

Universidad Nacional de Rosario  
Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales  
Licenciatura en Comunicación Social

**Intervención en el Área de Emergencia Primaria en el período  
2024-25. Análisis estratégico de las prácticas comunicacionales de los  
usuarios internos del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez**

**Estudiantes**

Giulia Delfina Gradizuela  
María Bernarda Rodríguez

**Directora**

Lic. Viviana Marchetti

**Codirectora**

Mg. María Fernanda Bisio

**Lugar y fecha**

Rosario, 2025

**Correos electrónicos**

giuliagradizuela23@gmail.com  
mariberni99@gmail.com

## Agradecimientos

A mi familia y a mis amistades, por acompañar cada paso con amor y paciencia.  
A mis compañeras y compañeros de militancia, en especial de “la Allende”, por sostener los ideales que también dan sentido a este trabajo.  
A Mario y Leti, por sus aportes y la generosidad de siempre.  
A Ale y Agus, por posibilitar que pudiera dedicarle tiempo a este proyecto.  
A Vivi y Ari, por la guía, las charlas y el entusiasmo compartido.  
A Fer, muy especialmente, por su compromiso, su mirada y el cariño con el que acompañó este proceso como codirectora y como parte de la UCASP.  
A Vicky, Felipe y a todo el equipo de la UCASP, por abrir su espacio y hacernos sentir parte.  
A Andrea y Laura, y con ellas a todas y todos los trabajadores del HECA, por su calidez y por hacer posible este recorrido.  
A la Universidad Pública, siempre.

—Giulia

A mi mamá y a mi hermana, por el apoyo incondicional.  
A mis amigas, por la contención y el cariño.  
A mi psicóloga, por el acompañamiento.  
A Leti, por ser una guía con mucho amor y un modelo a seguir.  
Y a mi abuela Libe, cuyas enseñanzas me llevaron a ser lo que soy hoy.  
A Fer, Vicky y Vivi por su enorme dedicación y acompañamiento. A Felipe por su contribución. A Ari, por guiarnos en un momento de mucha duda.  
Al HECA por abrirnos las puertas de la institución, a los trabajadores de la salud del mismo por la bienvenida y excelente predisposición.  
A la Universidad Pública, siempre.

—María Bernarda

## Índice

Introducción.....	4
Demanda.....	6
Otras investigaciones.....	8
Objetivos generales y específicos.....	11
Perspectivas y herramientas teórico-conceptuales.....	12
Conceptos del campo de la salud.....	15
Metodología: enfoques, registros y técnicas.....	17
Bitácora.....	18
Observación no participante.....	19
Entrevista semiestructurada.....	19
Caracterización de la organización.....	22
Breve historización de la organización.....	23
Unidad de Calidad de Atención y Seguridad del Paciente.....	24
Área de Emergencia Primaria.....	25
Entramado de actores.....	25
Hallazgos de la intervención.....	30
Análisis de la observación no participante.....	30
Análisis de las entrevistas semiestructuradas.....	32
Caracterización de matrices socioculturales en torno al problema.....	42
Diagnóstico comunicacional.....	45
Propuesta: estrategia de comunicación.....	48
Líneas de acción.....	48
Factibilidad.....	50
Consideraciones finales.....	51
Bibliografía.....	53
Anexos.....	57

## Introducción

La Unidad de Calidad de Atención y Seguridad del Paciente (UCASP) funciona en el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA) desde el año 2014. La misión que se propone, según la Disposición Interna N° 08/2014, es “desarrollar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad y Seguridad basado en el modelo de atención centrado en el paciente con el enfoque de la Mejora Continua, respetando valores de *Transparencia, Compromiso y Espíritu de Equipo*”. Por su parte, según la Disposición ya mencionada, la visión es “trabajar con el compromiso de los Equipos de Salud para optimizar la atención. Impregnando la Cultura de la Calidad y Seguridad del Paciente en la organización. Ser una Unidad reconocida en el ámbito de la Salud Pública”.

Tanto la misión como la visión de la UCASP se enmarcan en las seis Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, basándose en propuestas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023). Estas son: 1) Identificar correctamente a los pacientes; 2) Mejorar la Comunicación Efectiva; 3) Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo; 4) Garantizar cirugías seguras; 5) Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención de la salud; 6) Reducir el riesgo de daño al paciente por caídas.

Considerando este encuadre, durante las reuniones llevadas a cabo con miembros de la UCASP, se repasaron las estrategias realizadas por la Unidad en los últimos años, como el desarrollo de capacitaciones en gestión por procesos de los distintos equipos que integran el hospital, por ejemplo, la identificación de pacientes mediante pulsera identificatoria<sup>1</sup>, y el inicio del proceso de autoevaluación institucional para la acreditación por el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES). Este último punto se vio particularmente afectado por la irrupción de la pandemia de COVID-19 en 2020, y la configuración de un escenario signado por la declaración de la emergencia pública en materia sanitaria (Ley N° 27.541), el comienzo del “Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio” (Decreto 297/2020) y el agravamiento de la situación epidemiológica.

