ARRAIGADAS	CREENCIAS	Empoderamiento del familiar a través del programa Familia Activa.	.	.	En el viejo éramos todos conocidos, acá somos muchos
VALORES	VALORES	Ni eficacia ni eficiencia "educación"	Compromiso de la familia	Involucramiento para continuar cuidados en casa	Unión de grupo para enfrentar problemas
	MITOS	Personajes... "las vías que ha puesto"	Ascensor...frío en la espalda	De noche... sombras... poco crédito	No hay leyendas por acá en el viejo si
	CLIMA DE TRABAJO	Depende las guardias y los compañeros	Depende del grupo	Hay compañeros densos... otros aburridos	Depende el grupo
	TOMA DE DECISIONES	Verticales, hay autonomía con el paciente	Participativas	Demora en la toma de decisiones	Verticales, el jefe participativo
	CAPACITACION	Basado en investigación Familia Activa	Automotivación	Familia Activa resultados	Compromisos pero todo uno
ARTEFACTOS	COMUNICACIÓN	Efectiva con el Jefe	Fluida con Supervisora en el pase	Debería haber más	Escasa, con Supervisión llevamos el problema y la solución
	LENGUAJE	Base con la familia, es fundamental	Escasa con los médicos, fluida con los familiares	Formal según el caso	Depende con quien
	RITUALES	Pase de guardia Amigo invisible en Navidad.	Reuniones sociales con ciertos grupos.	Reuniones mensuales	Mate al pasar la guardia.
	VESTIMENTA	Cada uno se compra	Usamos lo que nos gusta	Lo que tengamos	Blanco antes entregaban a tiempo ahora no
	ESPACIO FISICO	Estrecho	Desorden por escaso lugar	Para la urgencia escaso lugar. Comparten oxígeno	Poco lugar... lo hicieron mal
NUEVA CATEGORIA	POLITICA	No se ve, si los pacientes rompen todo nadie dice nada	No hay política directiva, ni sindical	No faltan insumos edificio resentido	Paro. Largo plazo resultados la salud no cierra
ANTIGUEDAD		Heca Nuevo	Heca Nuevo	Heca Nuevo	Heca Viejo

Área de Internación General

2. Cuidados Intermedios Bajos

Imagen N°6: *Área de Cuidados Intermedios Bajos B1 y B 2*



Fuente: sitio web del arquitecto Mario Corea

El sector de Internación de Cuidado Intermedio Bajo comprende también 2 servicios los cuales se denominan **B 1** con 28 camas y **B 2** con 29 camas, de las cuales 2 están destinadas a la internación exclusiva de pacientes con neutropenias y tratamientos quimioterápicos; y 3 habitaciones de aislamiento para pacientes con patologías respiratorias.

El Sector **B 1** se desarrolla sobre una superficie de 27 MT de ancho por unos 44 mts de largo. En su extremo este se continúa con una sala de espera y luego Dirección y en su extremo oeste se continúa con otro sector de internación.

El office de enfermería se encuentra en el centro de dos hileras de habitaciones. Mide 3.5 mts de largo por 2.5 mts de ancho. Uno de sus extremos es

vidriado, en el otro extremo se encuentra el office sucio, depósito limpio y office de Enfermero Jefe. Dispone de mobiliario para guardar insumos, mesada, pileta, una mesa y un teléfono. Se ilumina las 24 hs con tubos fluorescentes. Tiene 28 camas disponibles. Todas las habitaciones poseen dos camas con baño privado, panel con oxígeno, aspiración central y sistema de timbres. Cuenta con sistema de televisión por cable (privatizado) y amplias ventanas en las habitaciones. Posee sistema de aire acondicionado y calefacción central.

Sobre los espacios físicos a partir de la observación participante

Si bien los dos sectores comparten el mismo espacio físico y la calidad de pacientes allí internados responden a dos jefaturas diferentes. Los espacios del office de enfermería son estrechos y no permite el desenvolvimiento de todos los enfermeros. Hay escaso lugar para el depósito de material y eso lleva al desorden, entorpece las rutinas de trabajo. Se dificulta la observación de un paciente con cuidados especiales, al momento de responder a una urgencia, hay escaso lugar para poder actuar. Cada cama comparte oxígeno y aspiración central pero en este servicio se utiliza en escasos pacientes. Los jefes no tienen despachos programados sino que han utilizado los lugares de depósito convirtiéndose en lugar de depósito más oficina de los jefes de enfermería. Uno de ellos, B 1, no posee ventanas y es estrecho además de poli funcional. El otro despacho, B 2, ha sido adaptado del luego del office del sector de aislados. La mesa de trabajo es el único lugar donde sentarse y proceder al registro que se comparte con otros profesionales y que en simultáneo no responde a la cantidad de personas trabajando. La exposición continua de los profesionales de enfermería ha llevado a “apropiarse” de lugares no contemplados para tal función. Convirtiendo lugares como depósitos

en lugares donde se comparte un momento de sentarse juntos y una charla de descanso.

La distribución de los pacientes la realiza el Enfermero Jefe por sectores asignando un sector según la cantidad de enfermeros dejándolo registrado en el “Cuaderno de Distribución” pero no tiene en cuenta la cantidad ni la complejidad. Cada turno acuerda entre si la distribución de los pacientes en especial relación en el sector B2 donde se internan pacientes con necesidades de aislamiento respiratorio y neutropénico. Para los pacientes que reciben quimioterapia hay un enfermero designado para tal fin. La dificultad en la organización del trabajo es que la dotación no es suficiente para cubrir los turnos, sobre todo los turnos de 12/18 y 18/24.

6.4 RESULTADOS de Áreas de Internación General: Cuidados Intermedios Bajos B1 y B 2

A continuación se describirán los casos del Sector de Cuidados Intermedios Bajos los casos 14 y 15 pertenecen al B1 y los casos 16, 17 y 18 al B2. Si bien comparten similitud de cuidados en pacientes responden a dos jefaturas con diferentes liderazgos constituyendo dos grupos de trabajo (ver cuadro resumen N°6)

En relación a la antigüedad los casos 14, 16, 17 y 18 comenzaron a desempeñarse en este edificio y el caso 15 comenzó sus actividades laborales en el edificio viejo y colaboró en la mudanza a este nuevo edificio.

Siguiendo el esquema de Schein, para el **primer nivel de artefactos**, la *comunicación* en los casos 14, 17 y 18 refieren que con el jefe son escritas, esto puede suponerse de los turnos que realizan estos casos, el 18/24, donde no ven al jefe todos los días. El caso 15 manifiesta que es abierta la comunicación mientras que el caso 16 relata que es frontal. Todos hacen referencia a la comunicación con el jefe, solo el caso 17 manifiesta que la comunicación también es con supervisión pero que éstas demuestran poco involucramiento. Para la manifestación de la comunicación, el *lenguaje*, los casos 14 y 16 cuentan que es formal, mientras que el caso 18 lo atribuye depende con quien se comunique. Los casos 15 y 17 no se emiten opinión.

En lo que se refiere a los rituales, el caso 14 y 17 lo asocia al mate en el pase de guardia y en las rutinas; los casos 15 y 16 lo relacionan a las reuniones mensuales y para el caso 18 depende de la cobertura de las guardias mínimas.

Para *la vestimenta*, los cinco casos refieren que utilizan el uniforme que

tienen y las entregas de los ambos son cada vez más distantes. Estos casos continúan el relato de las áreas de internación de cuidados intermedios altos A1 y A2. Se puede interpretar que el blanco, representado por la abnegación y pureza y sostenido por el colectivo enfermero del Heca viejo es puesto en tela de juicio y en discusión. Los nuevos uniformes y la utilización de otros colores buscan reivindicar las representaciones simbólicas hacia nuevas representaciones.

Para los *espacios físicos*, los cinco casos comparten la visión que son estrecho, el lugar para desenvolverse es escaso. Los espacios representan el territorio y es una señal, una de las formas más externas de mostrar la posición que ocupa cada profesional de la salud en la organización. El caso 17 expresa que eso ha llevado a apropiarse de otros sectores ya que siempre estaban visibles y el caso 18 refiere que donde se encuentran internados los aislados debería tener cámaras para poder visualizarlos sin entrar a las habitaciones.

Para el **nivel dos: los valores**, según el esquema de Schein, cuando mencionan *los valores*, los casos 14, 15 17 y 18 demuestran el trabajo en equipo, compañerismo; solo el caso 16 atribuye el valor de la eficacia y eficiencia junto con la planificación y organización.

Detallando el *clima laboral*, cuatro de los casos lo relacionan con el *vínculo enfermero-enfermero* relacionándolo con el grupo y sólo el caso 18 asocia el *vínculo enfermero-otros servicios de apoyo* caracterizándolo con poca coordinación.

Relacionado a la *toma de decisiones*, las consideran verticalistas, aclarando que las decisiones que pueden ser tomadas en el servicio, el enfermero jefe los participa.

En cuanto a los *mitos*, cada uno tiene su visión particular y por eso el caso 14 refiere haber escuchado cosas pero no haber visto nada, los casos 16 y 17 refieren que pasan cosas en los aislados, mientras que el caso 18 no exterioriza ningún evento y el caso 15 lo asocia al Heca viejo, ya que conoce los dos edificios.

Para la *capacitación* se ven resultados asociados al programa Familia Activa, en cuanto a cuidados de la familia en su casa por los tutores para los casos 14 y 15 mientras que el resto de los casos lo asocia a la capacitación en quimioterapia que han recibido debido a que es el único sector del hospital preparado para realizar ese tipo de tratamientos.

El **nivel 3** de Schein, que corresponde a las **creencias fundamentales**, no posee manifestaciones.

Referido a la nueva categoría *Políticas*, el caso 14 y 15 lo atribuyen al gasto en salud para los pacientes sin tener en cuenta al personal; el caso 16 lo asocia a un “corto”, el caso 17 manifiesta el *peso del sindicato* y el caso 18 refiere que “*exigen pero no dan ni agua*”.

A continuación se muestra en forma de resumen la información en el cuadro N° 6.

Cuadro N° 6: Áreas de Internación General: Cuidados Intermedios Bajos B1 y B 2, según el esquema de Schein.

NIVELES		CASO 14	CASO 15	CASO 16	CASO 17	CASO 18
CREENCIAS ARRAIGADAS	CREENCIAS					
VALORES	VALORES	Trabajo en equipo	Compañerismo	Eficacia. Eficiencia. Planificación y organización de actividades	Tiramos todos para el mismo lado	Rapidez Trabajo en equipo
	MITOS	Escuche cosas pero no vi nada	No hay como en el Heca viejo en UTI	En aislados Hacen "travesuras"	Ruidos en aislados	No me pasó nada
	CLIMA DE TRABAJO	Depende del grupo Vínculo enfermero/enfermero	Según los turnos Compañeros	Según las relaciones interpersonales Vínculo enfermero/enfermero	Según los turnos Unidos el 18/24 por problemas	Vínculo enfermero/ servicios de apoyo Falta coordinación
	TOMA DE DECISIONES	El Jefe participa Hay cuestiones que no	Participativas Otras de arriba	Verticalistas En el servicio el Enf. Jefe participativas	Verticalistas con problemas generales Participativas con el jefe	Verticalistas con Dirección y con peso sindical
	CAPACITACION	Si con Familia Activa Tutores y Crisis Subjetivas	Si con Tutores y sus cuidados. Reuniones interdisciplinarias con O y T	Capacitación en grupo del servicio sobre quimioterapia y luego se abrió a todo el hospital	En quimioterapia y eso es muy bueno aunque tengas experiencia	Quimioterapia aunque no te guste
ARTEFACTOS	COMUNICACIÓN	Escritas en el Cuaderno de Novedades	Abiertas con el Jefe	Frontales con el Jefe	Escritas con el Jefe Supervisión poco involucramiento	Escritas con el Jefe
	LENGUAJE	Formales		Formales Según con quien		Depende con quien
	RITUALES	Mate en el pase De guardia	Reuniones mensuales	Reuniones mensuales "nos decimos las cosas"	Rutinas Mate Cumpleaños	Distribución Guardias mínimas
	VESTIMENTA	Ambo	Antes nos daban más	Usamos los que nos compramos	Demoras en la entrega de ambos	No nos dan
	ESPACIO FISICO	Reducido Poco práctico	Estrecho	Escaso	Apropiarse de lugares porque estábamos siempre visibles	Alejados los aislados Necesidad de cámaras
NUEVA CATEGORIA	POLITICA	Gastos en los tutores que pagamos todos	Todo para el paciente Nada para el trabajador	Evidentes Otras "corto"	Sindicato intervención para la seguridad	Exigen pero no nos dan ni agua
ANTIGUEDAD		Heca nuevo	Heca viejo	Heca nuevo	Heca nuevo	Heca nuevo

Área de Gestión

Imagen N°7: *Departamento de Enfermería*



Fuente: sitio web del arquitecto Mario Corea

El Departamento de Enfermería se encuentra en el primer piso del hospital. Posee un lugar físico luego del vestuario y antes del comedor en el área técnica de circulación del hospital. Es una oficina dividida en dos áreas, la primera es para la secretaria con dos escritorios y computadora y la segunda es para las supervisoras. Hay una mesa grande de reuniones con sillas suficientes, muebles para biblioratos, biblioteca y otro escritorio con computadora.

Sobre los espacios físicos a partir de la observación participante

El espacio físico es grande, ordenado y funcional a las actividades.

No poseen casilleros en los vestuarios, ya que no fueron asignados en forma

ordenada, lo que origina que dejen sus pertenencias y se cambien allí. Si se compara la disposición de la Dirección y del Departamento de Enfermería (la Dirección en el primer bloque y de acceso al público; el Departamento en el tercer bloque y de acceso técnico) se puede distinguir la diferencia jerárquica entre ambos lugares. Es como si en el diseño del hospital, enfermería debería estar al lado del paciente sin tener en cuenta la dinámica del cuidado enfermero: su tiempo de planificación, registro y evaluación. Señalando solo el “hacer” que involucra un modelo de gestión: dar respuesta inmediata, trabajando a contrarreloj, con escasa planificación posicionándose en una de las tres bases que conforman ese modelo; invisibilizando la gestión del cuidado.

Si bien estatutariamente entregan dos uniformes al año, se uniformaron con ambos especiales que las diferencian de los demás al alejarse del blanco, su representación simbólica ya no es de abnegación y pureza sino que marca una estrategia que simboliza un estatus superior.

Se procede a tomar la guardia mediante la lectura del Report. Luego, de acuerdo a la cantidad de supervisores por turno, en general son dos, se dividen las áreas para el recorrido: una recorre la planta baja: Guardia, Quirófano y las Áreas Intermedias Bajas y otra recorre las Áreas Críticas y las Áreas Intermedias Altas.

Las comunicaciones con el grupo son informales. Cuando se comunican con los Enfermeros/as Jefes se hacen mediante reuniones diagramadas cada 15 días. Mantienen un dialogo fluido mediante las recorridas diarias. También mantiene un dialogo fluido con el personal. Cuando se tienen que comunicar con el personal son formales, mediante notas, en caso de informes.

6.5 RESULTADOS de: Área de Gestión: Supervisores

El Departamento de Enfermería tiene una estructura de que depende de la Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública. La misma fue creada con funciones de Coordinación y Dirección de todos los niveles del área de enfermería, debiendo verificar que se cumplan las políticas específicas fijadas por la Secretaría de Salud Pública, de la Municipalidad de Rosario. (Ver Organigrama en ANEXO 6)

La coordina un jefe de Departamento concursado según estatuto y régimen de concursos vigente y trabaja conjuntamente con la Dirección del hospital. Actualmente en ese cargo se desempeña el Subdirector de la Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública.

Lo integran 7 supervisoras también concursadas y se cubren turnos faltantes con 3 Enfermeras Jefes. Cada supervisora tiene un área asignada para trabajar acompañando de referente al Enfermero/a Jefe de dicha área.

Además existen 10 Enfermeros/as Jefes concursados para cada servicio del hospital.

El departamento de Enfermería tiene a cargo 270 enfermeros de distintos niveles de formación, 15 instrumentadores quirúrgicos y 12 operarios esterilizadores.

De los siete Supervisores que conforman el Departamento de Enfermería se realizaron tres entrevistas ya que accedieron a ser entrevistados por razones de horario. Quedaron excluidas una Supervisora por parte de enfermo y otra por Licencia Anual Ordinaria. Todas se desempeñaban en el Heca Viejo y enfrentaron la mudanza al Heca Nuevo.

En lo que respecta al **primer nivel** sobre **los artefactos**, la dimensión de *espacio físico* los tres casos consideran que es deficitaria la estructura para dar respuesta a las problemáticas del hospital, son pocas supervisoras para la cantidad de servicios, distancias y turnos a cubrir. En cuanto a la dimensión *vestimenta* se manifestaron ya que no hay un acuerdo en cuanto al color y al diseño, sin embargo es necesaria la utilización del uniforme, se puede observar el cambio de representación simbólica respecto del blanco pero acuerdan en la necesidad de utilizarlo, en una búsqueda de identidad propia a través del uniforme (Ver cuadro N° 7). Sobre *los rituales* se relacionan al trabajo como por ejemplo la lectura del report, la división del trabajo por áreas, dar continuidad a pesar del poco personal.

En el discurso de las entrevistas se puede observar que el *lenguaje* entre ellas mantiene formalidad y respeto calificando a la *comunicación* como fluidas y en el formato de reuniones.

En lo concerniente al **segundo nivel** según Schein sobre **los valores**, a la dimensión *capacitación* las supervisoras realizan capacitaciones a quienes van a concursar cargos expresan que antes se realizaba el Congreso de emergencias y que se dejó de realizar por la mudanza y que intentan retornar y también se perdió el cargo de supervisora docente.

Relacionado a la *toma de decisiones* consideran que son todas consensuadas, específicamente las de Enfermería, en un *clima de trabajo* en el cual hay compañerismo y es armonioso y que, cuando se manifiestan diferencias se gestionan. Se ha marcado la diferencia entre el cliente interno (los enfermeros) y el cliente externo (los pacientes).

Los *mitos* se reflejan en “las apariciones del Heca Viejo”, la añoranza del

clima familiar que existía entre los trabajadores del Heca viejo; sobre todo en época de fiestas donde se realizaba el brindis de fin de año con valores de solidaridad, compromiso y responsabilidad entre trabajadores integrando al paciente y su familia.

En lo vinculado al **tercer nivel** de Schein sobre **creencias arraigadas** incorporando la *creencia*, solo el caso 21, que manifestó que el hospital amplía su misión de hospital de emergencias a incorporar problemáticas de salud mental, hospital donante, visualizando un cambio en la cultura de la organización.

En lo perteneciente a la nueva categoría sobre *política*, el caso 19 no se manifiesta, mientras que el caso 20 expone que es una dimensión atravesada y que debe dar respuesta a dos direcciones, tanto la médica como la de enfermería y el caso 21 plantea que también está atravesada pero lo relaciona a la política partidaria y a la política gremial.

A continuación se plantea en forma de resumen la información en el cuadro N°7. Se analizará por separado, dentro del área de gestión, los discursos de los enfermeros jefes.

Cuadro N° 7: Área de Gestión: Supervisores (según esquema Schein)				
NIVELES		CASO 19	CASO 20	CASO 21
CREENCIAS ARRAIGADAS	CREENCIAS			Cambio de cultura de emergencia y eso no es todo, cambia la sociedad y eso afecta el trabajo
VALORES	VALORES	Solidaridad Participación	Solidaridad Compromiso Responsabilidad	Vínculo Paciente y familia, diferencias en el área de internación y en el área crítica
	MITOS	Ruidos antes de la demolición En la TV apariciones todo del Heca viejo	Se extraña la gran familia del Heca Viejo	Se están tratando de recuperar, como el brindis de fin de año, las despedidas.
	CLIMA DE TRABAJO	Compañeras Grupo consolidado fuerte	Gestión sobre dos grupos: el cliente interno y el cliente externo Armonioso, con diferencias que se gestionan	Muy bueno Con diferencias que se consensuan
	TOMA DE DECISIONES	Consensuadas para no tener que volver atrás	Colegiadas con el Jefe de Departamento	No acuerdo pero respeto
	CAPACITACION	Presentaciones a concursos	Congreso de Emergencias cada dos años, retornar...	Motivación, Supervisora Docente perdido el puesto, Congreso de Emergencias
ARTEFACTOS	COMUNICACIÓN	Fluidas	En reuniones	En reuniones
	LENGUAJE	Formal	Respetuoso	
	RITUALES	Lectura de Report	Acuerdo en división del trabajo por áreas	Tratamos de dar continuidad pero hay un bache...
	VESTIMENTA	Diferenciación		Diferenciarse
NUEVA CATEGORIA	ESPACIO FISICO	Estructura deficitaria	Déficit cuantitativo del recurso humano	Poca estructura
	POLITICA		Atravesado por la Dirección médica y por la Dirección de Enfermería	Atravesados por el partido y por el gremio
ANTIGUEDAD		Heca viejo	Heca viejo	Heca viejo

6.6 RESULTADOS de Área de Gestión: Enfermeros Jefes

En el caso de los Enfermeros Jefes que dependen del Departamento de Enfermería se realizaron tres entrevistas. El criterio por el cual se seleccionaron tres casos de los diez, si bien es dirigido, se tuvo en consideración que los Enfermeros Jefes se hayan desempeñado en esa función desde el Heca Viejo.