---

<sup>1</sup> Esto se trata de un Procedimiento Operativo Estandarizado (POE).

A partir de un proceso de reorganización, en 2022, el HECA comenzó a integrar la Red Federal de Calidad y, en octubre de 2025, la Dirección Nacional de Calidad y Desarrollo del Talento en Salud, perteneciente al Ministerio de Salud, le otorgó el reconocimiento de “Establecimiento de salud comprometido con la calidad”, en base a los criterios de calidad y seguridad de la atención sanitaria establecidos en la Resolución Ministerial 1744/2021.

La demanda de la UCASP, que convoca esta práctica disciplinar, tiene que ver con el diseño de una estrategia en el Área de Emergencia Primaria (AEP), o guardia, que permita relacionar las prácticas comunicacionales entre usuarios internos, o trabajadores de la salud, del hospital y la Comunicación Efectiva en el marco de la implementación de los Sistema de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente. La decisión de trabajar con el AEP por parte de la gestión responde a la cantidad y diversidad de actores y procesos operativos que allí confluyen.

Tanto el HECA, “referente en trauma y emergencias clínico-quirúrgicas de la ciudad y la región” (Marchetti, 2019, p. 3), como la Universidad Nacional de Rosario (UNR), institución con prestigio nacional e internacional donde nos hemos formado siendo estudiantes de la licenciatura en Comunicación Social, orientan sus acciones a garantizar los derechos humanos a la salud y a la educación, respectivamente. Ambas organizaciones, que también sostienen un compromiso con la investigación científica, se alejan de la visión mercantilista de aquello que brindan a la población.

Los esfuerzos realizados en el presente trabajo se orientan a buscar, en conjunto y a partir del intercambio de saberes, un modo de identificar las diferentes marcas de racionalidad (Massoni, 2007) que se entranan en las prácticas comunicacionales de los usuarios internos del AEP, y diagramar una estrategia para posibilitar transformaciones o, como mencionara Onocko Campos (2004, p. 23), “desencadenar procesos y no definir puntos de llegada”.

## **Demanda**

Desde la UCASP, conociendo que los planes de estudio de las distintas carreras de la UNR contemplan la realización de Trabajos Integradores Finales (TIF) en vinculación con ámbitos institucionales concretos, se tomó contacto con la Lic. Viviana Marchetti, docente de Comunicación Social y con una trayectoria de trabajo conjunto con el HECA a través de la Dirección para la Inclusión de Personas con Discapacidad de la Municipalidad de Rosario (2010), hoy Dirección de Discapacidad.

El primer acercamiento tuvo como propósito explorar la posibilidad de generar un espacio de colaboración que permitiera a estudiantes universitarios desarrollar su trabajo final en un contexto institucional real, de modo que el producto de ese proceso, resultado de una construcción situada, pudiera ser útil para la organización. La propuesta fue bien recibida y, tras una primera reunión, se acordó que Viviana Marchetti y María Fernanda Bissio asumirían la dirección y codirección del proyecto, iniciándose así una serie de encuentros entre las tesis y miembros de la UCASP para definir los alcances académicos y prácticos de la iniciativa.

En dichas reuniones, el equipo de la UCASP expuso la necesidad de fortalecer la implementación de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente dentro del hospital, en particular en lo que refiere a la comunicación entre los usuarios internos del AEP. *“¿Cómo impregnar a la organización en la cultura de calidad y seguridad del paciente?”*, *“¿Cómo lograr que la comunicación entre usuarios internos cobre relevancia?”*, *“Creemos que se nos dificulta utilizar las herramientas de gestión de calidad porque falla la comunicación”*, *“Nuestra cultura organizacional es muy particular: fragmentada, verticalista”*, *“Ustedes que saben de esto, ¿nos pueden ayudar?”*, expresaba.

A partir de la experiencia acumulada por la UCASP, se suponía que las dificultades en la coordinación de los procedimientos estandarizados no solo responden a aspectos técnicos, sino también a las dinámicas comunicacionales entre los diferentes actores institucionales.

En palabras de los propios miembros, se trataba de “*ir más allá*” de la noción instrumental de Comunicación Efectiva, entendida como “información precisa, completa, oportuna y comprendida por quien la recibe” (OMS, 2024), para pensar otras formas de vinculación entre los equipos que favorezcan la apropiación colectiva de los principios de calidad y seguridad del paciente.

En este contexto, la práctica disciplinar se plantea como una oportunidad para articular la perspectiva de la Comunicación Estratégica con las necesidades del hospital. Así, el interrogante que orienta el presente trabajo se formula del siguiente modo:

¿Cuáles son las estrategias a desarrollar para relacionar las prácticas comunicacionales entre los usuarios internos del Área de Emergencia Primaria del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez y la Comunicación Efectiva, en el marco de la implementación de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente?

## Otras investigaciones

El presente trabajo se inserta en un entramado temático amplio que abarca distintos campos de estudio: la Comunicación Estratégica, la Comunicación en Salud, particularmente en relación con la calidad de atención y la seguridad del paciente, y la Comunicación en la gestión de organizaciones de salud. Además, se enmarca en la línea de las tesinas de práctica disciplinar con una propuesta situada desde los aportes de la Escuela de Comunicación Estratégica de Rosario.

En este sentido, al momento de relevar antecedentes, se identificaron diversas investigaciones y producciones académicas que abordan alguno de estos ejes, aunque no se hallaron trabajos que integren de manera conjunta todas las dimensiones contempladas en esta tesina.

En relación con la Comunicación Estratégica y la gestión comunicacional en organizaciones de salud, se destaca la tesina de grado *Gestión estratégica de la comunicación organizacional en el Hospital Provincial de Rosario: Una propuesta para su realización* de Ramiro Alejandro Palma Nigro (2024), disponible en el Repositorio Hipermedial de la UNR. Este trabajo, de carácter disciplinar, aplica la perspectiva de la Comunicación Estratégica al ámbito hospitalario con el objetivo de “diseñar una estrategia de intervención disciplinaria tendiente a abordar la comunicación organizacional del Hospital Provincial de Rosario desde dimensiones múltiples” (Palma Nigro, 2024, p. 4).

El autor propone un diagnóstico comunicacional estratégico y un plan de acciones orientado a fortalecer la comunicación institucional y potenciar la calidad de las prácticas organizacionales, reconociendo el valor estratégico de la comunicación en la gestión pública. En sus palabras, el trabajo busca:

Incorporar el valor estratégico que posee la comunicación como disciplina científica, como área de trabajo, y potenciar el rol profesional de las y los comunicadores sociales para la construcción de ambientes posibilitadores de nuevas acciones que impacten en la calidad de atención y en los servicios de salud (Palma Nigro, 2024, p. 7).

Entre los antecedentes vinculados a la comunicación en organizaciones de salud, se recuperan los aportes de Rosana Onocko Campos (2004) en *Humano, demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria*, donde la autora reflexiona sobre las tensiones y malestares propios del trabajo en instituciones de salud desde una perspectiva organizacional. También resulta significativo el artículo de Pablo Medina Aguerrebere (2012), *El valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria*, que pone de relieve la necesidad de fortalecer la comunicación interna en hospitales como un modo de mejorar la cohesión institucional y la confianza de los públicos en un contexto de creciente acceso a la información en salud.

En relación con los antecedentes sobre comunicación en salud desde la perspectiva de la calidad de atención y la seguridad del paciente, se destacan documentos normativos y técnicos que orientan el accionar de la UCASP, tales como el *Manual de Acreditación para Establecimientos de Atención de Agudos* del Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES, 2015), el *Manual de Seguridad del Paciente* elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación (MSN, 2022) y los *Estándares Internacionales para Hospitales* de la Joint Commission International (JCI, 2024).

Estos manuales establecen criterios y procedimientos orientados a garantizar la calidad y la seguridad de los pacientes en los procesos de atención, y constituyen referencias fundamentales para la gestión hospitalaria contemporánea. En particular, los estándares de la Joint Commission International se organizan en dos grandes áreas: Estándares centrados en el paciente (*Patient-Centered Standards*), que se enfocan en el proceso de atención clínica y la experiencia del paciente, e incluyen las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente; y los Estándares de Gestión de la Organización de Salud (*Health Care Organization Management Standards*), que abarcan la estructura institucional y la gobernanza organizacional (JCI, 2024).

También resulta pertinente mencionar el estudio de María Fernanda Bisio (2008), *Satisfacción de los usuarios de servicios de internación del Hospital de Emergencia Dr. Clemente Álvarez en el año 2004*, presentado en el marco de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Este trabajo se orienta a analizar la percepción de los usuarios respecto de la atención recibida en el HECA, aportando una mirada desde la gestión de la

calidad y alineada con las políticas de salud de la Municipalidad de Rosario. Su aporte permite contextualizar históricamente las iniciativas institucionales vinculadas a la mejora de la atención y la seguridad del paciente.

En conjunto, estos antecedentes evidencian la diversidad de enfoques desde los cuales puede abordarse la comunicación en el ámbito hospitalario: como estrategia de gestión, como práctica organizacional, como dimensión de la calidad asistencial y como objeto de reflexión sobre las relaciones humanas en contextos de alta complejidad. El presente trabajo dialoga con esas perspectivas, integrándolas desde la mirada de la Comunicación Estratégica para el análisis de las prácticas comunicacionales de los usuarios internos del AEP del HECA.