Continuando con el **nivel uno** según el esquema de Schein referido a los **artefactos**, en la dimensión *espacio físico*, los casos 23 y 24 lo califican de disfuncional ya que no tienen despachos propios, admitiendo el caso 22 que intervino en la construcción de los espacios para enfermería y es por eso que posee despacho propio y oficinas grandes (Ver cuadro N° 8).

En lo que respecta a la *vestimenta* no acuerdan ni en el modelo ni en el color y el caso 24 manifiesta que hay dificultades por el género ya que son pocos los varones. Los Enfermeros Jefes pueden visualizar mediante este desacuerdo sobre el uniforme el cambio de representación simbólica, sin embargo no pueden direccionar hacia donde se orienta esta representación. Manifiestan la dificultad con el género ya que es una profesión altamente feminizada.

Y en la dimensión *ritual*: se observan relacionadas a las tareas diarias como registrar, pasar sala para conocer a los pacientes.

La *comunicación* tanto como *el lenguaje* “la ven” de dos maneras, por un lado, fluidas en las relaciones a los pacientes, los familiares y los profesionales a través de diferentes mecanismos; por otro lado manifiestan resentimiento más destrato por parte del Departamento de Enfermería (Supervisión), en estos casos las barreras en la comunicación se relacionan con el estatus jerárquico hacia las

Supervisoras. Es unidireccional ya que no es percibido por el Departamento de Enfermería.

En el **segundo nivel** de Schein: los **valores**, referido a la *capacitación* afirman que hay escasa participación por diferentes motivos, solo el caso 24 agrega que se encuentran motivados por el programa familia activa.

En lo que concierne a la *toma de decisiones* y el *clima de trabajo* en estos casos emergen situaciones contrapuestas: por un lado en el *clima de trabajo* informan compañerismo pero interfiere la rutina de trabajo y la conformación de grupos por turnos. Con respecto a la *toma de decisiones* tratan de ser consensuadas y participativas pero al manifestarse la verticalidad se ve la influencia de la dirección y del gremio. Por otra parte en cuanto a los *mitos* no se no se sienten “vagos” pero si “esclavos”. Y vuelven a surgir el mito de las “apariciones” en el Heca Viejo pero no en el nuevo.

En función a los *valores* en cada uno de los casos demuestran diferentes posiciones tales como en el caso 22 el trabajo en equipo, en el caso 24 la educación y en el caso 23 la desvalorización del trabajo pero en los últimos dos casos comunican la necesidad de protección respecto de los pacientes y familiares de los pacientes internados (ya que el agresor y el agredido se pueden encontrar internados en la misma sala).

En referencia al **tercer nivel** de Schein, sobre **creencias arraigadas**, en la dimensión *creencias* no se exponen.

En la nueva categoría: *políticas* exponen que es difícil de “ver” y se relaciona con los recursos materiales y los recursos humanos, la dificultad que representa

realizar un horario sin recursos humanos y la dependencia económica de los enfermeros sobre las horas extras.

A continuación se expone la información resumida en el cuadro N°8.

Cuadro Nº 8: Área de Gestión: Enfermeros Jefes (según esquema Schein)

NIVELES		CASO 22	CASO 23	CASO 24
CREENCIAS ARRAIGADAS	CREENCIAS			
VALORES	VALORES	Trabajo en equipo Coordinar diferencias entre nuevos/viejos	Desvalorización del trabajo Desmotivación Necesidad de protección	Compañerismo Compromiso con el paciente Educación
	MITOS	En el viejo si pero en el nuevo no	Municipales vagos pero no en salud	Poca visualización del trabajo "esclavos"
	CLIMA DE TRABAJO	Compañerismo Colaboración	Buen clima con diferencias que si no interfiere en el trabajo	Clima dividido por turnos
	TOMA DE DECISIONES	Consensuadas en equipo Problemas con dirección Problemas con departamento	Verticalistas Se resisten influye el gremio	Consensuadas participativas para mejor adherencia Decisiones verticalistas= resistencia
	CAPACITACION	Poca participación por el doble empleo, la familia Motivación	Escasa participación	Motivados por familia activa
ARTEFACTOS	COMUNICACIÓN	Fluidas Grupos de WhatsApp Telefónicas Personales	Fluidas con el personal y con los pacientes y sus familias Resentidas con Departamento	Personales Telefónicas Fluidas con el personal y con los pacientes Destrato por parte de Departamento
	LENGUAJE			
	RITUALES	Registros Comer todos juntos	Rutinas Pase de sala Ver los pacientes	Pase de sala con atención al usuario Ver los pacientes
	VESTIMENTA	Anual, diferentes pero no acuerdo	Grupo pequeño en desacuerdo	Anual. Dificultades en el género (pocos varones)
	ESPACIO FISICO	Intervención en la Construcción	Disfuncional	Disfuncional
NUEVA CATEGORIA	POLITICA	Dificultad de ver, si no hay insumos en el resto del hospital no hay nada Diferencias en los recursos humanos	Horario, sin recursos Resiente la atención	Horas extras diferencia económica
ANTIGUEDAD		Heca viejo	Heca viejo	Heca viejo

6.7 RESULTADOS de: Área Sindical: Delegado Gremial

En el caso del área sindical, representado por los Delegados Gremiales, se realizó una entrevista, con el criterio que éste representante ingresó en el Heca viejo. Los Delegados Gremiales son elegidos cada cuatro años por los trabajadores enfermeros, licenciados asociados al Sindicato y en base a esa cantidad se designan entre 4/5 representantes.

Continuando con el **nivel uno** según el esquema de Schein referido a los **artefactos**, en la dimensión *espacio físico*, expresa que se les designó una oficina donde pueden trabajar con el representante abocado al Heca (Ver cuadro N°9)

En lo que respecta a la *vestimenta* no se pronuncia. En la dimensión *ritual* se expone que se reúnen en base a conflictos, para tratar de darles una respuesta.

La *comunicación* opina que es formal, su herramienta de trabajo.

En el **segundo nivel** de Schein: **los valores**, referido a la *capacitación* declara que el Sindicato realiza capacitaciones del Capital Humano, desarrollando cursos de mandos medios, idiomas, oratoria, y varios que desarrollan esa línea.

En lo que concierne a la *toma de decisiones*, son un grupo recién elegido y las toman en forma colectiva; cuando tienen dudas recurren a convocar a las bases y se acuerda en conjunto con los representantes del sindicato.

El *clima de trabajo* es variable, se producen debates y llegan a acuerdos.

En cuanto a los *mitos* lo relaciona a otros delegados gremiales que han realizado conquistas de derechos o solucionado problemas importantes y se perciben como figuras de héroes o antihéroes depende la óptica de donde se observe.

En función a los *valores* lo que rescata son los derechos de los trabajadores, los derechos no conquistados y que trabajan para conquistar y como no está bien definida la función del delegado intervienen cuando los mecanismos organizacionales no funcionan.

En referencia al **tercer nivel** de Schein, sobre **creencias arraigadas**, en la dimensión *creencias* se revela la función del delegado como mediador entre trabajadores y jefes, y aquí se aprecia el concepto de cultura organizacional de Schein: “el patrón de supuestos básicos que un determinado grupo ha inventado, descubierto o desarrollado en el proceso de aprender a resolver sus problemas de adaptación externa y de integración interna, y que funcionaron suficientemente bien a punto de ser consideradas válidas y, por ende, de ser enseñadas a nuevos miembros del grupo como la manera correcta de percibir, pensar y sentir en relación con estos problemas”. Se vislumbra un corporativismo profesional que pretende ser respaldado por el sindicato. Y un poder sindicalista donde todos los trabajadores deben ser defendidos, sin tener en cuenta los hechos. Puede señalarse que los trabajadores, profesionales de la salud, no tienen una voz autónoma sino que es necesario que esté presente el delegado gremial para que sus palabras sean escuchadas.

En la nueva categoría: *políticas* expresa que marca la vida del hospital, señalando las relaciones entre nación, provincia y municipio y la influencia en el presupuesto, los recursos humanos, la salud de la población y las *relaciones de poder establecidas entre el gremio, el gobierno y el hospital*.

A continuación se expone en forma de resumen la información en el cuadro N°9.

Cuadro N° 9: Área Sindical: Delegado Gremial según el esquema de Schein.

NIVELES		
CREENCIAS ARRAIGADAS	CREENCIAS	Mediadores entre Jefes
VALORES	VALORES	Derechos Derechos no conquistados
	MITOS	Héroes /Antihéroes
	CLIMA DE TRABAJO	Variable Debate/acuerdos
	TOMA DE DECISIONES	Colectivas Conflictivas se recurre a las bases Se recurre al referente gremial
	CAPACITACION COMUNICACIÓN	Capacitación del Capital humano Formales
ARTEFACTOS	LENGUAJE	
	RITUALES	Reunión en base a conflictos
	VESTIMENTA	
	ESPACIO FISICO	Oficina Representante abocado al Heca, en los servicios
NUEVA CATEGORIA	POLITICA	Marca la vida del hospital
ANTIGUEDAD		Heca Viejo

7. DISCUSION

En relación a los tres niveles propuestos por Schein, la cultura organizacional dentro del HECA se construye en relación a diferentes vínculos:

Enfermero-enfermero, Enfermero- paciente. (Ver cuadro N°10)

En el Área Crítica de la Guardia (AEP) el vínculo *Enfermero-enfermero*, en relación **al nivel 1: artefactos** perciben el entorno físico y social como dificultoso y verticalista, (desde la toma de decisiones); demuestran una representación simbólica mediante la vestimenta con el blanco al que asocian a la abnegación y la pureza, sin embargo, **el nivel 2: los valores** muestra una actitud grupal cuando deben hacer frente a una emergencia bajo el lema “el paciente es de todos” sin importar la antigüedad dentro de la institución. Priorizan **los valores** por encima de **los artefactos** poniendo énfasis en el vínculo *Enfermero-paciente*, bajo **la creencia (nivel 3)** que deben estar unidos en la emergencia.

En el Área Crítica de la Unidad de Terapia Intensiva y la Unidad Coronaria, los niveles de Schein muestran que el vínculo *Enfermero-enfermero*, es calificado como escaso y formal por los entrevistados dentro del **nivel 1** y continúan con la misma representación simbólica de la vestimenta a través del blanco. Reconocen la diferencia entre quienes vienen del HECA viejo y quienes comenzaron en la nueva institución. Consideran que el vínculo con el paciente es mínimo, y perciben que no existe el vínculo con los familiares del paciente. Se presenta en este nivel el lenguaje técnico, como dominio y poder de una información exclusiva que da estatus y que se representa como barrera de interrelación. Sin embargo, en el **nivel 2**, el vínculo *Enfermero- enfermero* es de mayor compañerismo y colaboración. Aparece un nuevo vínculo que es el de *Enfermero- medico*, calificado como con

una comunicación verticalista que se mantiene aún en el **nivel 2**.

A pesar de las características de los vínculos de los niveles 1 y 2 se destaca la importancia del vínculo entre *Enfermero-paciente* en el **nivel 3**, cuando tienen la certeza que, a pesar del mito que la mosquita se los lleva, aun así, ellos tienen la creencia que son capaces de recuperar la vida del paciente “todos juntos”.

En referencia al Área de Internación General: Cuidados Intermedios Altos: A1 y A2, el espacio físico (**nivel 1: artefactos**) es visto como dificultoso. No todos se sienten identificados con el color blanco, existiendo un cambio de representación simbólica mediante la identificación de otros colores y formas de vestimenta, buscando *mayor estatus y visibilidad*.

En el **nivel 1**, no hacen referencia a la relación *Enfermero-enfermero*. El vínculo se expresa *Enfermero-familia* como fluido y el vínculo *Enfermero-médico* continúa siendo calificado como verticalista y escaso, muestra barreras de interrelaciones a través del lenguaje y la comunicación. También se define el vínculo *Enfermero-supervisor* como escaso, que demuestra que los entrevistados no tienen una mirada única, sino diferentes perspectivas.

El **nivel 2: los valores**, refleja los diferentes tipos de vínculos como *Enfermero-paciente* calificado de autónomo, *Enfermero-Jefe* como vertical, participativo; *Enfermero-enfermero* en donde el vínculo pasa, por un lado, por como enfrentan un problema y desde el clima de trabajo es de compañerismo, por otro, como fortalecen el vínculo *Enfermero-familia* desde el compromiso de empoderar a la familia a través de programas como lo refleja el **nivel 3 (las creencias)**. La fortaleza del área de Cuidados Intermedios Altos pasa por el empoderamiento del vínculo *Enfermero –familia*. Y desde el vínculo *enfermero-enfermero* perciben

nostalgia por el Heca viejo.

En el Área de Internación General: Cuidados intermedios Bajos: B1 y B2 al igual que en el área anterior califican al espacio de incómodo (**nivel 1: artefactos**). Como identidad usan cualquier color en los uniformes con una marcada diferencia de representación simbólica hacia un cambio de identificación, hacia mayor visibilidad y un mayor estatus.

Similar a las aéreas anteriores, los niveles de Schein muestran los tipos de vínculos referenciados por los entrevistados basados en el vínculo *Enfermero-enfermero*, escrito y *Enfermero- jefe*, como escrito, frontal, abierto y orientado a capacitar a la familia.

En el **nivel 2**: los valores, el vínculo *Enfermero-enfermero* depende del grupo que conforman, compartido con reuniones, mates. El vínculo *Enfermero-jefe* continúa referenciado como participativo, pero desde la toma de decisiones es vertical. Para el **nivel 3: las creencias**, no se manifiestan. Esto puede corresponder a que los nuevos ingresos al hospital comienzan a desempeñarse en ésta área por tener menos complejidad.

En el cuadro N° 10, también puede verse que, en el Área de Gestión de Supervisores, para el **nivel 1: los artefactos**, el espacio físico continúa calificándose como deficitario en cuanto a recursos humanos y buscan diferenciarse a través de la vestimenta. En el **nivel 2: los valores**, expresan la necesidad de capacitarse a través de concursos, congresos.

El vínculo *Enfermero-enfermero* es visto de manera cordial, fortalecida y diferencias consensuadas, al igual que el vínculo *Enfermero-jefe* que también es consensuado. El **nivel 3: las creencias**, pone en evidencia que percibe el cambio

de lugar al que tratan de adaptarse. Reconocen el cambio en la cultura de la emergencia y tratan de recuperar las costumbres del lugar anterior, dejando entrever una conexión con el lugar anterior.

En el Área de Gestión de Enfermeros Jefes al igual que en el área anterior, los entrevistados provienen del HECA anterior. Mantienen la dificultad del espacio nuevo de trabajo, la dificultad de recursos humanos y desacuerdo con el uniforme, pueden visualizar mediante este desacuerdo sobre el uniforme el cambio de representación simbólica, sin embargo no pueden direccionar hacia donde se orienta esta representación. Manifiestan la dificultad con el género ya que es una profesión altamente feminizada. El vínculo *Enfermero-enfermero* es de cordialidad pues comparten reuniones y continúan respetando rutinas como, por ejemplo, la del pase de sala a los pacientes (**nivel 1: los artefactos**).

Así mismo, no pierden el vínculo que da identidad a su cultura organizacional, el de *Enfermero-paciente*. En este caso, el vínculo *Enfermero-enfermero* queda definido como fluido aun en la distancia ya que, siguen conectados vía WhatsApp y otros dispositivos. El vínculo *Enfermero- familia del paciente*, permanece siendo fluido como en casos anteriores.

Se refleja un nuevo vínculo que es *Enfermero- departamento* calificado como resentido por el destrato. El **nivel 2: los valores**, indica que no tienen motivación para capacitarse solo se vinculan al programa de familia activa que, a su vez, los sigue vinculando con la familia del paciente.

El vínculo *enfermero-enfermero*, se caracteriza por decisiones consensuadas mientras que, el vínculo *enfermero -directivos* sigue siendo verticalista desde la toma de decisiones y marcado por la influencia de los

gremialistas. En el **nivel 3: las creencias** no se manifiestan, puede comprenderse desde la función “bisagra” entre el destrato desde el Departamento de Enfermería y la manifestación del vínculo *enfermero- jefe* como compañerismo.

Para el Área Sindical, la perspectiva gremial, muestra desde el **nivel 1: los artefactos**, que la comunicación es formal entre ellos (entre gremialistas y con los directivos) pero siempre basan sus intervenciones a partir de los conflictos. En el **nivel 2: los valores**, señalan la necesidad de capacitación del personal de los mismos gremialistas. Las decisiones son colectivas, y se centran en debates, conflictos, desacuerdos. Valoran conquistar derechos. El **nivel 3: las creencias**, creen ser mediadores entre los jefes.

Recuperando las referencias conceptuales sobre la cultura organizacional, Chiavenato (2004) sostiene que la cultura organizacional representa las normas informales y no escritas, que orientan el comportamiento de los miembros de una organización en forma rutinaria dirigiendo sus acciones hacia el propósito de la organización. Según Robbins (2009) la cultura organizacional es un sistema de significados compartidos entre los miembros de una organización, que oficia a modo de mecanismo de control y sensatez y compromiso más allá del interés individual, orientando el comportamiento de los empleados, fijando fronteras para dar un sentido de identidad a los miembros de la organización.

En la misma posición se encuentra Dubrin (2003) y Etkin (2000) para quienes la cultura organizacional es un sistema de valores y creencias compartidos que influyen en el comportamiento de las personas. Karl Albrecht (1995) define la cultura de la organización como el modo en como las personas hacen las cosas. Schvarstein y Etkin (1989) la entienden como la manera de pensar, creer y hacer

cosas en el sistema, estén o no formalizados. Incluyen formas de interacciones comunicativas transmitidas y mantenidas en el grupo como lenguajes, liderazgos internos o preferencias compartidas, es decir son valores aceptados por el grupo que los orientan sobre el modo esperado de pensar y actuar frente a situaciones concretas. Schein (1988) define Cultura Organizacional “como el patrón de supuestos básicos que un determinado grupo ha inventado, descubierto o desarrollado en el proceso de aprender a resolver sus problemas de adaptación externa y de integración interna, y que funcionaron suficientemente bien a punto de ser consideradas válidas y, por ende, de ser enseñadas a nuevos miembros del grupo como la manera correcta de percibir, pensar y sentir en relación con estos problemas”. Este autor, como ya fuera expresado anteriormente, clasifica la Cultura en tres niveles. Teresa Fleury (1989) sobre la cultura organizacional rescata los niveles de Schein ampliando el concepto sobre los diferentes niveles: el nivel 1, de artefactos visibles, “refiere que son datos fáciles de obtener, pero difíciles de interpretar”. Sobre el nivel 2, “los valores expresan lo que las personas reportan haber sido la razón de su comportamiento, que en la mayoría de los casos son idealizaciones o racionalizaciones. Las razones detrás de su comportamiento siguen siendo ocultas o inconscientes”. El nivel 3, “conformado por presunciones subyacentes básicas, los valores compartidos por el grupo sobre ciertos comportamientos y conductas que sirven para resolver los problemas. En la medida en que una suposición es cada vez repetitiva más se da por sentado y pasa al nivel del inconsciente”.

En síntesis, la cultura organizacional para estos autores sería aquello aprendido y asimilado como válido (valores, artefactos, creencias, o lo explícito y lo

implícito), durante la resolución de un problema, posibles de ser transmitido y compartido grupalmente para influir en sus comportamientos y comportamiento de los demás frente a una emergencia. Estos niveles citados por Schein y Fleury, permiten crear a su vez, su propia cultura organizacional con identidad propia al grupo.