## **Objetivos generales y específicos**

### **Generales**

- Elaborar un diagnóstico comunicacional que recupere las matrices socioculturales de los usuarios internos del AEP del HECA.
- Diseñar una propuesta de Comunicación Estratégica que contribuya a coordinar los procedimientos estandarizados entre usuarios internos del AEP del HECA, en el marco de la implementación de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente.

### **Específicos**

- Identificar las marcas de racionalidad que tienen lugar entre los usuarios internos del AEP del HECA.
- Relacionar la noción de Comunicación Efectiva con la perspectiva de la Comunicación Estratégica.
- Reconocer las acciones llevadas adelante por la UCASP para trabajar la Comunicación Efectiva en el marco de la implementación de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente.
- Generar condiciones de encuentro entre las distintas racionalidades comunicacionales presentes entre usuarios internos del AEP del HECA.

## **Perspectivas y herramientas teórico-conceptuales**

En el caso del HECA, las prácticas comunicacionales adquieren una relevancia particular, dado que la efectividad en la atención depende no solo del cumplimiento de protocolos y flujos de información, sino también de la coordinación simbólica y relacional entre los distintos equipos y servicios. En este contexto, la comunicación se configura como un componente estructural de la gestión de calidad y seguridad del paciente, y no simplemente como un canal de transmisión de datos.

Por ello, la perspectiva teórica en la que se circunscribe esta práctica disciplinar se nutre de los aportes de la Escuela de Comunicación Estratégica, que “trabaja desde los nuevos paradigmas en aprovechar estas posibilidades desplegando la multidimensionalidad a partir del diseño de estrategias comunicacionales como dispositivos de investigación enactiva” (Massoni, 2014, p. 101).

Este marco interpretativo, según Massoni (2014, p. 104), toma como fundamento metodológico la Investigación Enactiva en Comunicación, la cual se centra en acciones, no como inventarios de lo real, donde se propician sinergias y articulaciones dinámicas siempre abiertas a la complejidad.

Mediante la comunicación se construye una trama de sentidos que involucra a todos los actores, sujetos individuales y colectivos, en un proceso de construcción también colectivo que va generando claves de lectura comunes, sentidos que configuran modos de entender y de entenderse, modos interpretativos en el marco de una sociedad y de una cultura (Uranga, 2007, p. 4).

Barbero en “De los medios a las mediaciones” (1987) plantea partir de las mediaciones, de los lugares de los que provienen las constricciones o fuerzas que delimitan y configuran la materialidad social y la expresividad cultural, esto es, la producción social del sentido de una época en relación a algo (p. 13).

En el HECA, particularmente en el AEP, la noción de Comunicación Efectiva adquiere relevancia a partir de su inclusión en las Metas Internacionales para la Seguridad del

Paciente, promovidas por la OMS. Esta perspectiva orienta la gestión de los flujos informativos y la coordinación entre equipos, con el propósito de reducir errores y garantizar la seguridad asistencial. Sin embargo, el énfasis puesto en la transmisión clara y oportuna de la información tiende a circunscribir la comunicación a su dimensión técnica e instrumental. Desde la Escuela de Comunicación Estratégica, esta concepción resulta insuficiente para abordar la complejidad del fenómeno comunicacional ya que no contempla su dimensión simbólica, cultural y relacional.

Como sostiene Uranga (2007), comunicar es un proceso que involucra a los sujetos en la producción colectiva de sentidos; por lo tanto, la eficacia no puede reducirse a la corrección técnica del mensaje, sino al grado en que los actores se reconocen, dialogan y co-construyen significados compartidos.

En este sentido, la noción de Comunicación Efectiva puede ser resignificada: en lugar de entenderla como una transmisión sin interferencias, puede pensarse como una interacción significativa, en la que los actores logran acordar sentidos sobre las prácticas, los procedimientos y los objetivos del trabajo. En contextos como el HECA, esto implica comprender que comunicar no solo es informar sobre protocolos o estandarizar conductas, sino también favorecer espacios de conversación que permitan construir interpretaciones compartidas sobre la calidad de atención y la seguridad del paciente.

Massoni (2007) sostiene que la eficacia comunicacional depende de la articulación entre distintas racionalidades comunicacionales, es decir, de la posibilidad de que las diversas formas de entender y valorar el trabajo se encuentren y dialoguen. En el AEP del HECA, estas racionalidades emergen en los distintos modos en que los equipos profesionales interpretan los procedimientos estandarizados, lo que repercute en las formas de cooperación, coordinación y circulación de información.

De este modo, la categoría de usuarios internos puede pensarse críticamente, reconociendo que detrás de esos roles institucionales hay actores sociales con trayectorias, saberes y poder de agencia (Massoni, 2007). Así, la dimensión informativa de la comunicación no se niega, sino que se integra dentro de un entramado comunicacional más amplio. La información constituye un nivel operativo indispensable para la atención sanitaria, pero la Comunicación

Estratégica atiende a su nivel relacional y cultural: cómo circula, cómo se interpreta y cómo contribuye (o no) a la construcción de una cultura institucional compartida. La información es necesaria, pero no suficiente: comunicar implica articular información y sentido, estructura y vínculo, gestión y cultura.

La comunicación es, entonces, un fenómeno complejo, fluido, histórico, multidimensional y situacional. Es decir, “apunta a trascender el aspecto estrictamente técnico y del desarrollo de habilidades tanto de elementos discursivos como de los medios, para ubicarlo sobre todo en el espacio de las relaciones entre sujetos, enmarcados en contextos sociales y culturales” (Uranga, 2007, p. 4). En el HECA, este enfoque permite analizar las prácticas comunicacionales como procesos atravesados por tensiones, saberes y racionalidades diversas que intervienen directamente en la calidad de la atención y en la seguridad del paciente.

En tanto fenómeno complejo, Massoni (2007) propone reconocer marcas de racionalidad, que son huellas observables comunicacionalmente, índices de la concepción teórica que está articulando el encuentro en la situación. Reconocerlas permite, a su vez, identificar las matrices socioculturales, entendidas como una lógica de funcionamiento, una narrativa y una trayectoria operacional.

Las matrices socioculturales, sistemas de asimilación y sistemas de producción (Massoni, 2007), operan como marcos interpretativos y formas de comprender el mundo. Los actores, entendiéndose como “grupos humanos que se unen para defender sus intereses y que obran utilizando el grado de poder que cada uno puede ejercer” (Mojica, 2005, p. 114), se modifican en la interacción y a partir de su participación en los procesos sociales (Uranga, 2007). En el AEP, estas interacciones cotidianas entre profesionales de distintas disciplinas se convierten en escenarios privilegiados para observar cómo se construyen, y a veces se tensan, los sentidos compartidos sobre las prácticas clínicas y organizacionales.

En la dinámica social, las prácticas comunicacionales se entienden como un “discurso construido a través de las narraciones, mediante el desarrollo de habilidades y técnicas expresivas, así como también los no dichos, las estrategias de silencio y las resistencias” (Uranga, 2007, p. 1).

El comunicador estratégico diseña técnicas de investigación específicas para el abordaje de cada problema comunicacional, y se constituye así como un “profesional con capacidad de interpelar la dinámica social, para operar crítica y valorativamente en su dimensión comunicativa” (Massoni, 2007), es decir, para pensar la realidad en términos de algo no dado, mediado por las configuraciones institucionales y subjetivas que generan significaciones.

A partir del diagnóstico comunicacional y de la potencia creadora de una conversación, que implica el reconocimiento de la diversidad, sus tensiones, sus convergencias y diferencias, el comunicador estratégico trabaja en desarrollar condiciones para que las distintas matrices socioculturales se pongan en escena, se confronten, y se descubran nuevos sentidos. Esto forma parte de una estrategia comunicacional más amplia, un dispositivo de diseño que “implica el despliegue de un camino cognitivo capaz de convocar a los actores relevantes en torno a problemáticas situadas, sobre las que trabajar a partir del reconocimiento de las racionalidades comunicacionales existentes” (Massoni, 2007, p. 17).

Transformar las relaciones que existen en la dinámica social y las prácticas comunicativas que le dan lugar implica “transformar no sólo los hechos sociales de manera aislada, sino las valoraciones y las percepciones que los sujetos participantes tienen de esos mismos hechos” (Uranga, 2007, p. 19).

Esta práctica disciplinar se propone, entonces, operar como un dispositivo de investigación-acción orientado a identificar y transformar las prácticas comunicacionales entre los usuarios internos del AEP del HECA. Desde el enfoque de la Comunicación Estratégica, esta intervención busca generar condiciones de encuentro entre las distintas racionalidades comunicacionales presentes en la organización, promoviendo una cultura institucional que articule la dimensión informativa, clave en la seguridad del paciente, con la construcción colectiva de sentido que sostiene la calidad en la atención.

## **Conceptos del campo de la salud**

A fin de facilitar el recorrido por los apartados constitutivos del presente TIF, se ve la necesidad de desarrollar brevemente los siguientes conceptos:

1. **Sistema de Gestión de la Calidad y Seguridad:** “La Gestión de la Calidad es el conjunto completo de actividades, mediante las cuales se alcanza la aptitud del uso, con independencia de donde se lleven a cabo estas actividades” (Bisio, 2008, p. 16). Este requiere de un equipo de trabajo transversal a todos los servicios de atención del hospital que ayude a diseñar, implementar y monitorear los planes de acción (MSN, 2022).
2. **Seguridad del paciente:** “Una cultura de seguridad del paciente en las instituciones sanitarias es un requisito indispensable para prevenir y minimizar incidentes relacionados con la seguridad del paciente y poder aprender de los errores para reducir la probabilidad de que se vuelvan a producir” (MSN, 2022).
3. **Gestión por procesos:** “Conjunto de actividades mediante las cuales la organización identifica, opera, evalúa, asegura y mejora en forma continua sus procesos” (Bisio, 2008, p. 72).
4. **Comunicación Efectiva:** “Intercambio de información en el que el mensaje transmitido se entiende con precisión por todas las partes involucradas, es decir, que la información se envía, se recibe y se comprende tal como fue intencionada” (OMS, 2023). La Comunicación Efectiva implica que la información sea clara, completa, comprendida, concisa, oportuna y precisa (OMS, 2023).
5. **Gran quemado:** Según la Regla de los Nueves de Wallace (Wallace, 1951), método de estimación rápida utilizado en adultos para calcular el porcentaje de la Superficie Corporal Quemada (SCQ), un gran quemado refiere a un paciente en el que la suma de las áreas quemadas, de segundo o tercer grado, supera el 20%.

## **Metodología: enfoques, registros y técnicas**

Según Sautu (2005), el paradigma constituye “un conjunto de conceptos teórico-metodológicos que el investigador asume como un sistema de creencias básicas que determinan el modo de orientarse y mirar la realidad” (p. 34). En este sentido, y atendiendo a su clasificación, el TIF tiene una orientación interpretativa, vinculada con metodologías cualitativas, a partir de la consideración de sus supuestos ontológicos (realidad subjetiva y múltiple), epistemológicos (investigador inmerso en el contexto de interacción que desea investigar), axiológicos (reflexividad, por parte del investigador, sobre sus valores intervinientes en el proceso de conocimiento) y metodológicos (conceptos y categorías emergentes en forma inductiva; múltiples factores influidos mutuamente; diseño flexible e interactivo; análisis en profundidad en relación al contexto; confianza y autenticidad).

Desde esta perspectiva, se prioriza la comprensión de las significaciones que los actores atribuyen a sus prácticas y a los contextos en los que estas se desarrollan. Tal como plantea Castro (2002) en sus “Reflexiones teórico-metodológicas”, este enfoque favorece el estudio interpretativo de la subjetividad de los individuos y de los productos que resultan de su interacción. Los sujetos son concebidos como actores interpretativos, cuya dimensión subjetiva se estructura a partir de los encuentros con objetos externos y los procesos de socialización. Así, son los actores quienes crean el orden social mediante la interacción, y no al revés.

La perspectiva interpretativa opta por el desarrollo del conocimiento de manera inductiva, partiendo de observaciones específicas sobre individuos concretos y sus interacciones. En consecuencia, este enfoque busca comprender más que explicar, recuperando las particularidades de los procesos sociales en su propio contexto.

En este sentido, Maturana (1992) amplía la noción de “comprender” más allá de la objetividad, proponiendo una soltura reflexiva que permita adentrarse en espacios ajenos. Para él, explicar no elimina la experiencia, sino que implica revelar cómo surge el significado en la relación entre los sujetos y los objetos.

De acuerdo con Castro (2002), trabajar con conceptos sensibilizadores permite captar la diversidad de significados que los objetos y las prácticas adquieren para los actores, sin imponer categorías rígidas, sino orientando la mirada hacia direcciones de sentido posibles. En coherencia con esto, el TIF adopta una postura de “atención flotante”, entendida como un modo de “escucha” que evita privilegiar de antemano puntos del discurso, permitiendo que los sentidos emerjan desde la perspectiva de los propios actores.

La metodología de investigación en Comunicación Estratégica se inscribe en el movimiento de la Investigación Enactiva, la cual concibe el conocimiento como acción y no solo como representación (Varela, 2005). Esta mirada propone trabajar en el territorio de la experiencia, reconociendo las contradicciones y posibilidades que se presentan en la práctica y habilitando la construcción de conocimiento situado, en diálogo con los actores involucrados.

Desde esta perspectiva enactiva, el análisis se entiende como momento de un proceso transformador, y no como su destino final. Se orienta por objetivos de transformación posibles y deseables, que imprimen su direccionalidad a la tarea, y se definen en relación a la demanda, que funciona como inicio de la especificación de un recorte. Así, el comunicador estratégico opera en la articulación entre necesidades (lo corporal, lo material) e intereses (el valor que los sujetos otorgan a algo), buscando reconocer las modalidades del encuentro comunicacional y las matrices socioculturales presentes.

Finalmente, como plantea Uranga (2007), conocer a los individuos en el marco de las relaciones de unos con otros implica comprender cómo expresan su mundo mediante el lenguaje y cómo vinculan esas formulaciones con las acciones que emprenden en el mismo.

## **Bitácora**

Siguiendo la perspectiva cualitativa e interpretativa, se realizaron 15 visitas al HECA durante las cuales se llevaron a cabo lo que Sampieri (2014) denomina “inmersión inicial en el campo”. Esta experiencia fue registrada en un diario de campo o bitácora, donde se anotaron descripciones del hospital, mapas, diagramas, cuadros con secuencias de hechos, redes de personas y organigramas, entre otros elementos relevantes para el análisis.