Fijando posición desde Schein, el HECA se inserta dentro de estos parámetros conceptuales ya que, como puede verse la misión implícita, primordial, prioritaria es el cuidado del paciente en la emergencia. La resolución de los problemas cotidianos, tanto como la misión en el ámbito del hospital se consolidan sobre estrategias de articulación de vínculos. Estos vínculos articulados son producto de supuestos básicos reflejados desde los tres niveles aportados por Schein. Estos vínculos fueron construidos, (como lo muestra la historia del hospital) descubiertos, y transmitidos (de forma implícita o no), durante el proceso de aprendizaje sobre cómo resolver sus problemas de adaptación externa y de integración interna.

Esta articulación de vínculos que conducen los comportamientos del grupo actúan como un patrón que orienta la manera de percibir, pensar y sentir en relación a cómo recuperar al paciente de una emergencia, como “salvar “esa vida, como “cuidar” en esos momentos tan críticos de vida/muerte.

El *entramado de vínculos*, en relación a las áreas que los entrevistados ocupan y a la elaboración de un concepto compartido relacionado a esa misión que en el caso del hospital es la emergencia, identifica la cultura organizacional del HECA. Y en toda organización cumplir con la misión central es fundamental para sobrevivir y continuar transmitiendo la cultura.

La red de vínculos se presenta organizada de la siguiente forma:

Enfermero-paciente, Enfermero-enfermero; Enfermero-familia; Enfermero-medico, Enfermero jefe/supervisor/departamento y el vínculo *con el lugar*, que permite al grupo sobrevivir en su propio entorno: el HECA

Esta red, constituye una articulación de vínculos con identidad afianzándose en la cordialidad, en compartir el clima de trabajo, que se propaga a todas las áreas de intervención. Esta red de vínculos enraizada en los valores y creencias culturales, que da identidad al grupo de enfermeros del HECA. Tiene sus propios límites de interacción sobre un consenso de valores y creencias cuando dicen que frente a la emergencia “el paciente es de todos”, sin importar las diferencias que los separa y, por otro lado, cuando dejan afuera, el vínculo *Enfermero-medico*. Este último, es un vínculo localizado solo a las áreas críticas de terapia, coronaria y A1, A2, calificado además de escaso y vertical. Es un vínculo que no se sostiene desde los parámetros de valores y creencias del grupo de enfermeros.

Esa identidad de la cultura organizacional, alcanzada desde la articulación de vínculos, regula el límite de los demás vínculos como: *Enfermero/jefe/directivos/supervisores/departamento*. Este último, desde la toma de decisiones es calificado como verticalista, aunque desde el clima de trabajo se lo percibe como fluido, vertical, formal, compartido y al parecer, consensuadas.

En relación a la red de vínculos articulados, el vínculo *Enfermero–enfermero* comienza a definirse en la guardia, coronaria y terapia, cuidados intermedios A1, A2, y B1, B2 los que van construyendo en un contexto de grupo, que, si bien presentan diferencias, sin embargo, logran consensuarlas frente a la emergencia y al paciente. Si bien el *lenguaje y la comunicación* reconoce “un modo de

diferenciarse y lograr un sentido de identidad por medio de la jerga técnica que solo pueden entender los sujetos implicados” (Schein, 1988, p.81) pueden *diferenciarse* las áreas críticas, lugares cerrados, con lenguaje técnico mientras que en las áreas de internación, lugares abiertos, no se manifiesta de esta forma sino que se expresa como una barrera de interrelación con los médicos. El lenguaje/comunicación a través de los cuales relacionan y representan no sólo la forma de comunicar contenidos sino que significan una categoría conceptual de cómo entender el mundo. Las áreas críticas (o cerradas) representan un estatus o poder mayor asociado a la recuperación de la vida mientras que las áreas de internación (o abiertas) están ligadas a la familia. Si bien este vínculo comienza en la guardia, se filtra en toda la estructura jerárquica de esa cultura organizacional del hospital, alcanzando todas las áreas de intervención, conformando la base sobre la cual se van articulando los demás vínculos a excepción del vínculo *Enfermero-medico*.

Tiene como base de sustento el significado del mito y la creencia que *el paciente es de todos*, por consiguiente, más allá de los problemas entre ellos relacionados a la toma de decisiones, mala comunicación, clima de trabajo, reconocen que no se sienten solos a la hora de enfrentar una emergencia, con compromiso y compañerismo. Este tipo de vínculo *Enfermero-enfermero*, se construye a partir del vínculo *Enfermero-paciente*, ya que el significado de *cuidado* es otro de los conceptos unificadores.

El vínculo *Enfermero-paciente* solo se hace referencia en la guardia, en coronaria, terapia y área intermedia de A1, A2, caracterizándolo como un destrato y, por otro lado, bien tratado, pero, a partir del área de cuidados intermedios B1,

B2, deja de ser mencionado por los entrevistados. Se infiere que en éstos sectores los grupos son conformados por personal que ingresa al HECA y que parte de la cultura del Heca Viejo deja de trasmitirse empezando a formarse una cultura idónea al lugar actual.

El vínculo con el paciente está estrechamente asociado a un significado basado en un mito y creencia de que, *a pesar de la “mosquita” el paciente es recuperado. El paciente es de todos.* De este tipo de vínculo, se rescata el sentido del *cuidado enfermero*.

En las áreas de cuidados intermedios este vínculo *Enfermero-paciente* ya no se menciona, en su lugar, aparece la familia quien toma esa posición. De esta manera se da paso al vínculo *Enfermero-familia* el que comienza a ser definido a partir del área de cuidados intermedios, A1 y A2 específicamente en el nivel 2. Este vínculo se caracteriza por el empoderamiento que realizan sobre el cuidado del familiar y que los identifica en su función de enfermeros desde el servicio.

La articulación de los vínculos *Enfermero-enfermero*, *Enfermero-paciente*, y *Enfermero-familia*, constituyen el significado de lo que los entrevistados entienden por cuidado dando sentido a la función para lo cual están. Desde esta articulación de vínculos se ve la cultura organizacional conectada con la *gestión del cuidado*, que se manifiesta ya sea empoderando a la familia en las áreas de internación general o bien “salvando” al paciente en las áreas críticas.

En referencia al vínculo *Enfermero-jefe/supervisor* se diferencian a partir del área de cuidados intermedios A1, A2 y B1, B2, como una transmisión escrita, vertical, frontal, participativa, efectiva, fluida, formal. A pesar de estos variados calificativos, este vínculo es considerado consensuado pero en cuanto a gestión

del cuidado no se observa un liderazgo que, como lo define Zarate Grajales (2004), no es esta presente un liderazgo definido en el grupo de enfermeros jefes y esto se refleja en el impacto de la toma de decisiones en donde es el liderazgo médico que se tiene en cuenta.

En el área de gestión de enfermeros jefes, hacen referencia a que el vínculo con el departamento es de resentimiento por el destrato. Señalan la intervención del gremio. Por otra parte, los enfermeros jefes no tienen un lugar físico donde trabajar, mostrando lo invisible de su trabajo y el déficit de liderazgo en la gestión del cuidado.

Se destaca el vínculo con el lugar en el área de gestión de supervisores reconociendo que se trata de un proceso de adaptación por el cambio de edificio. Este tipo de vínculo es también referenciado en las áreas de cuidados intermedios, en gestión de supervisores y enfermeros jefes referenciando como incomodo, estrecho el lugar de trabajo, más allá de que los entrevistados hallan estado en el HECA nuevo o viejo. Para este *vínculo con el lugar* debemos asociar la distribución de los espacios a la asignación de poder que muestran u ocupan. Según Schein (1988, p.107) “las empresas desarrollan distintas normas relativas al espacio con que debe contar cada uno. Los mejores panoramas y ubicaciones están reservados a los individuos de mayor jerarquía. Algunas empresas aplican la distribución del espacio como un inequívoco *símbolo jerárquico*, tamaño de los despachos, mobiliario, adornos en la pared están determinados por el rango” vemos así la distribución de los espacios de la Dirección que son amplios, vidriados, con sillones anatómicos para el trabajo mientras que el Departamento de Enfermería se encuentra ubicado en un pasillo técnico, sin espacio ni mobiliario distintivo ubicando

jerárquicamente posiciones tanto de uno como de otro. Este tipo de diferencias indica *presunciones básicas* sobre donde se posiciona la Enfermería en este hospital.

Puede notarse que, a partir de las áreas de cuidados intermedios, específicamente B1 y B2, si bien permanece el vínculo *Enfermero-enfermero* asociado al vínculo implícito de *Enfermero-paciente*, se añaden los vínculos de: *Enfermero-medico*, *Enfermero jefe/supervisor/departamento* y el vínculo *con el lugar*.

El vínculo *Enfermero-médico* es percibido en las áreas de coronaria, terapia, A1 y A 2. Es definido como escaso, formal en todos los niveles que fueron mencionados por los entrevistados. Esta percepción de los entrevistados se mantiene de manera constante en toda la red de vínculos, sin articular con ningún otro tipo de vínculo, más bien queda aislado, sin continuidad e interrumpido por falta de referencia de los entrevistados (como observadora participante se debe a que los médicos se hacen más los amigos de los enfermeros por diferentes cuestiones en las áreas de cuidados intermedios bajos: como ser escuchados, tomar un mate, hacer un chiste, vínculo más familiar, no formal).

El vínculo *Enfermero jefe/supervisor/departamento/directivo*, es un vínculo que se establece dentro del área de gestión, dentro del cual, el vínculo creado con el directivo es calificado de vertical. Además, hacen alusión a la palabra Departamento para indicar que la relación es de destrato y resentida, con intervención gremial. El vínculo *Enfermero-enfermero* permanece cordial frente a las situaciones al igual que las demás áreas de intervención.

El vínculo que se desarrolla con los jefes dentro del área de gestión de

supervisores como en el área de cuidados intermedios B1, B2 y A1, A2 es calificado como consensuado, escrito, formal, vertical, abierto, frontal, fluido, escaso, participativo. Si bien es cordial, participativo, hasta consensuado, sin embargo, lo señalan constituido desde la verticalidad.

El vínculo con el edificio (no institucional ni geográfico) es otro tipo de vínculo que en pocos casos es señalado como apropiado, la mayoría de los entrevistados manifiestan incomodidad sin importar que vengan del viejo edificio o hayan comenzado a trabajar en el nuevo edificio. Este vínculo con el edificio, al que podemos comparar con el concepto de territorio nos remite al concepto de Schein (1988, p.73) “los sentimientos en torno al territorio, el dominio y la parcela tienen también una base biológica. Pocas cosas despiertan tanta agresividad en los animales como el hecho que invadan su territorio” y es en este territorio, en el cual no se sienten cómodos trabajando, donde se construyen las representaciones culturales cargadas de simbolismos. Siguiendo a Schein (1988, p 73) “La división del trabajo, el reparto de los distintos papeles, puede verse como una extensión del reparto físico y el de otros dominios, dado que la mayor o menor jerarquía, el acceso de recompensas, determinados privilegios, se asocian inevitablemente a los papeles que les han asignado” en este caso la *territorialidad* para enfermería supone un dominio *poco visible* ya que se expresa en la distribución de los espacios (ver Anexo 7). En el caso del área de gestión de supervisores perciben el cambio de la cultura de la emergencia y estar en un proceso de adaptación al nuevo lugar.

Puede agregarse en el **nivel 1 (artefactos)** como la *vestimenta* asociada a una representación simbólica con el color blanco ligada a la abnegación y pureza, ha ido modificándose desde las Áreas Críticas como la AEP, UCIC y UTI, en donde

se desempeñan más cantidad de enfermeros del Heca viejo, hacia nuevas formas de representación. En las Áreas de Internación: A1, A2, B1 y B2 así como en el Área de Gestión hay un cambio de identificación, hacia *mayor visibilidad y estatus de poder, en búsqueda de reconocimiento*. La vestimenta o uniforme representa una señal externa, o *artefacto* de la cultura organizacional y emite mensajes de quienes somos, que puede esperarse de cada uno y sobre todo cómo deben relacionarse con nosotros. La *vestimenta*, a través del uniforme/ambo, representa el cuerpo, que tiene un valor emblemático ya que es el primer elemento que se ofrece a la mirada y marca el lugar y la *posición* que se ocupa en una organización.

En lo que respecta a la mirada desde el gremio, es transversal a todos los tipos de vínculos dentro del HECA, presente en todas las áreas de intervención. El vínculo creado es a partir de un conflicto, bajo la creencia que tienen un rol como medidores y de derechos por conquistar.

Los *rituales*, como *artefactos* de la cultura, se asocian a las *normas y rutinas*. Si realizamos la recuperación conceptual de los *rituales* según Romo y Zaharia (2002) “es un acto o secuencia altamente pautado de carácter repetitivo y simbólico en el cual permite a los empleados expresar y por medio de los cuales se manifiesta la cultura de una forma más fluida” podemos dividirlo en *rutinas* ligadas a los cuidados del pacientes como pase de guardia, lectura de report y las *normas* asociadas a reuniones mensuales donde se tratan las problemáticas del servicio. Un paso más íntimo y cargado de simbolismos es el *ritual* de tomar mate: práctica que promueve el compartir, socializar, genera vínculos, promover la charla, distender, y la cual no está permitida en la organización.

La *toma de decisiones* siempre es verticalista aun desde la guardia y atraviesa toda la estructura de vínculos de la organización del HECA. Si bien en el área de cuidados intermedios B1 y B2 el vínculo es cordial no es así en la toma de decisiones que sigue siendo vertical en relación a los cargos o títulos superiores al enfermero.

La *toma de decisiones*, en todas las áreas, revela una comunicación que se percibe como verticalista a pesar que también se la califica como cordial, consensuada, fluida por parte de los entrevistados desde un clima de trabajo. Esto denota que desde la toma de decisiones no se otorga identidad al vínculo *Enfermero-medico; Enfermero/jefe, Enfermero-enfermero* ya que, desde estos niveles se hace evidente la jerarquía de cargos, en donde no todos son enfermeros quienes lo ejercen.

Desde la articulación de vínculos en el HECA, se puede ver que cuanto mayor es el contacto con el paciente, desde los parámetros de un *clima de trabajo* cordial, consensuado, la identidad de cultura organizacional es más visible, sin embargo, la *toma de decisiones* diluye esa identidad por el calificativo de verticalidad de los vínculos.

Relacionado a la *capacitación* se pueden observar dos caminos: uno referido a la falta de participación y motivación y otro señalado por las características propias de la urgencia y la emergencia y las consecuencias que se derivan de ellas: el programa de empoderamiento a las familias a través de Familia Activa y un cambio hacia enfermedades crónicas como el cáncer y las capacitaciones de quimioterapia. Sin embargo la *capacitación* no es considerada un *valor*, ya que no se traduce en una presunción hacia los nuevos ingresantes sino que se limita a

pensar que otro tiempo pasado fue mejor: “cuando decían que los enfermeros de la guardia iban a exponer se llenaba” y esto repercute en una baja producción de acontecimientos científicos y posibilidades de investigación propia.

Como puede verse, la Gestión del cuidado dentro del HECA, está orientada hacia el paciente y su familia, pero desde la estrategia articulada de diferentes vínculos que dan identidad a una cultura organizacional. Este patrón de cultura organizacional reproduce la práctica y gestión de los cuidados en el servicio de enfermería.

Cuadro síntesis N° 10: La Cultura organizacional del HECA siguiendo los niveles de Schein

Área Crítica: GUARDIA (AEP)			
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Cultura organizacional	Vinculo Enfermero-enfermero: dificultoso, escaso, verticalista. Vinculo Enfermero-paciente: buen trato, destrato. Vínculo con el lugar. Representación simbólica con el blanco: pureza y abnegación.	Vinculo Enfermero-enfermero: unidos frente a la emergencia. Grupal. Vinculo Enfermero-medico: de confrontación	Vinculo Enfermero/enfermero: unidos en la emergencia.
Área Crítica: TERAPIA (UTI) y CORONARIA (UCIC)			
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Cultura organizacional	Vinculo Enfermero-enfermero: comunicación escasa y formal. Diferencia entre viejos y jóvenes. Representación simbólica con el blanco Vinculo Enfermero-paciente: sin vinculo. Vinculo Enfermero familiar: sin vínculo. Lenguaje técnico: barreras de interrelación	Vinculo Enfermero-enfermero: compañerismo. Colaborativo. En equipo. Vinculo Enfermero-medico: verticalista. Poco incentivo de formación	A pesar que la mosquita se los lleva, recuperan al paciente.
Área Internación General: CUIDADOS INTERMEDIOS ALTOS A1 Y A 2.			
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Cultura organizacional	Espacio físico es escaso. No todos se identifican con el blanco: cambio de representación simbólica Vinculo Enfermero-familia: fluido. Vinculo Enfermero – medico: escasa, formal Vinculo Enfermero supervisor/jefe: efectivo, fluido. Formal. Escaso.	Vinculo Enfermero – paciente: autónoma. Vinculo Enfermero –jefe: vertical. Participativa. Vinculo Enfermera-enfermera: depende del grupo, juntos para enfrentar problemas. Vinculo Enfermero-familia: compromiso. Programa familia activa.	Vinculo Enfermero-enfermero: nostalgia por el viejo Heca. Vinculo Enfermero-familia: empoderan al familiar. Programa familia activa
Área de Internación General: CUIDADOS INTERMEDIOS BAJOS B1 Y B 2			
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Cultura organizacional	Espacio incómodo. Usan el color que quieren: otra representación simbólica. Vinculo general formal,	Capacitación permanente. Vinculo Enfermero-enfermero: según el grupo. Trabajos en	Vinculo Enfermero-enfermero: no se manifiesta.

	<p>depende de quién. Vinculo Enfermero-enfermero: escrito Vinculo Enfermero-jefes: escrito. Abierto. Frontal. Capacitar a la familia. Sin interés por capacitarse</p>	<p>equipo. Son compañeros Vinculo Enfermeros-jefes: participativas y verticales.</p>	
--	---	---	--

ÁREA DE GESTIÓN: SUPERVISORES

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Cultura organizacional	<p>Espacio físico: deficitario. Diferencia jerárquica. Déficit recursos humanos. Buscan diferenciarse con la vestimenta</p>	<p>Motivación. Se capacitan. Concursan. Vinculo Enfermero-enfermero: cordiales. Grupo fuerte. Consensuan diferencias. Vinculo Enfermero-jefes: consensuadas. Se extrañan la familia del HECA viejo y se tratan de recuperar costumbres</p>	<p>Perciben cambio en la cultura de la emergencia. Vinculo Enfermero con el lugar: tratan de adaptarse.</p>

ÁREA DE GESTIÓN: ENFERMEROS JEFES

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Cultura organizacional	<p>Espacio físico disfuncional. Desacuerdo con el uniforme: cambio de representación simbólica. Vinculo Enfermero-enfermero: fluido aun a la distancia. Vinculo Enfermero. Departamento: resentido-destrato. Vinculo Enfermero- familia: fluido. Rutina ven a los pacientes.</p>	<p>Solo en familia activa. Desmotivación para capacitarse. Vinculo Enfermero-enfermero: decisiones consensuadas. Vinculo Enfermero-directivos: verticalista. Influyen Gremios. Resistencia.</p>	<p>Vinculo Enfermero-enfermero: no se manifiesta.</p>

ÁREA SINDICAL: DELEGADO GREMIAL

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Cultura organizacional	<p>Comunicación formal. Se reúnen en base a conflictos.</p>	<p>Reconocen la capacitación del personal. Toman decisiones colectivas. Conflictivas. Debates. Desacuerdos. Valoran derechos no conquistados.</p>	<p>Creen ser mediadores entre los jefes.</p>

8. CONCLUSIONES

En función al problema de investigación

¿La cultura organizacional de enfermería del HECA, influye en la gestión del cuidado y del Servicio de Enfermería?

Si conocemos las características particulares de la cultura organizacional del Servicio de Enfermería del HECA se podrán identificar los elementos claves para optimizar la gestión del cuidado y del Servicio de Enfermería.

En relación al problema de investigación, la cultura organizacional del HECA influye en la gestión del cuidado y el Servicio de Enfermería, ya que la cultura organizacional del HECA se conforma en una red de vínculos articulados, que se estructura de la siguiente manera: *Enfermero-paciente, Enfermero-enfermero; Enfermero-familia; Enfermero-medico, Enfermero jefe/supervisor/departamento* y el vínculo *con el lugar*. Esta red se fue construyendo (según lo aportado desde los diferentes niveles de Schein) a partir de la conexión con el paciente, de su gestión, y en base a conceptos unificadores de emergencia y cuidado. Así, se conformó un patrón de comportamiento orientador de la acción de los enfermeros identificado como la Cultura organizacional del HECA

Los conceptos de *emergencia y cuidados* se esbozan como conceptos *unificadores* ya que, atraviesan tanto a las áreas de intervención, como a los enfermeros del HECA viejo y a los enfermeros del HECA nuevo, atraviesan a todos los vínculos tanto como a la disposición física del hospital. El reconocimiento de manera implícita de ambos conceptos por parte de los entrevistados (asociada a

recuperar una vida, el trabajo en equipo y los vínculos) es el rótulo que les dio y les da identidad, trascendiendo todo cambio de lugar físico y antigüedad del personal.

Cuando ingresamos a un hospital nos topamos con los “*artefactos*” de la cultura, con sus manifestaciones más visibles y tangibles que son causa de profundos impactos. Dentro del escenario, el espacio físico, es un producto de la cultura fácilmente visible, fácil de obtener, pero difícil de interpretar, ya que esconden valores y reflejan la cultura. En este espacio físico observamos la *territorialidad* y debemos distinguir diferentes conexiones: *territorialidad/visibilidad/pacientes*; *territorialidad/visibilidad/gestión del cuidado*; *territorialidad/visibilidad/jerarquía*. Para la *territorialidad/visibilidad/pacientes* se hace referencia a la privacidad del paciente, donde la visibilidad del paciente es total; completa, sin pudores ni intimidad ya que se exterioriza la emergencia y el cuidado antes que la privacidad. Para la *territorialidad/visibilidad/gestión del cuidado* se exponen todos los lugares que han sido “robados” o “apropiados” ya que el diseño del hospital no permite un lugar de enfermería, pensada al lado del paciente, sin tener en cuenta la dinámica del cuidado enfermero: su tiempo de planificación, registro y evaluación. Esta *territorialidad* es una de las formas más externas de mostrar la posición que ocupa cada profesional de la salud en la organización. Y para completar la *territorialidad/visibilidad/jerarquía* mencionaremos dos posiciones: la invisibilidad de la gestión a través de los Enfermeros Jefes y su lugar en la organización y la invisibilidad de la gestión del Departamento de Enfermería en relación a la Dirección. Parte de esta reflexión se puede observar en el anexo 5 sobre las relaciones del poder y la territorialidad en el anexo 7 sobre la distribución de la relación de espacios enfermeros/médicos

dentro del Hospital.

Siguiendo con el primer nivel de la cultura organizacional, según Schein, resulta fácil la observación de los *artefactos*: en este caso revelaremos la *vestimenta*, como una forma sutil, como la manera en que la jerarquía es expresada por los actores, tratando de captar el significado, su interrelación, y los esquemas que reflejan. La *vestimenta o uniforme* representa una señal externa, o artefacto de la cultura organizacional y emite mensajes de quienes somos, que puede esperarse de cada uno y sobre todo cómo deben relacionarse con nosotros. La vestimenta, a través del uniforme/ambo, representa el cuerpo, que tiene un valor emblemático ya que es el primer elemento que se ofrece a la mirada y marca el lugar y la posición que se ocupa en una organización. La *vestimenta* se asocia con el blanco que representa la abnegación y la pureza y recorre las áreas críticas hasta las áreas de internación general y las áreas de gestión donde hay un *cambio de identificación*, hacia *mayor visibilidad* y estatus de *poder*, en búsqueda de *reconocimiento*. El valor se traduce en el *cambio de representación simbólica* del color blanco a otros colores que adquieren *nuevos significados*. A través de la *vestimenta* o uniforme se busca cambiar las antiguas jerarquías buscando *visibilidad y reconocimiento profesional*.

Cuando estudiamos las organizaciones de salud observamos su *lenguaje* y buscamos descifrar los rasgos distintivos en el marco de una *cultura organizacional*. El *lenguaje y la comunicación* pueden diferenciarse las áreas críticas, lugares cerrados, con un *lenguaje técnico* mientras que en las áreas de internación, lugares abiertos, no se manifiesta de esta forma sino que se expresa como una *barrera de interrelación con los médicos*. El lenguaje/comunicación a través de los cuales relacionan y representan no sólo la forma de comunicar contenidos sino que

significan una categoría conceptual de cómo entender el mundo. Las *áreas críticas* (o cerradas) representan un *estatus o poder mayor* asociado a la vida mientras que las *áreas de internación* (o abiertas) están ligadas a la *familia*. El lenguaje escrito se manifiesta pero de una forma menos penetrante pero asume una forma de prueba documental lo que afianza la similitud de estructuras burocráticas. Se puede reconocer que las barreras de interrelación con los médicos se relacionan a miembros de distintas culturas tratando de comunicarse entre ellos. Por lo que esta barrera o incompreensión debería tratarse como una cuestión cultural ya que cada grupo crea su propio lenguaje, interpreta los sucesos con sus propios términos y llevan adelante sus presunciones básicas.

Si asociamos los *valores* que declararon los participantes de esta investigación y los comparamos con la *misión y la visión* del hospital encontramos un nexo y una cohesión en la cual el *respeto y el compromiso* fijan un hilo conductor que los une y que, lejos de apuntar a direcciones diferentes refuerzan las cualidades del comportamiento grupal. Además refuerzan el *valor del equipo*, el trabajo en equipo y el compañerismo que se demuestra en el vínculo *enfermero/enfermero*.

La *capacitación* no se adopta como un *valor* por lo que no llega a manifestarse como *presunción básica* y esto requiere más apoyo para fomentar la formación continua, promover la investigación y donde los profesionales puedan ser críticos y analíticos del ejercicio profesional.

El conocimiento de la cultura organizacional del HECA nos conduce a identificar dos elementos clave para optimizar la gestión del cuidado y el servicio de enfermería. Se trata de sostener en el tiempo la identidad que los une (a pesar

de las diferencias) desde la articulación de vínculos, y los conceptos unificadores de cuidado y emergencia. Para tal cuestión, es necesario enfatizar sobre el *clima de trabajo*, y la *toma de decisiones* que son los indicadores principales para seguir manteniendo en equilibrio la identidad de la cultura organizacional del hospital.

El clima de trabajo refleja cómo y en qué forma se está trabajado en el servicio de enfermería y muestra qué indicadores se deben gestionar: como por ejemplo mejorar los vínculos entre los Supervisores y los Enfermeros Jefes. Cuando las personas se sienten poco motivadas, el clima laboral se deteriora y si el Enfermero Jefe lo traslada a su equipo, se produce una sinergia negativa que es muy difícil de transformar. El clima organizacional abarca una amplia gama de elementos ambientales que influyen en la motivación. Y a la vez, la motivación influye en el clima laboral, por lo que se recomienda revisar la motivación empleada y su aplicación en los diseños de trabajo.

La toma de decisiones es sentida como verticalista, como si enfermería no tuviera la fuerza o el poder para inferir o influenciar en las mismas. Cuando las decisiones son consensuadas y se toman de común acuerdo demuestran una evolución en el trabajo en equipo, con mayor apoyo y consentimiento y también en el compañerismo influyendo en el vínculo *enfermero/enfermero*; *enfermero/jefe*; *enfermero/Supervisor/Departamento*. Se recomienda establecer cuáles son los mecanismos sobre la toma de decisiones y los modelos utilizados. Así como también el liderazgo ejercido por los supervisores y enfermeros jefes en relación a la toma de decisiones y a la gestión del cuidado.

Sobre la política es una variable que surge como emergente y que también debería ampliarse su estudio con la participación de otras disciplinas que aporten

su mirada y comenzar a transitar un nuevo camino.

La cultura se encuentra sumergida esquemáticamente y ligada a los conocimientos, sensaciones y emociones de las personas. Provee una mirada integral y le da sentido a las situaciones, facilita a los integrantes de la organización una perspectiva histórica y una visión de identidad. Según Schein (1988, p.207) “cuanto más experimentado es el grupo, más fuerte será su cultura. Más intensas las experiencias que los miembros hayan compartido, más intensos son los frutos del aprendizaje y más firme serán sus respuestas”.

Este estudio intentó captar el significado de las acciones y los sucesos para las personas que tratamos de comprender y refleja la mirada de los enfermeros para la Cultura Organizacional del Heca, pero deben tenerse en consideración las miradas de los demás actores que conforman la vida del Hospital.

Recomendaciones

Continuar desarrollando estudios de tipo cualitativo que permitan el incremento de una cultura de investigación.

Socializar los resultados de este estudio con los profesionales de salud de la organización con el propósito de aportar herramientas que colaboren en la gestión del Servicio.

Para finalizar, debe considerarse para futuros estudios que este trabajo de investigación es una muestra de una población que lleva adelante el 70% de las acciones de salud en un hospital y debería poder conocerse el resto de los servicios

que conforman el Hospital y su población para realizar un diagnóstico integral sobre la Cultura Organizacional del Heca.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Villanueva, L. (1992). *La hechura de las políticas*. MIGUEL ÁNGEL PORRÚA Grupo Editor. México.
- Albrecht, Kl. (1995). *Servicio al cliente interno*. España. Ed. Paidós.
- Arzani, E y Nassini, E. (2009). Dotación de recursos humanos en salud: nuevas perspectivas de Análisis. OPS/OMS Washington (DC) USA
- Balderas Pedrero, A. (2005). *Administración De Los Servicios De Enfermería*. Ed. Mac Graw-Hill Interamericana. México.
- Ballestreri, M; Barbarich M. (2008). Gestión del Cuidado: Una misión compartida en el abordaje del cuidado enfermero". Recuperado en <https://educacionsspros.files.wordpress.com/2009/04/barbarich-ballestreri-2008-gestion-del-cuidado.pdf>
- Cameron, K. Y Quinn, R. (1999). Diagnosing and Changing Organizational Culture (ed. Rev.). San Francisco, California: Jossey-Bass
- Carvalho, M. C; Rossi Rocha, F. L; Palucci Marziale, M H; Gabriel, S; Bernárdez; A. (2013). Valores Y Prácticas De Trabajo Que Caracterizan a la Cultura Organizacional De Un Hospital Público. Texto *Contexto Enferm*.
- Chiavenato, I. (2004). *Comportamiento organizacional*. México; Editorial Thomson.
- Cújar Vertel, A; Ramos Paternina, C; Hernández Riaño, H y López Pereira, J. (2013). Cultura organizacional: evolución en la medición. *Artículo de revisión de literatura*. Consultado en <http://www.elsevier.es/es-revista-estudios-gerenciales-354-articulo-cultura-organizacional-evolucion-medicion->

90267520

- Demarchi, A. L. (2011). "El cliente interno y la satisfacción laboral". Presentación poster realizada para el Día de Ciencias en Diciembre 2012 Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez.
- Díaz, C. (1997). "El ciclo de las políticas públicas locales. Notas para su abordaje y reconstrucción", UNR
- Dubrin, A. (2003). *Fundamentos de comportamiento organizacional*. México, Thompson, 2da Edición.
- Escalada, R. A. (2005). El Liderazgo como elemento estructural de las Organizaciones "Un estudio para la comprensión del liderazgo en distintos tipos de Organizaciones" Tesis de Doctorado. Facultad de Ciencias Exactas, Ingeniería y Agrimensura - Escuela de Posgrado. Universidad Nacional de Rosario.
- Etkin, J. (2000). *Política, gobierno y gerencia de las organizaciones*. Acuerdos, dualidades y divergencias. 1era. Edición. Buenos Aires. Prentice Hall.
- Fleury, M. T. (1987) "Historias, mitos, héroes-cultura organizacional y relaciones laborales" *Revista de Administración de Empresas*. Vol. 27 N°4 Sao Paulo.
- Fleury, M. T. (1989) "Cultura Organizacional, los modismos, las investigaciones, las intervenciones: una discusión metodológica" *Revista de Administração*, São Paulo Vol. 24.
- Fleury, M. T. (1997) "Entre Antropología y Psicoanálisis: dilemas metodológicos de los estudios sobre cultura organizacional" *Revista de Administração*, São Paulo Vol. 32
- Goffman, E. (2001). *Internados*. Ensayos sobre la situación social de los enfermos

- mentales.” Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Gordo, A y Serrano A. (2008) “Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social”. Pearson Educación S.A., Madrid.
- Grupo De Cuidado. Avances conceptuales del grupo de cuidado. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. (Año 1997). Pp.8-16. Bogotá: Última modificación enero de 2008. Universidad Nacional de Colombia. Posgrados Facultad de Enfermería.
- Guber, R. (2004). *“El Salvaje Metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo”*. Editorial PAIDÓS, Buenos Aires.
- Guber, R. (2011). *La Etnografía: Método, campo y reflexividad*. Siglo Veintiuno Editores, 1era ed., Buenos Aires.
- Hacia un Proyecto Sanitario Integral (2011) recuperada en www.rosario.gob.ar consultada el día 23/03/2012
- Hall, R. (1979). *Organizaciones. Estructura y proceso*. Madrid. Ed. Prentice-Hall Internacional.
- Helman, E; Serlin, J; Dubois, R; Morbelli, C; Parolín, M; Rodríguez Garay, R. (2005) “Identidad y cultura. Análisis comparativo de la cultura en diversas organizaciones del sector público”. Instituto de Investigaciones y Asistencia Tecnológica en Administración, Escuela de Administración. *Decimas Jornadas "Investigaciones en la Facultad" de Ciencias Económicas y Estadística*, UNR recuperado en www.fcecon.unr.edu.ar/.../helman,%20serlin,dubois,%20kobila,%20...
- Hermida, J. (1995). *“Ciencia de la administración”*. Ediciones Universitarias. Bs As.
- Huergo, J. (2007) En Seminario: Comunicación y conducción de la gestión.

Universidad Pedagógica de la Provincia de Buenos Aires. Especialización en Política y Conducción Educativa –Recuperado en: <http://servicios.abc.gov.ar/lainstitucion/univpedagogica/especializaciones/seminario/materialesparadescargar/seminario4/huergo3.pdf>

Lemus, J, Aragues V; Oroz V; Lucioni MC y colaboradores. (2014). *Administración hospitalaria y de organizaciones de atención de la salud*. Editorial Corpus.

Ley Orgánica de Municipalidades de la Provincia N° 2756

Malvárez, S. (2002). “Contexto de la práctica centrada en los cuidados. Multideterminación, crisis y complejidad” Conferencia presentada en el *XVI Congreso Argentino de Enfermería. Federación Argentina de Enfermería - Asociación de Enfermería de Córdoba*. Córdoba, mayo de 2002.

Marriner Tomey, A. (2009) *Guía de Gestión y Dirección de enfermería*. Editorial: Elsevier-Mosby. Octava edición.

Mattos Moraes dos Santos, T; Inocente, N; Querido de Oliveira, E. (2009). Cultura organizacional de las instituciones de salud del Vale del Paraíba Paulista. *Rev. Enferm UFPE on line*. 2009 Apr/June; 3(2):195-203.

Mele, D. (1997). *Ética en la dirección de empresas*. Biblioteca IESE, Barcelona.

Meleis AI, Price MJ (1988) “Strategies and Conditions for Teaching Theoretical Nursing: An International Perspective”. *Journal of Advance Nursing*, 13: 592-604

Misión y Visión del Heca](Octubre, 2017) Recuperado en <https://www.fundacionheca.org.ar/hospital/quienes-somos/>

Morgan, G. (1991). *Imágenes de la organización*. México; Editorial Alfa omega.

Oficina de Comunicación Social. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de

- Rosario. Mayo, (2008). Artículo recuperado en:
<http://www.rosario.gov.ar/sitio/lugaresVisual/verlugar.do?ido1718>.
- Parolín, M. (2009). "*Cultura organizacional y Estilo de gestión en organizaciones de Salud*" Tesis de Maestría en Administración de Empresas. *Saber Es*. N° 1
127-132. Sección Recensiones en
www.fcecon.unr.edu.ar/.../13%20Rodriguez%20Garay,Kobila,Paroli
- Ríos Reyes A. (2004). *Cultura organizacional*. 3ra edición, México.
- Robbins, S; Judge, T. (2009). *Comportamiento Organizacional*. Decimotercera Edición. México. Pearson Educación.
- Rodríguez, D. (2007). *Diagnostico organizacional*. 6ta edición, México, Alfa omega Grupo Editor.
- Romo, G & Zaharia, L (2002) Los ritos y rituales en la cultura corporativa de Wal-Mart Supervente. Recuperado en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis>
- Schein, E. (1982). *Psicología de la organización*. Ed. Prentice-Hall Internacional.
- Schein, E. (1988). *La cultura empresarial y el liderazgo*. Buenos Aires. Prentice Hall
- Schvarstein, L. (2003). "*Psicología social de las organizaciones*" Ed. PAIDOS
- Schvarstein, L y Etkin, J (1989). *Identidad de las organizaciones*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Serlin, J; Dubois, R; Morbelli, C; Parolin, M; Rodríguez Garay, R. (Noviembre de 2003). "Identidad y Cultura Organizacional. Aplicación a una Organización Pública de Salud." Instituto de Investigaciones y Asistencia Tecnológica en Administración, Escuela de Administración. *Octavas Jornadas "Investigaciones en la Facultad" de Ciencias Económicas y Estadística*, UNR en www.fcecon.unr.edu.ar/.../Serlin,Dubois,Morbelli,Parolin

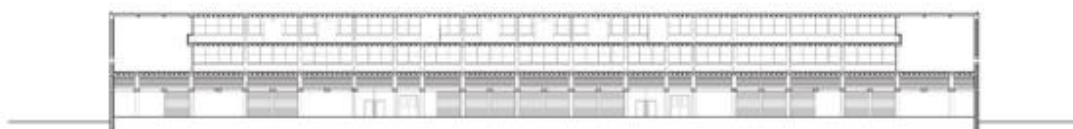
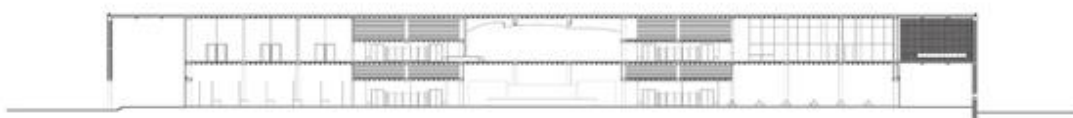
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Tamayo, A. Méndez, A & Gracias, M. (2000) Inventario de valores organizaciones. *Estudios de psicología 2*. Universidad Federal De Rio Grande Norte. Brasil Vol. 5
- Tobar, F. (2002). Modelos de Gestión en Salud. Recuperado en: <http://www.federicotobar.com.ar>
- Toffler, Alvin. (1980). *La Tercer Ola*. Ed. Plaza y Janes. Barcelona.
- Vasilachis de Gialdino, I et al. (2013). *Estrategias de investigación cualitativa*. Editorial Gedisa.Barcelona.
- Vázquez Alatorre, A. (2013). Interdependencia entre el liderazgo transformacional, cultura organizacional y cambio educativo: una reflexión. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación - Volumen 11, Número1* <http://www.rinace.net/reice/numeros/arts/vol11num1/art5.pdf>
- Villapalos, G, López Quintas, A, (1997). *El libro de los valores*. Ed. Planeta. Barcelona
- Villarreal Solís, M D; Villarreal Solís, F; Briones Salinas, E. (2012). Diagnóstico de la Cultura Organizacional en un Hospital de Zona en Durango. *Conciencia Tecnológica* Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94425393005>
- Whitcombe A, Cooper K, Palmer E. The relationship between organizational culture and the health and wellbeing of hospital nurses worldwide: a mixed methods systematic review protocol. (2016 Jun) JBI Database System Rev Implement

Rep. Doi: 10.11124/JBISRIR-2016-002650. PMID: 27532655 DOI:
10.11124/JBISRIR-2016-002650

Zarate Grajales, R A. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index de Enfermería, 13(44-45), 42-46. Recuperado en 09 de enero de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&tlng=es.