La bitácora permitió documentar la interacción entre los distintos actores del AEP y las dinámicas de trabajo, facilitando la posterior identificación de matrices socioculturales entramadas en la organización.

## **Observación no participante**

Para registrar las prácticas comunicacionales de los usuarios internos del AEP sin interferir en su dinámica cotidiana, se empleó la observación no participante. Esta técnica consiste en relevar sistemáticamente un fenómeno o situación a través de los sentidos, sin integrarse al grupo observado (Sampieri, 2014).

El Proceso de Atención considerado para la observación fue, al inicio de la investigación, el ingreso de un paciente con trauma múltiple. En dicho proceso confluyen actores transversales a todos los procesos de gestión del AEP: admisionistas, camilleros, enfermeros y médicos de guardia. También intervienen actores circunstanciales, tales como medicatos, personal del prehospitalario, personal de vigilancia privada, residentes.

No obstante, en una de las visitas al AEP planificada para comenzar el proceso de entrevistas, ocurrió lo que se constituyó como punto de inflexión. La médica de guardia, con quien se tenía pactada una reunión, debió retirarse para atender una emergencia de una paciente con diagnóstico de gran quemado. En virtud de que el Proceso de Atención era similar al de trauma múltiple, se precipitó la observación no participante.

Por lo expuesto, las pautas de observación no fueron preestablecidas; independientemente de ello, se generó un espacio de encuentro para el análisis entre las tesisistas y la codirectora, que también había estado presente, de forma inmediata a lo acontecido.

## **Entrevista semiestructurada**

Esta técnica permite mantener la conversación centrada en un área específica de interés, respetando al mismo tiempo la libertad del entrevistado para definir el contenido de la discusión (Tarrés, 2001).

Las preguntas se organizaron en tres bloques, con leves modificaciones en relación a cada actor social: 1) Presentación y rol dentro del AEP; 2) Prácticas comunicacionales en el trabajo cotidiano, y 3) Conocimiento de la UCASP y su misión en el hospital.

Se realizaron un total de 11 entrevistas anónimas e individuales con los siguientes actores del AEP: admisionistas, camilleros, enfermeras y médicas. Fueron seleccionados/as según los siguientes criterios:

<b>Actores</b>	<b>Cantidad de entrevistados/as</b>	<b>Criterios</b>
<b>Admisionistas</b>	2	Permanencia en el puesto
<b>Camilleros</b>	2	Aleatorio, ya que los turnos son rotativos
<b>Enfermeras</b>	4	Representatividad en relación a los turnos durante los cuales trabajan
<b>Médicas</b>	3	Cirujanas emergentólogas y médica clínica

Por otro lado, se mantuvo una entrevista con Méd. Felipe Griva, del Equipo de Gestión de Cuidados Progresivos, centrada en recabar información respecto del proceso denominado “prehospitalario”.

En el análisis de las entrevistas semiestructuradas y de la observación no participante se recuperan las marcas de racionalidad de los actores, caracterizando las matrices

socioculturales a partir de la identificación de sus expectativas, intereses, necesidades y saberes (Massoni. 2013. p. 84).

- **Expectativas:** Todo aquello vinculado a lo que las matrices esperan conseguir en torno al aspecto del problema que se analiza.
- **Saberes:** Conocimientos acerca de cada uno de los aspectos del problema (modalidades, formas de hacer las cosas, miradas).
- **Intereses:** Ganancia de algún tipo que remite al valor que tiene una cosa para alguien. Asociado a lo espiritual, a lo simbólico.
- **Necesidades:** Todo aquello sobre lo cual es imposible sustraerse, faltar o resistir. Está asociado a lo corporal, lo material.

## **Caracterización de la organización**

El Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA), según se menciona en el apartado institucional de su página web, constituye uno de los pilares del sistema público de salud de la ciudad de Rosario y su área metropolitana. Referente en emergencias clínico-quirúrgicas, ocupa el tercer nivel de complejidad dentro de la red sanitaria municipal y provincial, integrando un sistema articulado de atención que garantiza la derivación y continuidad asistencial de los pacientes según el nivel de complejidad requerido. En este esquema, el HECA recibe a usuarios que demandan atención por su gravedad y, una vez estabilizados o resueltos los cuadros agudos, deriva a los efectores de segundo y primer nivel, como hospitales generales, centros de salud, atención domiciliaria o consultorios externos, asegurando así la continuidad del proceso de cuidado dentro de la red.

El HECA organiza su estructura funcional en torno al modelo de internación por Cuidados Progresivos, lo que implica una distribución asistencial basada en las necesidades clínicas del paciente, y una atención integral e interdisciplinaria que también contempla a sus acompañantes como parte activa del proceso de cuidado.