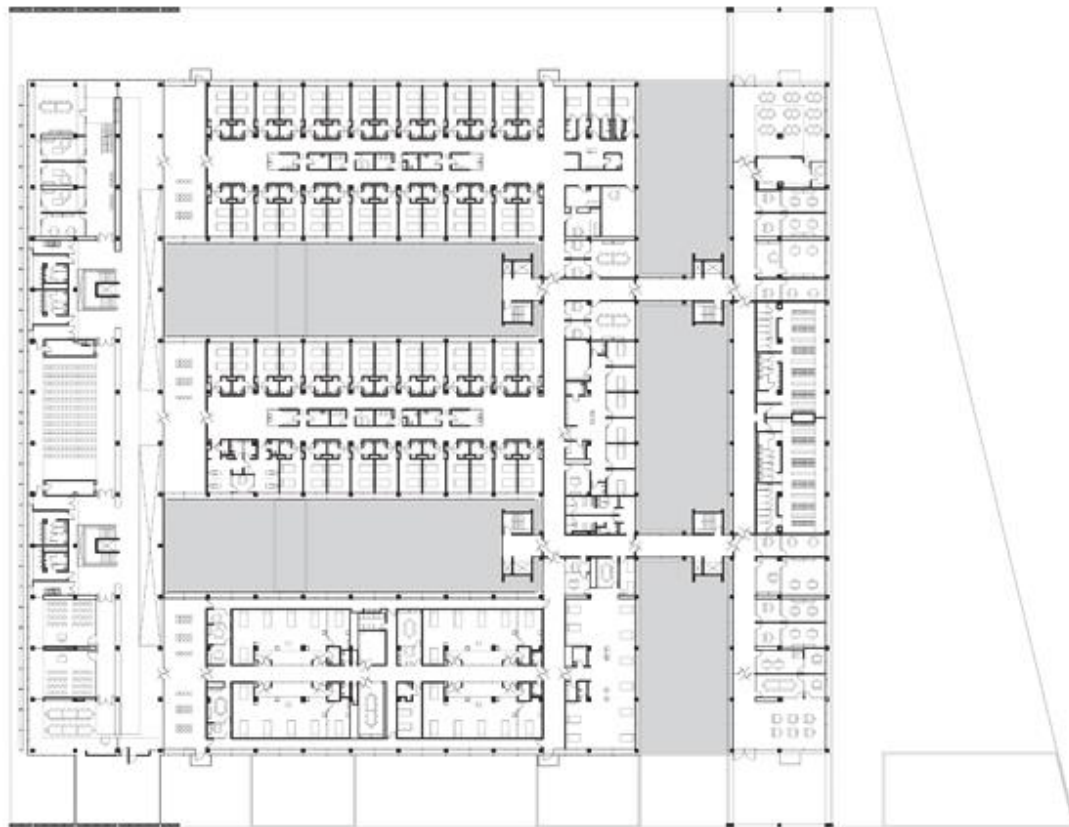
10. ANEXOS

ANEXO 1: FACHADAS POR BLOQUES



Fuente: Arquitectura en <http://mariocorea.com/obras/sanitaria/hospital-de-emergencia-clemente-alvarez-heca/>

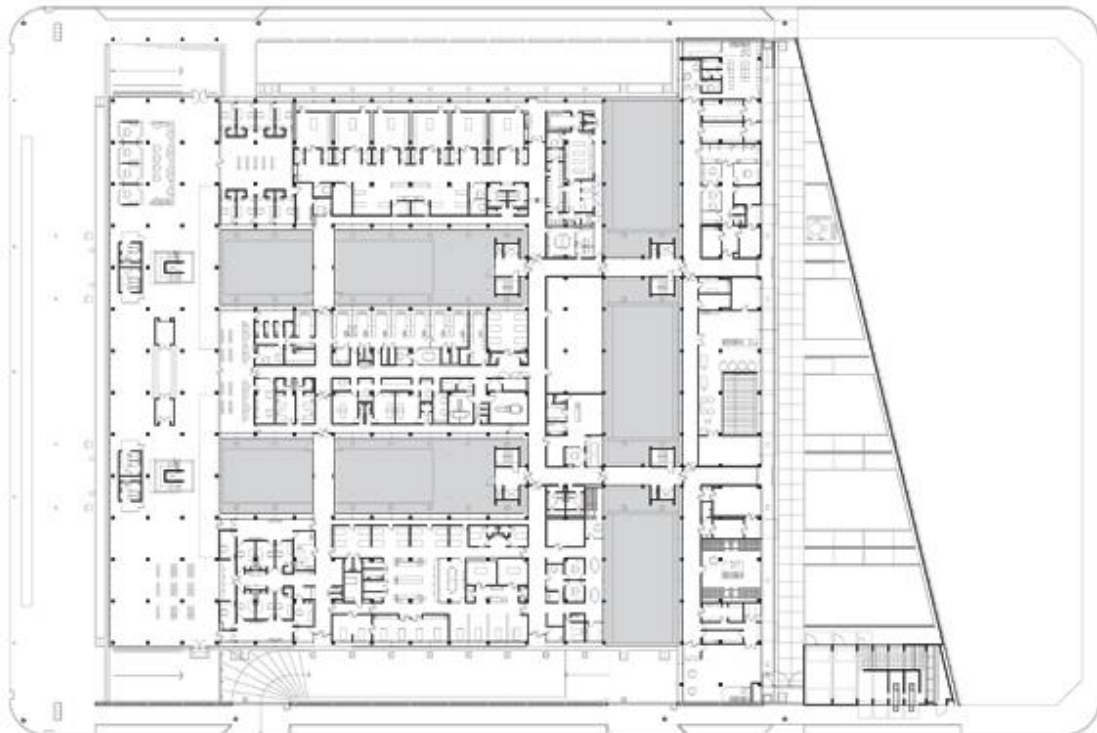
ANEXO 2: PLANO PLANTA ALTA



6

Fuente: Arquitectura en <http://mariocorea.com/obras/sanitaria/hospital-de-emergencia-clemente-alvarez-heca/>

ANEXO 3: PLANO PLANTA BAJA

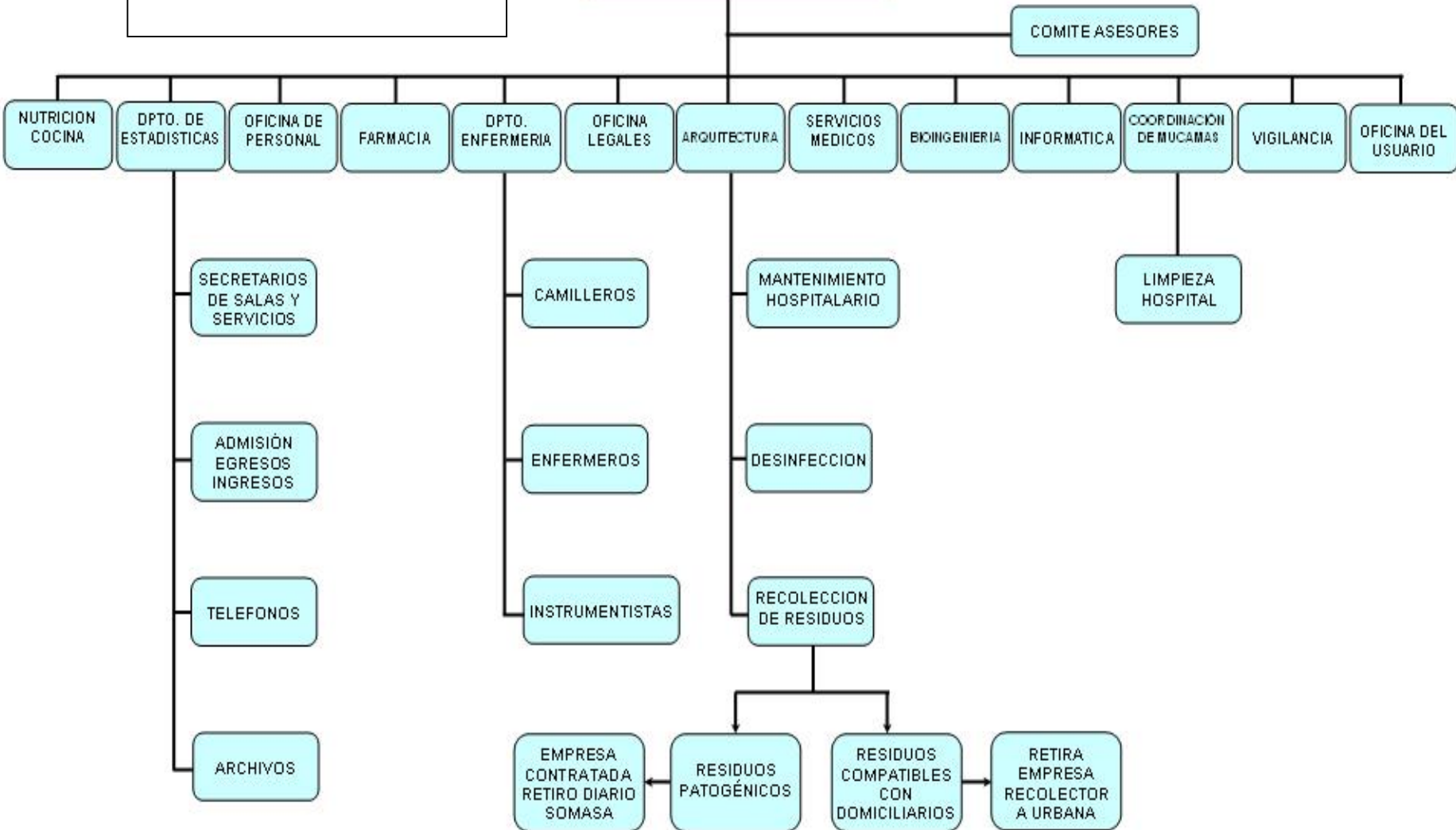


Fuente: Arquitectura en <http://mariocorea.com/obras/sanitaria/hospital-de-emergencia-clemente-alvarez-heca/>

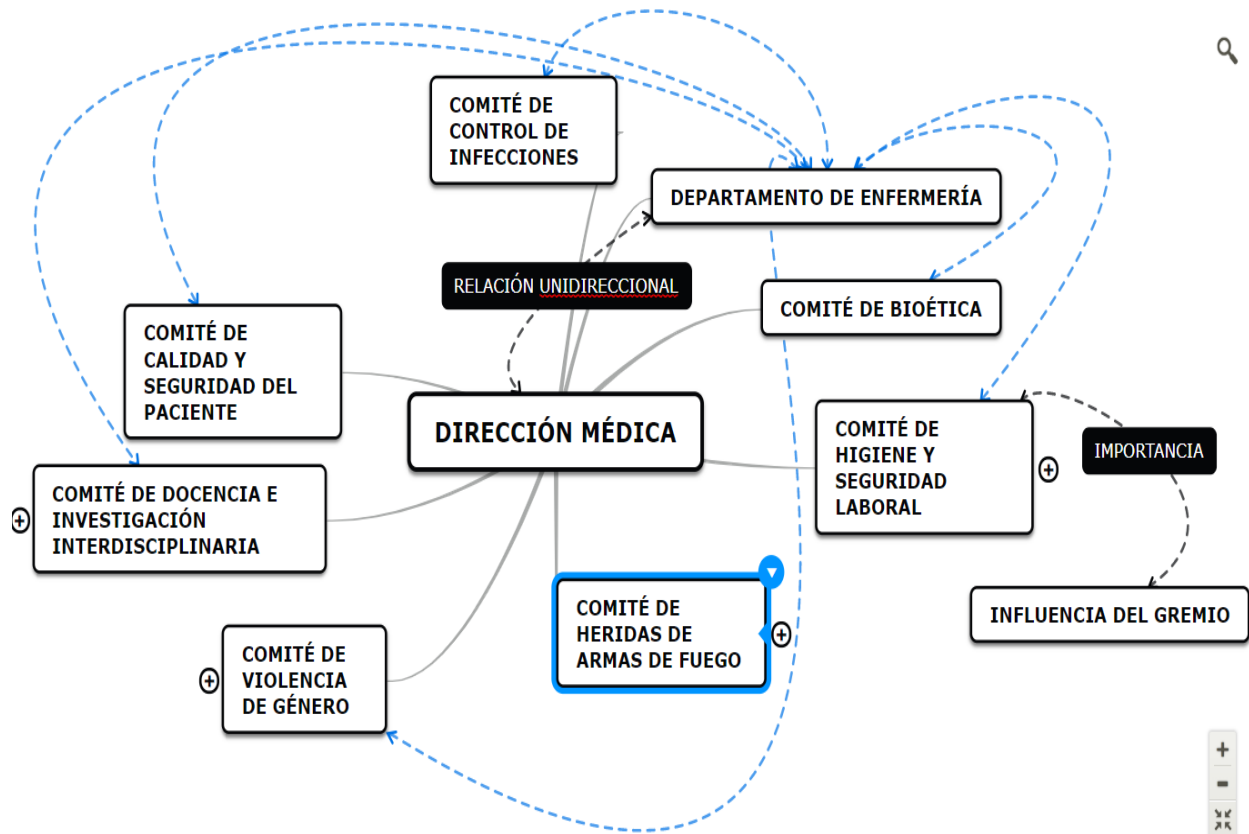
ANEXO 4: ORGANIGRAMA

DIRECCION HECA
1- DIRECTOR
2- SUBDIRECTOR
3- COORDINADOR
4- DIRECTOR ADMINISTRATIVO

ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA HECA

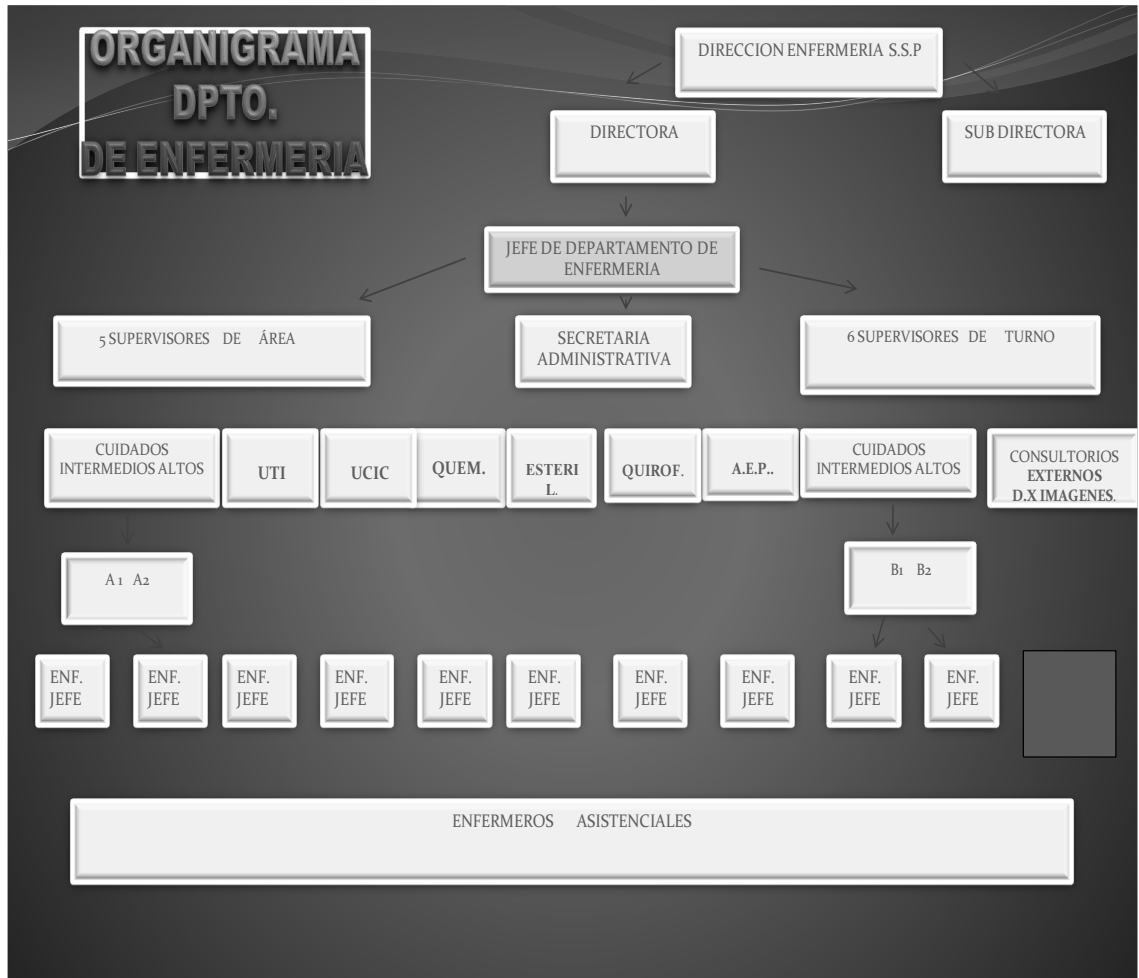


ANEXO 5: Relaciones del poder (visto por los actores)

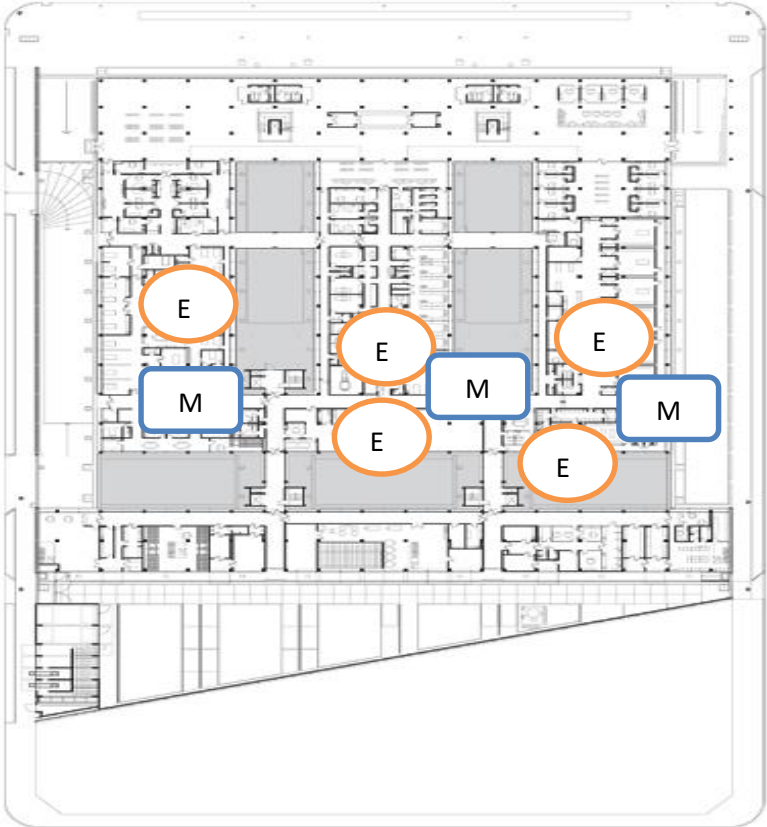


Mapa conceptual de la autora (Mindomo)

ANEXO 6 ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



ANEXO 7 Distribución de la relación espacios enfermeros/médicos (elaboración de la autora)



ANEXO 8: Guía para el Análisis de Cultura (de Schein)

FICHA DE OBSERVACIÓN

1. ESPACIO:

APRETADO	ORDENADO	PRIVADO	FUNCIONAL
ADECUADO	DESORDENADO	NO PRIVADO	NO FUNCIONAL

COMENTARIOS:

2. GRADO DE MOTIVACIÓN, COMPROMISO, COLABORACIÓN

ALTO	MEDIANO	BAJO
------	---------	------

COMENTARIOS:

3. RELACIÓN VINCULAR ENFERMERO – OTRO PERSONAL:

AMABLE	CONTEMPLATIVO	INDIFERENTE	AGRESIVO
--------	---------------	-------------	----------

OTROS:

4. LENGUAJE, TERMINOLOGÍA:

5. UNIFORMES, VESTIMENTAS:

6. TECNOLOGÍA, EQUIPOS, OTROS RECURSOS:

7. RELACIONES Y COMUNICACIÓN ENTRE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD:

SISTEMA CULTURAL

1. ¿EXISTE UNA CLARA COMPRENSIÓN DE LOS INTEGRANTES DE CADA SECTOR ACERCA DE LA MISIÓN CENTRAL Y LA IMPORTANCIA DE LA MISMA PARA LA SOCIEDAD?

2. ¿CUÁLES SON LAS PRIORIDADES O VALORES FUNDAMENTALES DE CADA SECTOR?

3. ¿QUÉ RITUALES Y COSTUMBRES EXISTEN EN LA UNIDAD, POR EJEMPLO AL SALUDARSE, EN LAS REUNIONES, ETC.?

4. ¿EXISTEN HÁBITOS PARTICULARES EN MATERIA DE:

- LENGUAJE

- INDUMENTARIA

- OTROS

5. QUÉ TIPO DE CLIMA SE VIVE EN ESTA ORGANIZACIÓN?

6. ¿CÓMO SE DECIDE? DE ACUERDO A:

7. CÓMO SON LAS COMUNICACIONES EN EL HOSPITAL?

8. ¿QUÉ POLÍTICAS Y/ O ACCIONES QUE UD. CONOZCA HA ENCARADO LA ORGANIZACIÓN O EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA QUE TUVO UN IMPACTO IMPORTANTE SOBRE EL CONTEXTO?

9. ¿QUÉ CRITERIOS SE SIGUEN PARA EL RECLUTAMIENTO, SELECCIÓN Y PROMOCIÓN DEL PERSONAL?

10. ¿QUÉ HISTORIAS Y LEYENDAS CIRCULAN RELACIONADAS CON EL PASADO DEL SECTOR Y CUÁL ES SU SIGNIFICADO?

13. ¿QUÉ APOYO RECIBE DE SUS SUPERIORES PARA SU CAPACITACIÓN Y DESARROLLO?

ANEXO 9: Resumen entrevistas

CASO 1 (Área Crítica: AEP)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS	<p>“la experiencia de trabajar en este lugar, adquirís habilidades, casos que no se ven en otro lado. Eso no te lo da ningún papelito. Eso te da chapa”</p> <p>“cuando uno tiene que salir de la guardia; la gente vieja se quiere ir...Pero dónde?”</p>	Experiencia Ciclo
VALORES	<p>“la atención de enfermería es buena, despersonalizada hacia el paciente”</p> <p>“se valora la eficacia, todo lo demás se pierde”</p> <p>“los códigos y valores son diferentes entre los enfermeros viejos y jóvenes”</p> <p>“los enfermeros nuevos no aceptan los consejos de los viejos... no dan bola”</p>	Atención buena y despersonalizada
MITOS		
CLIMA DE TRABAJO	<p>“el clima es competitivo, de confrontación. Somos un medio jodido”</p> <p>“Cansa el despelote del manejo de la parte médica” ... “cansa que no resuelvan los problemas”</p> <p>“no es fácil trabajar en equipo por las relaciones humanas”</p>	Vinculo enfermero/medico competitivo.
TOMA DE DECISIONES		
CAPACITACION		
COMUNICACIÓN	<p>“la comunicación entre los pares es escasa. Se habla, pero es más charla que comunicación. Con los supervisores se pasa sala y con la jefa se plantean los problemas”</p> <p>“la coordinación no existe... nadie avisa donde llevan el paciente”</p>	Comunicación escasa
LENGUAJE		
RITUALES		
VESTIMENTA		
ESPACIO FISICO		
POLITICA		

CASO 2 (Área Crítica: AEP)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS		
VALORES	<p>“los enfermeros nuevos cada uno está en su área y pocos se ayudan entre sí, eso en el viejo no pasaba”</p> <p>“se valora la eficacia, la solidaridad, la rapidez” “la atención es buena, comprometida y unida frente a la urgencia”</p>	<p>Vinculo Enfermero/Paciente comprometido y unido frente a la urgencia</p>
MITOS	<p>“en los paros cerramos el hospital con cadenas desde adentro...” “en tiempo de saqueos había guardia mínima y empezaron a entrar pacientes... entonces los compañeros empezaron a venir aunque no tenían que trabajar...”</p>	<p>Unión ante la adversidad</p>
CLIMA DE TRABAJO	<p>“pienso que el clima laboral se basa en la jefa... si no es un buen líder las cosas no fluyen, no funcionan y menos si existe presión”</p>	<p>Relacionado al liderazgo enfermero/enfermero</p>
TOMA DE DECISIONES		
CAPACITACION	<p>“la capacitación depende de cada uno, uno deber estar motivado para continuar capacitándose... los títulos son peldaños para otros puestos”</p>	<p>Títulos peldaños</p>
COMUNICACIÓN	<p>“charlamos con el turno de todo, desde política hasta chimentos. Muchas veces se hace un comentario de pasillo y en seguida se saben las cosas que pasan”</p>	<p>Informal</p>
LENGUAJE	<p>“De acuerdo al paciente. Cuando uno habla bien, el paciente responde bien. Hay buen trato.”</p>	<p>Bueno. Buen trato al paciente.</p>
RITUALES	<p>“cuando ingresa un paciente sabemos que es por una emergencia, que corre riesgo la vida, en ese momento todos trabajamos en equipo y respetamos el liderazgo de quien tiene a cargo el paciente. El enfermero que tiene a cargo el paciente toma decisiones y el resto del equipo colabora con lo que necesita”</p>	<p>Emergencias/Vida/ equipo</p>
VESTIMENTA	<p>“El ambo blanco significa paz, abnegación, pureza y que viene arraigado con el uso. Se dificulta usarlo, sobre todo el pantalón, que no disimula y debería plantearse comprar otro color que sea más sufrido”.</p>	<p>Blanco: abnegación pureza</p>
ESPACIO FISICO	<p>“no es funcional ya que se acumula más el desorden y eso lleva a más desorganización”</p>	<p>No funcional Desorganizado</p>
POLITICA	<p>“las áreas críticas actúan como “la niña mimada” de la Secretaría de Salud”, siempre estamos en la vidriera. Lo dificultoso es el recurso humano, nadie está preparado para trabajar de ingreso acá. Se necesita entrenamiento y eso lleva tiempo.”</p>	<p>Niña mimada</p>

CASO 3 (Área Crítica: AEP)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS		
VALORES	“se comparte la eficacia y en la urgencia la solidaridad”...	Vinculo Enfermero/Enfermero solidario en la urgencia
MITOS	“los municipales son todos vagos”... “si está en riesgo la vida de las personas es imposible que no trabajemos. Después que pasan por acá te lo reconocen...”	Municipales vagos
CLIMA DE TRABAJO	“depende del grupo, en los turnos alejados somos menos y más unidos porque dependemos de nosotros...”	Grupal
TOMA DE DECISIONES	“después de la queja uno termina cumpliendo las decisiones que vienen de arriba”	Verticalista
CAPACITACION		
COMUNICACIÓN	“cuesta comunicarse con la Jefa en los turnos alejados”	Difícultosa
LENGUAJE		
RITUALES	“trabajo en equipo en urgencia”... “no es mi paciente, ni tu paciente sino el paciente de todos”	Paciente de todos
VESTIMENTA		
ESPACIO FISICO		
POLITICA	“estamos siempre expuestos, esta estructura nos expone...”	Transparencia

CASO 4 (Área Crítica: AEP)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS	"todos creen saber cómo manejarse en la emergencia pero no todos saben cómo hacerlo"	Competencias en emergencias
VALORES	"hay una actitud de soberbia en el enfermero joven... como que saben todo y no necesitan aprender nada ni de nadie"	Vinculo Enfermero/Enfermero soberbia Jóvenes/viejos
MITOS		
CLIMA DE TRABAJO	"De acuerdo al turno hay equipo... ""es competitivo en el campo médico" "competitivo en el campo enfermero..."de confrontación con los médicos"	Vinculo Enfermero/médico Confrontación.
TOMA DE DECISIONES	"la toma de decisiones es completamente verticalista ... hay que consultar todo con el Director y es un autoritario"	Verticalista
CAPACITACION	"es una necesidad la capacitación, sobre todo con la tecnología, las nuevas terapéuticas que hacen cambiar la forma de cuidar" "antes se preparaban charlas ... cuando decían que los enfermeros de la guardia iban a exponer se llenaba"	Saberes propios
COMUNICACIÓN	"laburo hace 32 años de asistencial y me asombro de la respuesta que le dan estas pendejas a los pacientes...() después se enojan cuando el paciente reacciona mal"	Tipos de trato: destrato hacia el paciente.
LENGUAJE		
RITUALES		
VESTIMENTA		
ESPACIO FISICO	"a mas urgencia el Shockroom está preparado para recorrer menos distancias"	Más urgencia menos distancia.
POLITICA	"incremento del flujo de trabajo sin la implementación del recurso necesario para dar respuesta"	Más trabajo menos recursos

CASO 5 (Área Crítica: AEP)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS		
VALORES	<p>“se tiene que observar, uno desarrolla la observación del paciente y la valoración para estar atento y eso te da rapidez para actuar”</p> <p>“se tiene que valorar al paciente y tener rapidez al actuar, pero sin valoración el resto no sirve”</p>	<p>Vinculo enfermero/paciente</p> <p>Valoración rapidez</p>
MITOS	<p>“un mito es que en la guardia es todo desorganizado, que te dejaban sola, que no se podía trabajar en equipo y cuando vine para acá me di cuenta que era más leyenda que otra cosa, y encontré mejores compañeros que en el piso” “no te dejan sola en la guardia, tus compañeros...”el otro es que somos todos vagos, pero es mentira, acá es imposible que eso ocurra. Hay en riesgo vidas de personas y eso hace que no entremos en esa categoría”</p>	<p>Vinculo Enfermero/Enfermero</p> <p>no te dejan sola</p>
CLIMA DE TRABAJO	<p>“es muy variado, depende con quien te toque trabajar. Hay personas con las que podés trabajar bien y otras que no. No me voy a enojar si te molesta, todos somos personas, todos tenemos problemas y los traemos al trabajo, es mentira que los podemos dejar afuera, pero eso no debería afectar como trabajamos”</p>	<p>Relacionado con el grupo.</p>
TOMA DE DECISIONES	<p>“Hay decisiones que se toman y uno ve a la jefa dialogando con los médicos, pero la mayoría de las decisiones no participamos y cuando ya se han tomado uno lo único que escucha es la queja”</p>	<p>Poco participativa.</p> <p>Queja</p>
CAPACITACION	<p>“el hospital brinda oportunidades de continuar capacitándose, luego de recibirme de Licenciada deje la capacitación de lado... está... pero no la aprovecho”</p> <p>“cuando me preguntaron si quería venir a trabajar acá, personalmente me resultó un desafío”</p>	<p>Oportunidades</p> <p>Desaprovechadas</p> <p>Desafío</p>
COMUNICACIÓN	<p>“con las supervisoras se pasa sala, si hay un problema te escuchan pero en casos puntuales” “es escasa” “con los médicos se tiene mucha comunicación porque están, a diferencia con el piso”</p>	<p>Verticalista</p>
LENGUAJE		
RITUALES	<p>“cuando ingresa una paciente al Shockroom no es mi paciente, sino el paciente de todos”</p>	<p>Paciente de todos.</p> <p>Vinculo enfermero/enfermero</p>
VESTIMENTA		
ESPACIO FISICO	<p>“los espacios físicos están en función del trabajo, en el shockroom hay menos distancia y más visibilidad, a pesar de ser una guardia, está organizado”</p>	<p>Organizado</p>

POLITICA	“el hospital está muy atravesado por la política, es un espejo de lo que pasa en Rosario. El Heca siempre está en las noticias”	Espejo
----------	---	--------

CASO 6 (Área Crítica: Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS	“que se puede mejorar mucho más, sin aumentar los recursos” “las prioridades las pone uno”	Las prioridades son impersonales
VALORES	“busco la eficiencia” “no importa la calidad de atención del paciente... somos un número” “en la urgencia trabajamos en equipo, cada uno lidera”	Eficacia Vínculo con el paciente
MITOS		
CLIMA DE TRABAJO	“cuando el paciente está complicado no lo quieren atender. Eso influye en el clima... y nadie te ampara” “los médicos no saben atender a pacientes que no son del servicio y enfermería está sola”	A mayor complejidad del paciente ausencia de equipo
TOMA DE DECISIONES	“las decisiones las tomas cualesquiera... mi Jefa no las toma...no es referente” “No importa lo que uno decida... ya que las decisiones las impone el director, sobre todo para atender al paciente”	Decisiones unipersonales Verticalista
CAPACITACION	“tenés libertad para desarrollar, investigar, en la municipalidad nadie te pone freno, pero en el hospital nadie te da una mano”	Hay libertad de acción
COMUNICACIÓN	“se premia más a un chiste pelotudo que al trabajo...” “en las reuniones uno se cansa de hablar pero poco se arregla...”	Incomunicación
LENGUAJE		
RITUALES	“es rutina sacar las indicaciones médicas después del mediodía” “los médicos terminan tarde el pase desala”	Organización rutinaria
VESTIMENTA		
ESPACIO FISICO	“acá rompieron ventanas, un paciente se quiso tirar y nadie hizo nada” “estamos permanentemente expuestos a la observación del paciente, no tenemos donde registrar, nos sentamos a la vista de todos”	Observados por el paciente
POLITICA	“aunque nosotros no veamos a los actores, la política mueve todo... enfermería tiene poco peso...”	Mueve todo
CUIDADOS	“enfermería usa la teoría de Henderson sobre las necesidades básicas”	Teoría de Henderson

CASO 7 (Área Crítica: Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS	"me apasiona el servicio, la cardiología" "uno es cálido con los pacientes...el grupo más viejo marca la diferencia en cuanto a conocimientos y por eso nos quedamos"	Pasión por la Cardiología
VALORES	"se trabaja con respeto, colaboración. Sobre todo como colegas" "uno se desarrolla en un área por diferentes circunstancias, influye la motivación" "me encanta... por eso estoy acá"	Respeto Colaboración
MITOS	"uno de los mitos es que en la Coronaria hay poco trabajo, pero no es así. El paciente no se "ve" enfermo, ni siquiera para sí mismo y eso hace que todos quieran venir para acá. Después se dan cuenta, cuando les pasa la urgencia que no es tan fácil como parece"	Poco trabajo el paciente no se ve grave
CLIMA DE TRABAJO	"es bueno, como grupo..." "es un trato entre colegas"	Bueno según el grupo Trato de colegas
TOMA DE DECISIONES	"es una unidad cerrada... trabajamos con médicos hace mucho" "uno puede aportar pero se impone el modelo medico hegemónico. Les cuesta nuestro aporte"	Unidad cerrada. Modelo médico, les cuesta el aporte enfermero
CAPACITACION	"no existe nada planificado. Es lo que hace uno, nada más. No se genera nada" "La gente joven no aprovecha el conocimiento de los viejos" "uno esta desmotivado totalmente" "creo que está relacionado a que los Jefes vienen a la Coronaria antes de jubilarse"	Nada planificado. Poca motivación. Jefes por jubilarse
COMUNICACIÓN	"es buena, según los turnos, depende mucho del grupo" "hay diferencias entre los viejos y los nuevos, y con los residentes hay falencias que arrastran problemáticas."	Según el grupo, diferencias entre viejos y nuevos
LENGUAJE	"depende las circunstancias, con el paciente acomodamos para que nos entiendan y entre colegas y con los médicos es técnico"	Según las circunstancias
RITUALES	"las formas de trabajo son diferentes a otra sala: realizar el electrocardiograma y saber interpretarlo, pasar sala con los médicos"	Trabajo específico
VESTIMENTA	"utilizamos los ambos que nos da la muni... el blanco nos representa, nos identifica" "hay una despersonalización, nadie dice nada si se utiliza otro color"	Hay despersonalización. El blanco nos representa
ESPACIO FISICO	"hay más tecnología, menos visibilidad de algunas camas, en el Heca viejo se veían todas las camas" "no hay privacidad" "este lugar es más despersonalizado"	Mas tecnología, menos camas visibles
POLITICA	"las políticas nos atraviesan... lo más impactante en Coronaria son los tratamientos... antes se derivaban los casos dependiendo del presupuesto y hoy los casos hiperagudos se derivan para angioplastia sin pasar por acá, directamente de la guardia"	Nos atraviesan
CUIDADOS	"se realizan rutinas, no hay normativas ni protocolos... creo que tiene que ver con la motivación personal, uno hace...."	Rutinas, no protocolos, no

Otros no"	normativas
-----------	------------

CASO 8 (Área Crítica: Unidad de Terapia Intensiva)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS	"muchas veces no depende del trabajo sino del paciente" "depende quien informe" "los pacientes como luchas por su vida y su recuperación... te sorprenden"	La lucha y recuperación de los pacientes
VALORES	"si bien hay personas celosas de su trabajo, se forman equipos de trabajo" "para la urgencia depende del grupo"	Equipo
MITOS	"la mosquita no falla... cuando aparece, es signo de muerte" "se han caído cosas, pero no tanto como en el Heca viejo"	Mosquita... no falla. Signo de muerte
CLIMA DE TRABAJO	"depende del grupo" "somos compañeros"	Depende del grupo
TOMA DE DECISIONES	"no intervenimos en la toma de decisiones, son verticalistas" "son una bajada de bandera"	Verticalista
CAPACITACION	"uno puede seguir capacitándose en lo que quiera" "Hay poco de lo nuestro, no se visibiliza" "se puede hacer un montón de cosas, pero hay poca motivación"	Poca motivación, libertad de acción, no visibiliza
COMUNICACIÓN	"Hay canales establecidos" "con el paciente no hay comunicación ya que la mayoría esta ventilado y en coma farmacológico, si bien se le dice que se le va hacer porque el octavo para siempre hay que estar alerta, y con la familia es muy poca, ya que tienen poco tiempo y dejamos que lo aprovechen con ellos"	Canales establecidos No hay comunicación con el paciente (ventilado) ni el familiar
LENGUAJE	"depende el grupo, formal e informal" "depende con quien te tengas que comunicar"	Según el grupo
RITUALES	"hay rutinas de trabajo" "una rutina es la de los baños y cambio de pacientes"	Rutinas
VESTIMENTA	"con el color que tengamos, últimamente no nos dan la cantidad de ambos correspondientes, usamos cualquier color, pero el blanco es el que nos representa"	El blanco es representativo pero usamos cualquier color
ESPACIO FISICO	"es muy práctico, hay mucha tecnología" "quedaron camas escondidas de la visión de enfermería, que solo tiene monitoreo para evaluar al paciente"	Practico Camas escondidas
POLITICA	"este es un lugar que siempre está expuesto, ya sea por los casos graves y complicados, ya sea por los donantes, por eso nos consideramos como la niña mimada, lo que pedimos lo tenemos"	Somos la niña mimada
CUIDADOS	"son rutinas, Hay protocolos pero no se cumplen" "no se revisan, uno termina agotándose ya que del otro lado les da lo mismo, no hay incentivo... terminas cumpliendo tus horas y te vas"	Rutinas no se revisan protocolos

CASO 9 (Área Crítica: Unidad de Terapia Intensiva)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS	“en este lugar se ven casos tan extremos que levantamos a los muertos, recuperamos casos muy difíciles”	Recuperamos muertos
VALORES	“el trabajo tiene que salir, y se trabaja en colaboración con tu compañero, porque solo no puedes mover los pacientes, por más técnica que uses... la mayoría esta poli-instrumentado y siempre cuatro ojos ven más que dos”	Trabajo Colaborativo
MITOS	“en el heca viejo había más... se caían cosas del chatero, las fotos tenían luces o sombras, pero si hay algo que se mantiene es la mosca.... Cuando aparece se lleva alguno”	La mosca se lleva a alguno
CLIMA DE TRABAJO	“depende del grupo, pero somos compañeros” “con los médicos viejos se comparten más cosas que con los nuevos”	Somos compañeros
TOMA DE DECISIONES	“vienen de arriba, influimos en pocas cosas” “el modelo medico es la respuesta a todo, se impone”	Verticalista Médico impone
CAPACITACION	“hay poca oferta, pero se puede hacer mucho, por la experiencia que tenemos... solo que nadie empuja; pero a la hora de hacer poco, todos se quieren llevar los laureles... muchos jefes....”	Se puede hacer mucho pero nadie empuja
COMUNICACIÓN	“hay canales formales establecidos” “con el paciente se habla poco, por su estado y con el familiar también se habla poco... les cuesta lo que les está pasando”	Formales con el equipo, poco con el familiar
LENGUAJE	“como nos manejamos en un lugar cerrado, es bastante técnico”	Técnico
RITUALES	“hay rutinas de trabajo que son muy específicas, propias de un lugar cerrado, propias del neurointensivismo que se hace sólo acá”	Rutinas
VESTIMENTA	El ambo es blanco, nos representa, si bien no nos dan la cantidad estipulada por estatuto”	Blanco
ESPACIO FISICO	“es muy práctico, lo malo que hayan hecho nuevo un lugar tan impresionante y hayan dejado camas que no las podamos ver”	Practico camas invisibles
POLITICA	“nos atraviesan y para ellos mueven todos los votos”	Votos
CUIDADOS	“son rutinas, no hay guías de trabajo”	Rutinas no guías

CASO 10 (Área de Internación General: Cuidados Intermedios Altos Sector A1)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS	“Creo que se ve el empoderamiento del familiar con el programa Familia Activa” “se aplica y ves el logro de la gente”	Empoderamiento del familiar a través del programa Familia Activa.
VALORES	“para mi... no se premia ni la eficacia ni la eficiencia ni la organización. Se premia la educación.”	Ni eficacia ni eficiencia “educación”
MITOS	“circulan mitos de personajes en el sentido: sobre las vías que ha puesto, en los lugares...”	Personajes... “las vías que ha puesto”
CLIMA DE TRABAJO	“depende de las guardias y los compañeros... hay guardias aburridas, otras el clima es tenso debido a las problemáticas y la forma de resolverlas de cada uno y como grupo”	Depende las guardias y los compañeros
TOMA DE DECISIONES	“hay decisiones que podemos tomar y que tienen que ver con la atención del paciente, en base a sus necesidades, poseemos autonomía” “otras decisiones que son “acatadas” como por ejemplo no sacarnos fotos y subirlas a las redes sociales... las sacamos igual y las subimos al grupo de WhatsApp”	Verticales, hay autonomía con el paciente
CAPACITACION	“Después del trabajo de investigación de un compañero surgió como solución a un problemas de la sala el programa Familia Activa. Esta implementación ha llevado a capacitarse en los diferentes temas para llevarlo adelante” “se ven los resultados del esfuerzo, las escaras granulan y se cierran, las familias toman un compromiso con el cuidado y uno se siente contento”	Basado en investigación Familia Activa
COMUNICACIÓN	“Es efectiva al 100% con el jefe y si el jefe no esta se escribe en el cuaderno de novedades”	Efectiva con el Jefe
LENGUAJE	“Es la base fundamental para trabajar con la familia. Si uno usa un lenguaje muy rebuscado no lo entienden y no pueden aprender”	Base con la familia, es fundamental
RITUALES	“Siempre que pasamos la guardia tomamos mate” “para fin de año jugamos al amigo invisible, cada uno saca un nombre y deja el regalo en el árbol de Navidad”	Pase de guardia Amigo invisible en Navidad.
VESTIMENTA	“Cada uno se compra porque el ambo que te dan siempre está mal confeccionado”	Cada uno se compra
ESPACIO FISICO	“Los espacios del office de enfermería son estrechos y no permanente el desenvolvimiento de todos los enfermeros”	Estrecho
POLITICA	“No los logramos ver, ni las política sindical en los paros no hay ningún beneficio, trabajamos el doble y tampoco ningún cambio político... si los pacientes rompen las habitaciones nadie les dice nada y no se arregla...”	No se ve, si los pacientes rompen todo nadie dice nada

CASO 11 (Área de Internación General: Cuidados Intermedios Altos Sector A1)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS		
VALORES	"La educación a la familia en el programa Familia Activa nos ha unido como grupo a trabajar para solucionar un problema" "Se ve el compromiso de la familia en el cuidado"	Compromiso de la familia
MITOS	"A veces cuando tomas el ascensor para venir, sentís que te corre un frío por la espalda... sobre todo de noche"	Ascensor...frío en la espalda
CLIMA DE TRABAJO	"Como en todos lados... con algunos te llevas mejor y con otros no tanto"	Depende del grupo
TOMA DE DECISIONES	"Las decisiones que se pueden tomar, el jefe nos hace participar"	Participativas
CAPACITACION	"Uno debe tener automotivación para capacitarse, continuar con los estudios"	Automotivación
COMUNICACIÓN	"Es fluida... con los supervisores pasan sala y cuando llevamos el problemas también la solución"	Fluida con Supervisora en el pase
LENGUAJE	"Es fluida con la familia... la base para educarlos. Se dificulta con los médicos"	Escasa con los médicos, fluida con los familiares
RITUALES	"hay ciertos grupos que se reúnen fuera del hospital a comer, salen, se juntan" "se toma como ritual ordenar la mesada de trabajo, solicitando el material necesario, según el turno y los grupos algunas tareas como los baños y los controles de signos vitales se toman en grupo"	Reuniones sociales con ciertos grupos.
VESTIMENTA	"Usamos el ambo que nos gusta porque nos entregan muy espaciado y tanto lavados se desgasta"	Usamos lo que nos gusta
ESPACIO FISICO	"Hay escaso lugar para el depósito de material y eso lleva al desorden y entorpece las rutinas de trabajo"	Desorden por escaso lugar
POLITICA	"no se alcanza a ver una política directiva ni una política sindical aunque pacientes sobran y no hay camas"	No hay política directiva, ni sindical

CASO 12 (Área de Internación General: Cuidados Intermedios Altos Sector A2)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS		.
VALORES	“Se ve el involucramiento de la familia para poder continuar con los cuidados en su casa luego del alta”	Involucramiento para continuar cuidados en casa
MITOS	“Dicen que de noche se ven sombras en las habitaciones vacías pero no le doy mucho crédito”	De noche... sombras... poco crédito
CLIMA DE TRABAJO	“Depende de cada turno, hay turnos que los compañeros son densos, otros aburridos”	Hay compañeros densos...otros aburridos
TOMA DE DECISIONES	“Hay cosas que resolver más urgente y se demora en la toma de decisiones”	Demora en la toma de decisiones
CAPACITACION	“Uno ve los resultados de Familia Activa y eso lo lleva a continuar la capacitación”	Familia Activa resultados
COMUNICACIÓN	“Hay comunicación pero debería haber más para que se logren mas cosas”	Debería haber más
LENGUAJE	“El lenguaje es formal según el caso adaptado para la familia y el paciente”	Formal según el caso
RITUALES	“En las reuniones mensuales se puede encontrar espacios en los cuales se establecen acuerdos, se realizan las evaluaciones de los procedimientos y se trata de solucionar los problemas”	Reuniones mensuales
VESTIMENTA	“El hospital provee ambos pero usamos lo que tenemos ya que hay demoras en los plazos de entregas”	Lo que tengamos
ESPACIO FISICO	“Se dificulta la observación de un paciente con cuidados intermedios altos al momento de responder a una urgencia hay escaso lugar para poder actuar. Cada cama comparte oxígeno y aspiración lo que dificulta la utilización de las camas con pacientes con demanda de dichos elementos”	Para la urgencia escaso lugar. Comparten oxigeno
POLITICA	“En general los insumos no faltan pero la cuestión edilicia se ha resentido mucho a pesar que llevamos pocos años trabajando acá”	No faltan insumos edificio resentido

CASO 13 (Área de Internación General: Cuidados Intermedios Altos Sector A2)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS	"En el Heca viejo éramos más conocidos, como una familia, acá somos muchos..."	En el viejo éramos todos conocidos, acá somos muchos
VALORES	"Uno con los años tiene que enfrentar problemas y hay que estar unido como grupo"	Unión de grupo para enfrentar problemas
MITOS	"Acá no hay leyendas como había en el viejo Heca... en la Terapia"	No hay leyendas por acá en el viejo si
CLIMA DE TRABAJO	"Depende del grupo, según el turno, los chicos son jóvenes"	Depende el grupo
TOMA DE DECISIONES	"Desde la dirección... aunque en este sector, el jefe nos hace participar"	Verticales, el jefe participativo
CAPACITACION	"Es un compromiso que toma uno a ni no me interesa seguir estudiando pero a mi esposa si"	Compromisos pero todo uno
COMUNICACIÓN	"Según el turno con el jefe y con supervisión si es para alguna guardia le llevas el problema pero también la solución"	Escasa, con Supervisión llevamos el problema y la solución
LENGUAJE	"Depende con quien estés, lo mío es simple..."	Depende con quien
RITUALES	"Una de las cosas que no cambia es tomar mate en el pase de guardia"	Mate al pasar la guardia.
VESTIMENTA	"Es el blanco el color del ambo, antes tomamos dos por año, ahora cada vez menos..."	Blanco antes entregaban a tiempo ahora no
ESPACIO FISICO	"El office es chico, somos cinco y no entramos, no hay lugar para estar, nos apropiamos del chatero y se desmantelo para que nos podamos sentar. Lo hicieron mal"	Poco lugar... lo hicieron mal
POLITICA	"El día de paro las guardias mínimas se cubren y se trabaja más porque el trabajo no cesa. La salud no cierra. Los resultados se ven a largo plazo"	Paro. Largo plazo resultados la salud no cierra

CASO 14 (Área de Internación General: Cuidados Intermedios Bajos Sector B 1)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS		
VALORES	“lo que se rescata en este servicio es que trabajamos en equipo, sobre todo para los baños en pacientes con tutores”	Trabajo en equipo
MITOS	“escuche cosas pero no vi nada”	Escuche cosas pero no vi nada
CLIMA DE TRABAJO	“depende del grupo, hay turnos que te llevas mejor y hay turno que te llevas menos”	Depende del grupo Vinculo enfermero/enfermero
TOMA DE DECISIONES	“el jefe trata de participar en todas las decisiones pero hay cuestiones que no se puede porque vienen de más arriba”	El Jefe participa Hay cuestiones que no
CAPACITACION	“con familia activa, participamos en enseñar al familiar que debe irse con el tutor y cuando los pacientes hacen crisis por consumo... trabajamos para la seguridad nuestra”	Si con Familia Activa Tutores y Crisis Subjetivas
COMUNICACIÓN	“son escritas cuando queremos que quede asentado algo importante y lo hacemos en el cuaderno de novedades”	Escritas en el Cuaderno de Novedades
LENGUAJE	“son formales, si bien usamos mucho tecnicismo entre nosotros lo adecuamos al paciente”	Formales
RITUALES	“si bien ordenamos la mesada, el nochero repone los elementos, cada uno tiene su rutina pero lo que no falta es el mate en el pase de guardia”	Mate en el pase De guardia
VESTIMENTA	“usamos ambo, el que tenemos”	Ambo
ESPACIO FISICO	“es muy chico, no nos da lugar en la mesada para trabajar cuatro personas juntas, hay alguno que queda del lado donde era el chatero, poco práctico”	Reducido Poco práctico
POLITICA	“se fijan en los sueldos, en los descartables, medicación pero nadie se fija en los tutores que les ponen a los pacientes y que pagamos entre todos”	Gastos en los tutores que pagamos todos

CASO 15 (Área de Internación General: Cuidados Intermedios Bajos Sector B 1)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS		
VALORES	“hay mucho compañerismo, nos ayudamos”	Compañerismo
MITOS	“en el Heca viejo corrían más cuentos... sobre todo en UTI, vos te acordás...”	No hay como en el Heca viejo... en UTI
CLIMA DE TRABAJO	“depende con quien te toque, hay turnos que somos más compañeros que otros”	Según los turnos Compañeros
TOMA DE DECISIONES	“el jefe las hace participativas a las que son del servicio, hay otras que vienen de arriba”	Participativas Otras de arriba
CAPACITACION	“trabajamos mucho con los tutores y los cuidados que tiene que tener la familia en la casa y comenzamos a integrar reuniones interdisciplinarias con Traumatología para resolver problemas comunes”	Si con Tutores y sus cuidados Reuniones interdisciplinarias con O y T
COMUNICACIÓN	“si abiertas con el Jefe”	Abiertas con el Jefe
LENGUAJE		
RITUALES	“tratamos de arreglar todo en las reuniones, sobre todo con el jefe”	Reuniones mensuales
VESTIMENTA	“nos ponemos lo que tenemos, porque antes entregaban dos uniformes al año, ahora lo estiran y no llegamos”	Antes nos daban más
ESPACIO FISICO	“no entramos todos trabajando en el office, es muy chico”	Estrecho
POLITICA	“todos están preocupados por el paciente pero nadie nos ve a nosotros que estamos las 24 hs, no te dan nada”	Todo para el paciente Nada para el trabajador

CASO 16 (Área de Internación General: Cuidados Intermedios Bajos Sector B 2)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS		
VALORES	“En pacientes con necesidades de aislamiento respiratorio y cuidados neutropénico los valores que se rescatan son la eficiencia y la planificación, la eficiencia para ingresar una sola vez y realizar las actividades planificadas y organización para que el mismo enfermero no tenga a cargo los dos tipos de pacientes”	Eficacia Eficiencia Planificación y organización de actividades
MITOS	“Dicen que por los aislados se escuchan ruidos, a veces se encuentran las puertas abiertas cuando no hay nadie, sobre todo de noche... no lo viví así que no sé si es verdad, es lo que comentan” “cuentan que particularmente en la habitación 58 hacen travesuras”	En aislados Hacen “travesuras”
CLIMA DE TRABAJO	“El clima tiene temporadas como las relaciones interpersonales. Hay afinidad con ciertas personas y con otras no. Tenemos personalidades muy fuertes lo que lleva a hablar y confrontar si es necesario”	Según las relaciones interpersonales Vínculo enfermero/enfermero
TOMA DE DECISIONES	“”las decisiones, en general, si es que se pueden tomar el Enfermero Jefe nos hace participar ya que la visión de las autoridades que no están en la “trinchera” es diferente a la que estamos acá. Muchas veces no porque las decisiones vienen tomadas, no tenemos ni voz ni voto, ni siquiera Departamento la tiene”. “Somos los que día a día estamos acá, somos los que laburamos”	Verticalistas En el servicio el Enf. Jefe participativas
CAPACITACION	“En este sector se realizan quimioterapias. Esta práctica, que no es común en este hospital, necesito de la capacitación exclusiva en esta técnica de enfermería. Luego de un trabajo de investigación y gestión se produjo la capacitación por áreas específicas de otros efectores para el profesional que se desempeñaba en ese sector. Ante la mayor demanda de tratamientos, implico que el propio servicio se hiciera cargo de la capacitación y que todos formaran parte del plantel que realizan las quimioterapias. Ahora todos los que ingresan reciben la capacitación para que todos puedan realizar el tratamiento”	Capacitación en grupo del servicio sobre quimioterapia y luego se abrió a todo el hospital
COMUNICACIÓN	“las comunicaciones son frontales con el Enfermero Jefe, también con el grupo, somos un grupo que tenemos personalidad fuerte. Si el problema es personal, se trata en privado entre las personas en cuestión. Si el problema es del grupo, se trata en la reunión mensual”.	Frontales con el Jefe
LENGUAJE	“es formal según a quien va dirigido”	Formales Según con quien
RITUALES	“En las reuniones mensuales nos decimos las cosas, ayer tuvimos una bastante “heavy” porque tenemos personalidades muy fuertes y tratamos de arreglar las cosas ahí. “tenemos un espejo donde anotamos las frase celebres... son acontecimientos que nos ocurrieron y que son graciosos	Reuniones mensuales “nos decimos las cosas”

	para el grupo” “Tenemos un calendario con los cumpleaños y el día del cumpleaños ponemos la foto en el grupo de WhatsApp”.	
VESTIMENTA	“usamos la que nos compramos” “el hospital nos da pero hay mucha demora”	Usamos los que nos compramos
ESPACIO FISICO	“es escaso para el desenvolvimiento en el área”	Escaso
POLITICA	“Algunas son evidentes y otras no tanto. Hay un “corto” de lo que le llega al jefe y que otros servicios están enterados y nosotros nos enteramos en el comedor... hay veces que ni el jefe está enterado”	Evidentes Otras “corto”

CASO 17 (Área de Internación General: Cuidados Intermedios Bajos Sector B 2)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS		
VALORES	“tiram todos para el mismo lado”	Tiram todos para el mismo lado
MITOS	“se escuchan ruidos en la parte de los aislados, como alguien caminando en zapatillas, de noche siempre...”	Ruidos en aislados
CLIMA DE TRABAJO	“el turno más armonioso es el 18/24 ya que estamos más solos respecto de las mismas problemáticas que en otros turnos hay equipos de apoyo para dar respuesta”	Según los turnos Unidos el 18/24 por problemáticas
TOMA DE DECISIONES	“Cuando hay un problema, como por ejemplo el paciente que vino armado, y que hubo que requisarlo, el Director intervino para resolverlo. Esa decisión de brindarnos más seguridad es de arriba. Para el resto de las problemáticas el jefe nos participa”	Verticalistas con problemas generales Participativas con el jefe
CAPACITACION	“es un servicio donde se realizan quimioterapia y nos capacitan a pesar de tener experiencia y eso está bueno para mejorar”	En quimioterapia y eso es muy bueno aunque tengas experiencia
COMUNICACIÓN	“con el jefe es mediante el cuaderno de novedades, con supervisión cuando llevamos un problema, si es por cobertura, también la solución”	Escritas con el Jefe Supervisión poco involucramiento
LENGUAJE		
RITUALES	“tomamos mate luego de pasar la guardia, nos ponemos al día de la sala”, “organizamos el trabajo de acuerdo a las rutinas” “socialmente festejamos los cumpleaños”	Rutinas Mate cumpleaños

VESTIMENTA	“usamos lo que tenemos, ya que hay demoras en la entrega de ambos”	Demoras en la entrega de ambos
ESPACIO FISICO	“nos apropiamos de lugares ya que enfermería no tenía un lugar propio y estábamos siempre a la vista de todos”	Apropiarse de lugares porque estábamos siempre visibles
POLITICA	“hay problemáticas donde se ven las políticas como por ejemplo la intervención del sindicato en el tema de la seguridad, se puso las pilas y logramos un puesto en la calle pro el robo al personal y de autos, pero tuvimos que esperar a que nos tirotearan para conseguirlo.... No sé qué esperaban... que nos maten”	Sindicato intervención para la seguridad

CASO 18 (Área de Internación General: Cuidados Intermedios Bajos Sector B 2)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS		
VALORES	“En la urgencia se valora la rapidez” “cada uno tiene su rutina pero se trabaja en equipo sobre todo con los pacientes complejos”	Rapidez Trabajo en equipo
MITOS	“No circulan muchos mitos, a mi particularmente no me paso nada”	No me pasó nada
CLIMA DE TRABAJO	“Entre compañeros bien con los turnos, el problema es la falta de coordinación de traslados de los pacientes a estudios: se van hacerse una radiografía, después vuelven a la habitación después van hacerse otro estudio y eso genera conflicto con el paciente y lo absorbemos nosotros porque los camilleros le dicen que la pidió el medico” “otra es los ingresos de la guardia o de quirófano que ni te avisan y te desorganizan y los camilleros dicen que es por internación... nadie se hace cargo”	Vínculo enfermero/ servicios de de apoyo Falta coordinación
TOMA DE DECISIONES	“Cuando son temas como la seguridad el Director, el sindicato también tiene peso pero con el tipo de pacientes que estamos manejando se sabía que esto iba a pasar”	Verticalistas con Dirección y con peso sindical
CAPACITACION	“Quimios a todos aunque no te guste hacerla”	Quimioterapia aunque no te guste
COMUNICACIÓN	“escritas en el cuaderno de novedades con el jefe”	Escritas con el Jefe
LENGUAJE	“Depende con quien te manejes”	Depende con quien
RITUALES	“Hay distribución de pacientes que realiza el jefe. Luego según cada turno se pone de acuerdo según la complejidad” “Hay veces que la guardia es mínima”	Distribución Guardias mínimas
VESTIMENTA	“no nos han dado... ahora dicen que vamos a recibir”	No nos dan
ESPACIO FISICO	“Muy alejado el sitio de aislados, se pierde visibilidad del paciente, debería haber cámaras en la habitación que	Alejados los aislados Necesidad de cámaras

	nos permita observar al paciente”	
POLITICA	“Te exigen como si estuvieras en lo último de lo último pero los pacientes tienen que tomar agua del baño porque no hay un dispensador de agua fría ni agua caliente, ni tenemos para el personal. El personal se lo tiene que pagar. Y tampoco tenemos ni vasos para darles de tomar agua. Muchos pacientes están solos... sin familiares que le puedan ir a comprar una botella de agua fresca, o a veces no tienen plata para hacerlo. Y nosotros tratamos de resolverlo con lo que tenemos”. “Se podría mejorar pero no hay gente que se esté ocupando de ello”	Exigen pero no nos dan ni agua

CASO 19 (Área de Gestión: Supervisores)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS		
VALORES	“los valores que se comparten dentro del grupo de supervisoras, es de solidaridad, colaboración, participación, trabajo en equipo”	Solidaridad Participación
MITOS	“uno de los mitos más importantes fue después de la mudanza, que los de seguridad escuchaban ruidos, y hasta salió en la televisión que filmaron apariciones...”	Ruidos antes de la demolición En la TV apariciones todo del Heca viejo
CLIMA DE TRABAJO	“en el grupo somos compañeras, compartimos el mismo promedio de edad, muchos años en la gestión, somos muy solidarias entre nosotras, puede haber rispideces como en todo grupo de trabajo pero lo solucionamos, somos un grupo fuerte”	Compañeras Grupo consolidado fuerte
TOMA DE DECISIONES	“las decisiones son consensuadas para no tener que volver atrás, muchas veces, tomamos decisiones y después tenemos que dar marcha atrás por diferentes cuestiones”	Consensuadas para no tener que volver atrás
CAPACITACION	“El grupo de supervisores brinda capacitación a los Enfermeros/as Jefes en forma continua, brinda capacitaciones programadas a los profesionales que desean presentarse a concurso de Enfermero Jefe, los motiva a continuar la Licenciatura, los posgrados”. “una de las capacitaciones son para los licenciados que quieren presentarse a concursos de enfermeros jefes, por ejemplo...”	Presentaciones a concursos
COMUNICACIÓN	“las comunicaciones son fluidas entre el grupo”	Fluidas
LENGUAJE	“el lenguaje es formal entre el grupo y con los jefes y los enfermeros”	Formal
RITUALES	“Se lee el report. Uno va copiando y anotando, teniendo una visión general del hospital”	Lectura de Report
VESTIMENTA	“se busca una combinación diferente para marcar diferenciarse del resto”	Diferenciación
ESPACIO	“la estructura es deficitaria ya que, luego de la mudanza no se ha logrado la dotación necesaria para cubrir	Estructura deficitaria

FISICO	los puestos" "El espacio físico del Departamento es grande y ordenado, funcional a las actividades"	
POLITICA		

CASO 20 (Área de Gestión: Supervisores)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS		
VALORES	"Los valores son solidaridad, se comparte el compromiso, la colaboración y la responsabilidad"	Solidaridad Compromiso Responsabilidad
MITOS	"se extraña la gran familia del Heca viejo"	Se extraña la gran familia del Heca Viejo
CLIMA DE TRABAJO	"Hay dos tipos de clientes, uno interno que es la problemática enfermera y una externo el paciente y su familia"	Gestión sobre dos grupos: el cliente interno y el cliente externo Armonioso, con diferencias que se gestionan
TOMA DE DECISIONES	"Las decisiones se toman colegiadamente, pero dependen del Jefe de Departamento"	Colegiadas con el Jefe de Departamento
CAPACITACION	"se realizaba el congreso de emergencias cada dos años, la idea es retornar..."	Congreso de Emergencias cada dos años, retornar...
COMUNICACIÓN	"la comunicación se realiza formalmente mediante reuniones"	En reuniones
LENGUAJE	"el lenguaje utilizado es respetuoso"	Respetuoso
RITUALES	"la distribución de acuerdo a la cantidad que somos, nos ponemos de acuerdo y dividimos el trabajo por áreas estipuladas" "El trabajo de la supervisora no está muy reconocido..."	Acuerdo en división del trabajo por áreas
VESTIMENTA		
ESPACIO FISICO	"Es deficitaria a nivel cuantitativo. Hay que tener en cuenta que otras supervisoras ocuparon otros puestos donde la presencia de enfermería es necesaria debido a las necesidades del nuevo hospital como cuidados progresivos, calidad: La sociedad ha ido cambiando y el hospital crece para dar respuesta"	Déficit cuantitativo del recurso humano
POLITICA	"está atravesado por la decisiones médica y por la dirección de Enfermería"	Atravesado por la Dirección médica y por la Dirección de Enfermería

CASO 21 (Área de Gestión: Supervisores)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS	"Hay un cambio de cultura de emergencia, cuando ingresan los nuevos enfermeros debemos decirles que no es todo emergencias, hay crisis subjetivas, violencia de género, problemas de adicciones, donaciones de órganos, trasplante de corneas... y eso no es todo, cambia la sociedad y eso afecta el trabajo y la finalidad con la que fue creado el hospital"	Cambio de cultura de emergencia y eso no es todo, cambia la sociedad y eso afecta el trabajo
VALORES	"La colaboración, la participación. La humildad en el trabajo en equipo en el momento de la catástrofe no solo de nuestra disciplina sino del resto de equipo de salud" "Colaboración no solo con el paciente sino con la familia en el área de internación, en el área cerrada o crítica es otra la dinámica"	Vínculo Paciente y familia, diferencias en el área de internación y en el área crítica
MITOS	"Se están tratando de recuperar, como el brindis de fin de año, las despedidas de fin de año, ahora es donde el director hace un balance del año... tiene una mirada más política"	Se están tratando de recuperar, como el brindis de fin de año, las despedidas.
CLIMA DE TRABAJO	"Es muy bueno, como en todo grupo hay diferencias pero se consensuan y se dialogan. Y es buena la diferencia para tener diferentes ópticas" "Nos sentimos desprotegidas sobre todo en los turnos alejados" "en las recorridas nos hacen partícipes de las problemáticas que tienen"	Muy bueno Con diferencias que se consensuan
TOMA DE DECISIONES	"la toma de decisiones final las hace el Jefe de Departamento, uno puede no acordar pero las respeta"	No acuerdo pero respeto
CAPACITACION	"El rol más importante del Supervisor es la motivación. Motivar a los profesionales para que continúen su carrera, sigan estudiando. Antes había pocos Licenciados y todos eran Enfermeros, hoy hay muchos Licenciados, están estudiando la Licenciatura, continúan estudios de posgrado como Maestrías y Doctorados." "lo malo es que se perdió el puesto de supervisora docente, que había en el Heca viejo y eso era muy bueno" "también teníamos el congreso de emergencias que preparábamos cada dos años y que siempre iba muchísima gente"	Motivación, Supervisora Docente perdido el puesto, Congreso de Emergencias
COMUNICACIÓN	"la comunicación se realiza en reuniones"	En reuniones
LENGUAJE		
RITUALES	"Tratamos de dar continuidad pero no damos a basta...hay un bache" "tratamos de resolver todas la problemáticas de enfermería y de los familiares" "tenemos una visión macroscópica de lo que es el hospital"	Tratamos de dar continuidad pero hay un bache...
VESTIMENTA	"son especiales para diferenciarse de los demás"	Diferenciarse
ESPACIO FISICO	"Es deficitaria en cuanto a cantidad. No se puede dar continuidad ya que no se cubren todos los turnos" "Es poca la estructura del Departamento para dar respuesta a todas las problemáticas del hospital" "Se colocó un biombo para poder cambiarnos acá, ya que hay poco lugar"	Poca estructura

POLITICA	Atravesados por el partido y por el gremio
----------	--

CASO 22 (Área de Gestión: Enfermeros Jefes)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS		
VALORES	<p>“uno de los valores más importante es el equipo, trabajar en equipo es fundamental para este tipo de pacientes, no solo en equipo con enfermería sino también interdisciplinario: con los kinesiólogos, con los médicos... Los más viejos es más fácil... con los nuevos hay que coordinar las diferencias” “Se reafirma como valor el trabajo en equipo. Muchas veces el trabajo en equipo en enfermería se coordina rápido y cuesta mucho integrarlo con otras disciplinas. Otro valor que se respeta es el conocimiento: los profesionales están altamente capacitados, muy bien preparados. Otro valor es que los pacientes son tan complejos que no hay guardias mínimas en los días de paro, siempre se cubren las guardia completas, eso ha llevado a más de una discusión”.</p> <p>“otro valor es la ética, en relación a los pacientes, ya que son muy complejos”</p>	<p>Trabajo en equipo Coordinar diferencias entre nuevos/viejos</p>
MITOS	<p>“los verdaderos mitos quedaron en el Heca Viejo... en este nuevo no existen aún... Calculo que es cuestión de tiempo”</p>	<p>En el viejo si pero en el nuevo no</p>
CLIMA DE TRABAJO	<p>“El clima de trabajo lo percibo bien, de compañerismo entre todos, como debemos trabajar en colaboración” “El clima es bastante bueno, para ser tantas personas, son compañeros. Se cubren las guardias, se hacen cambios, se colaboran en el trabajo” “Obvio que hay problemas, con Dirección, me llaman y tratamos de resolverlos pero trato de dimensionarlo diferente a la hora de transmitirlos”</p>	<p>Compañerismo Colaboración</p>
TOMA DE DECISIONES	<p>“las decisiones tratamos de consensuarlas como equipo, las que podemos tomar nosotros donde todos se escuchan todas las voces y se llega a un consenso” “siempre hay problemas con la dirección y ese tipo de decisiones vienen impuestas” “Tenemos comunicación permanente con los médicos, con los Jefes médicos, con el Director, con Supervisión. En general cuando hay algún problema, me llaman directamente de Dirección. Cuando hay déficit de recurso humano o problemas con las horas extras a Departamento” “hay otro tipo de decisiones que son impuestas, como el Cudaio, y son problemáticas difícil de resolver”</p>	<p>Consensuadas en equipo Problemas con dirección Problemas con departamento</p>
CAPACITACION	<p>“La capacitación siempre está disponible pero hay poca participación por la escasa motivación, el doble empleo de la mayoría y la familia, muchas mujeres con hijos pequeños”</p>	<p>Poca participación por el doble empleo, la familia</p>

		Motivación
COMUNICACIÓN	“Las comunicaciones son fluidas a través de grupos de WhatsApp, sino por medio del teléfono, o personalmente”	Fluidas Grupos de WhatsApp Telefónicas Personales
LENGUAJE		
RITUALES	“uno de los rituales son los registros, se adaptaron para ser más sencillo el trabajo y es una rutina que todos asumieron” “Otro de los rituales es comer todos juntos, si bien son 4 áreas se las arreglan para comer”	Registros Comer todos juntos
VESTIMENTA	“nos dan uno por año pero no hay un acuerdo en el modelo, debe ser diferente de los demás”	Anual, diferentes pero no acuerdo
ESPACIO FISICO	“Tuve la suerte de participar con el equipo médico del diseño de la terapia y eso marco la diferencia de las oficinas para enfermería y primero que hay lugar para enfermería, baños, y una oficina donde nos podemos reunir, cosa que no existe en ningún otro lado del hospital”	Intervención en la Construcción
POLITICA	“En las áreas cerradas es más difícil de ver la política, en la guardia sabemos que no podemos rechazar ningún paciente, pero se ve menos. Si faltan insumos significa que los demás sectores no tienen nada. Acá está muy controlado; la dificultad se observa en el recurso de personal que es escaso, que hay utilización de horas extras, y acá tiene que estar preparado el personal”. “Lo mismo para con los recursos humanos, si digo que me faltan enfermeros, enseguida me pasan un par ya que no podemos atender a los pacientes”	Dificultad de ver, si no hay insumos en el resto del hospital no hay nada Diferencias en los recursos humanos

CASO 23 (Área de Gestión: Enfermeros Jefes)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS		
VALORES	<p>“Se ve una desvalorización del trabajo, nadie tiene en cuenta el trabajo que hace enfermería todos los días y eso incurre a una desmotivación del personal que es muy difícil de llevar adelante” “Se ha desvalorizado el trabajo enfermero en este hospital, no es el mismo valor del enfermero de hace quince años. Eso se ve y va desmotivando a los enfermeros. Se han ido modificando los valores en la sociedad y puede deberse a esos cambios”.</p> <p>“Sumado a esto tenemos en la misma sala internados al agresor y al agredido y cuando viene la familia de visita se arma cada lío que necesitamos protección”</p>	<p>Desvalorización del trabajo Desmotivación Necesidad de protección</p>
MITOS	<p>“Uno de los mitos que mas se escuchan es que los municipales son todos unos vagos pero en salud eso no pasa”</p>	<p>Municipales vagos pero no en salud</p>
CLIMA DE TRABAJO	<p>“En general hay un buen clima de trabajo, es tranquilo” “tienen diferencias interpersonales que si no interfieren con el trabajo no me meto”</p>	<p>Buen clima con diferencias que si no interfiere en el trabajo</p>
TOMA DE DECISIONES	<p>“la toma de decisiones es verticalista, ya sea desde departamento o de dirección. Si hay resistencia se mete el gremio”</p>	<p>Verticalistas Se resisten influye el gremio</p>
CAPACITACION	<p>“hay una escasa participación, a pesar de la invitación con familia activa... les cuesta participar”</p>	<p>Escasa participación</p>
COMUNICACIÓN	<p>“Son fluidas con el personal y los pacientes y sus familiares, es necesario tener una buena comunicación para ambos lados”</p> <p>“Se complican con departamento, muchas veces se resienten a escuchar lo que debemos decir” “La comunicación con las Supervisoras se ha resentido debido a la escases de recurso humano, pedimos más personal, la respuesta es lenta, y se producen dificultades”.</p>	<p>Fluidas con el personal y con los pacientes y sus familias Resentidas con Departamento</p>
LENGUAJE		
RITUALES	<p>“Parte de los rituales son rutinas que no están escritas sobre nuestro trabajo, pasar sala, conocer a los pacientes, ver si están bien atendidos”</p>	<p>Rutinas Pase de sala Ver los pacientes</p>
VESTIMENTA	<p>“Somos un grupo pequeño y no hay acuerdo respecto del uniforme que debemos usar”</p>	<p>Grupo pequeño en desacuerdo</p>
ESPACIO FISICO	<p>“El espacio físico es disfuncional, no tenemos oficinas, usamos los depósitos como oficinas ya que no nos</p>	<p>Disfuncional</p>

	tuvieron en cuenta al momento de hacer semejante edificio”	
POLITICA	“Parte de la política influye en el recurso humano, tenemos que hacer el horario sin personal, utilizando horas extras que agota a la gente y resiente la atención” “En las áreas de internación general la política se observa a través de la utilización de las horas extras y el déficit de recurso humano. Todos los meses se van cambiando las directivas y los jefes tenemos que adecuarnos a las mismas y tratar de hacer un horario sin personal; tratando de cubrir el faltante con horas extras. Esto después se ve reflejado en la atención del usuario”.	Horario, sin recursos Resiente la atención

CASO 24 (Área de Gestión: Enfermeros Jefes)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS		
VALORES	“Los valores más importantes que se destacan son la dedicación, el compañerismo, el compromiso con el paciente” “la educación a la familia en el programa familia activa”	Compañerismo Compromiso con el paciente Educación
MITOS	“Se observa poca visualización del trabajo enfermero, por ejemplo, los médicos sacan curaciones recién hechas, y las tenemos que volver hacer... por una falta de coordinación”. “Se siente muchas veces el comentario que son “esclavos””.	Poca visualización del trabajo “esclavos”
CLIMA DE TRABAJO	“Dentro de los turnos es armoniosa, muchas veces depende de los grupos que se conforman. El clima está dividido por los turnos”	Clima dividido por turnos
TOMA DE DECISIONES	“La toma de decisiones son consensuadas, las que se pueden tomar son participativas para mejor adherencia” “Cuando las decisiones son verticalistas hay mayor resistencia”	Consensuadas participativas para mejor adherencia Decisiones verticalistas= resistencia
CAPACITACION	“La capacitación es parte del programa familia activa y están muy motivados para llevarla adelante”	Motivados por familia activa
COMUNICACIÓN	“Las comunicaciones son personales, telefónicas, de la mejor forma que podamos usarla” “Son fluidas con el personal y con los pacientes” “Destrato por parte de Departamento”	Personales Telefónicas Fluidas con el personal y con los pacientes

		Destrato por parte de Departamento
LENGUAJE		
RITUALES	“Una de las rutinas más importantes es el pase de sala con atención al usuario, ver los pacientes, es un ritual”	Pase de sala con atención al usuario Ver los pacientes
VESTIMENTA	“Es un uniforme anual, hay dificultades por el género, ya que somos pocos los varones”	Anual. Dificultades en el género (pocos varones)
ESPACIO FISICO	“Los espacios físicos son disfuncionales, no tenemos oficinas propias, usamos espacios de guardado de material”	Disfuncional
POLITICA	“La política se ve en las diferencias de las horas extras, los enfermeros disponen de un monto de horas que marcan una diferencia económica en su sueldo”	Horas extras diferencia económica

CASO 25 (Área Sindical: Delegado Gremial)

Dimensiones de la Cultura Organizacional	Unidades de Significado	Código
CREENCIAS	"Se cree que el Delegado está para mediar entre los trabajadores y los Jefes"	Mediadores entre Jefes
VALORES	<p>El valor que denomina en los delegados gremiales "son los derechos de los trabajadores, derechos no conquistados, que están en discusión, derechos que son aplicados internacionalmente y que en este ámbito no se aplican, que se respete la ley y que el trabajador este mejor".</p> <p>Sobre la organización de los delegados gremiales:</p> <p>"La función del delegado, no está bien establecida, uno vela por los derechos de los trabajadores, teniendo potestad para intervenir en cualquiera de las funciones de los trabajadores"; "participamos en el comité de Higiene y Seguridad, para garantizar las condiciones laborales de los trabajadores", "somos demandados por la cuestión organizacional más que por los derechos concretos: como por ejemplo no se paga adicional por trabajo nocturno y eso no se reclama" "muchas veces el delegado tiene una función distorsionada del trabajo que debe hacer, superponiendo roles, ya que ejerce un rol de mediador entre los trabajadores y los jefes, cuando los trabajadores los convocan debido a denuncias de maltratos, preferencias de un trabajador sobre otro, diferencias en la distribución de las horas extras, cuando en realidad la intervención debería ser de Supervisión debido que los mecanismos organizacionales funcionan mal o no funcionan"</p>	Derechos Derechos no conquistados
MITOS	"Debido a que tenemos poco tiempo en funciones, este cuerpo de delegados, no posee mitos que se puedan relatar". "Si hay figuras que han sido delegados gremiales que han conquistado derechos, han solucionado problemas importantes, se ven como héroes o anti héroes, depende de donde se los mire, pero son pocos los nombres que se pueden referir".	Héroes /Antihéroes
CLIMA DE TRABAJO	"El clima es variable, hemos trabajado en bloque llegando a un acuerdo, según el tema tenemos diferencias por las diferentes cuestiones políticas que esgrimimos, ha habido más roce entre actores particulares, pero hasta ahora hemos podido debatir y nos hemos puesto de acuerdo".	Variable Debate/acuerdos
TOMA DE DECISIONES	"Para la toma de decisiones, nos juntamos, discutimos el tema y sentamos una posición. A la vez utilizamos dos vías para reafirmar la posición, una es la consulta con un referente del sindicato que viene al hospital, lo consultamos, vemos si acordamos, si la decisión que tomamos la reafirmamos o la reformulamos y otra vía es la consulta por asamblea a los trabajadores, que nos ha dado resultado para consultar y tomar las decisiones".	Colectivas Conflictivas se recurre a las bases Se recurre al referente gremial
CAPACITACION	<p>"El Sindicato no lleva capacitaciones para los delegados".</p> <p>"El sindicato lleva adelante capacitaciones sobre capital humano, las competencias que debe tener el Jefe, el Supervisor, el Coordinador. Existe un curso de nueve meses para Jefatura, Coordinador y Supervisor. También tiene convenios con la universidad. Organiza congresos una vez por año".</p> <p>"El déficit en los mandos medios en manejo de grupo, gestión del conflicto, comunicación, le faltan herramientas para cumplir el 80% de sus actividades como jefe/a hace que el delegado tenga funciones que se deberían resolver por otros mecanismos y donde se desvirtúa la función del delegado".</p>	Capacitación del Capital humano

COMUNICACIÓN	“Las comunicaciones son formales, de respeto, nuestra herramienta de trabajo”	Formales
LENGUAJE		
RITUALES	“Fuimos elegidos en Octubre, el grupo completo, en general nos hemos reunido en base a conflictos. El mecanismo es reunirse, discutir entre nosotros, tomar una posición y salir. Hasta ahora no hemos podido establecer sistematicidad para reunirnos ya que los han sido varios los conflictos desde que asumimos: paritarias, paros, déficit de personal”	Reunión en base a conflictos
VESTIMENTA		
ESPACIO FISICO	“Nos asignaron una oficina en el segundo piso para que un representante sindical, designado al Heca, pueda tener un lugar donde reunirse, para dialogar”	Oficina Representante abocado al Heca, en los servicios
POLITICA	“La política marca toda la vida del hospital, tanto lo micro como lo macro. Desde lo macro, el cambio de partido político en el gobierno nacional afecta las decisiones que pueden tomarse en la provincia y en el municipio. Desde el municipio, por decreto, no se toma personal desde el año pasado, sumado a los ajustes. Esto influye en el ingreso de personal para cubrir el faltante y es una decisión política. Todo es influido por la política, si se decide que el HECA es la cara visible de la salud pública, si quieren abrir políticas públicas a la comunidad, está influido por el presupuesto. Este presupuesto está atado a la política. En el hospital la dirección determina la distribución, las condiciones, el ingreso de trabajo, basada en la política. Hasta las negociaciones sindicales están atravesadas por la política”. “El gobierno socialista ha puesto a la Salud Pública en otro nivel, ha asignado mayor presupuesto, le da libertad para manejarse en forma independiente al hospital y esto se ve reflejado en la salud de la población”. “Se ha observado que dentro de la libertad de gestión que tienen los mandos medios dentro del hospital las decisiones que han podido tomar son sumisas al poder”.	Marca la vida del hospital