Además de su función asistencial, posee una marcada impronta docente y científica, constituyéndose en hospital escuela. Su Comité de Docencia e Investigación Interdisciplinario coordina actividades formativas y de investigación, en articulación con la Universidad Nacional de Rosario (UNR) y otras instituciones académicas. Asimismo, su compromiso con la procuración de órganos y tejidos lo posiciona como uno de los hospitales donantes del país.

Su misión institucional se centra en:

Brindar 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 (HECA, 2025).

Su visión proyecta:

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 (HECA, 2025).

El HECA tiene una modalidad de atención por Cuidados Progresivos centrada en el paciente. Esta modalidad comprende lo que la Organización Panamericana de Salud (OPS) define como:

La concepción mediante la cual se organiza los servicios hospitalarios de atención del paciente en tal forma que el enfermo reciba los servicios de atención en el grado que los requiera, en el momento más oportuno y en el medio o área física del hospital más apropiado a su estado clínico cualquiera sea la especialidad médica por la que recurra (MSN, 2023, p. 3).

## **Breve historización de la organización**

El Hospital Rosario se inauguró el 24 de junio de 1898, destinado a la atención de mujeres y niños. Su creación se vinculó al proyecto aprobado por el Concejo Deliberante el 2 de julio de 1897, mediante el cual se dispuso la adquisición del primer predio hospitalario comprendido entre las actuales calles Sarmiento, Rueda, Mitre y Virasoro. La piedra fundamental se colocó el 24 de octubre de ese mismo año.

En 1948, el establecimiento fue rebautizado en homenaje al profesor Dr. Clemente Álvarez, destacado médico local, cuyo nombre se impuso definitivamente el 25 de noviembre de 1949.

El hospital amplió su capacidad asistencial y redefinió su perfil hacia la atención de emergencias y alta complejidad. En 1978, se concretó la creación del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez, proyectado como centro de referencia para la atención del trauma y las urgencias clínicas y quirúrgicas.

En reconocimiento a su trayectoria, el Concejo Municipal de Rosario lo declaró Institución Benemérita el 22 de mayo de 1997, en virtud de su aporte al bienestar de la ciudadanía, su contribución al desarrollo humano local y su rol estratégico en la red de salud pública.

Las obras del edificio actual, ubicado entre Av. Pellegrini, Cochabamba, Crespo y Vera Mujica, concluyeron a mediados de 2007, y en abril de 2008 se concretó la mudanza total de las áreas y el personal al nuevo edificio, donde el hospital continúa hoy su labor asistencial con estándares de atención de nivel internacional.

## **Unidad de Calidad de Atención y Seguridad del Paciente**

En el año 2014, en consonancia con las políticas institucionales orientadas a la mejora continua, se creó la Unidad de Calidad de Atención y Seguridad del Paciente (UCASP). Esta Unidad representa un paso significativo en la consolidación de una cultura de calidad y seguridad asistencial dentro del HECA. Las funciones de la Unidad de Calidad se dividen en dos equipos: Equipo de Planificación y Equipo de Proyecto Referentes de Calidad (EPRECA), siendo un total de treinta y cuatro personas de distintas áreas y profesiones dentro del hospital.

La UCASP desarrolla herramientas como el Manual de Gestión de Calidad, los Procedimientos Operativos Estandarizados (POE), encuestas de satisfacción de usuarios y manuales de gestión de riesgo, orientados a garantizar la seguridad del paciente y optimizar los Procesos de Atención.

## Área de Emergencia Primaria

El Área de Emergencia Primaria (AEP), o guardia, es la puerta de entrada de cualquier paciente a la organización.

La modalidad de atención del HECA está organizada según Cuidados Progresivos, lo que quiere decir que comprende tres grandes áreas:

1. **Área de Cuidados Críticos (ACC)** que, a su vez, está compuesta por el Área de Emergencia Primaria (AEP), la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), la Unidad de Cuidados Coronarios (UCCO) y la Unidad de Quemados.
2. **Área de Cuidados Intermedios Altos (ACIA)** dividida en A1 y A2, según la disposición geográfica de las camas.
3. **Área de Cuidados Intermedios Bajos (ACIB)** dividida en B1 y B2, según la disposición geográfica de las camas.

## Entramado de actores

El AEP se encuentra dentro del ACC del hospital. A su vez, se puede dividir la composición de la misma en tres grandes grupos de trabajo: **administrativos**, **coordinación de vigilancia** y **asistencialistas**.

Dentro de los **Administrativos** se encuentran:

### Área de Admisión

- Depende administrativamente del Departamento de Estadísticas.
- Está compuesta por 7 puestos de trabajo, repartidos en los distintos turnos:
  - Turno de 00 a 06: 1 persona.
  - Turno de 06 a 12: 2 personas.
  - Turno de 12 a 18: 2 personas.

- Turno de 18 a 00: 2 personas.
- El nombre que recibe este puesto de trabajo es de “admisiónistas”.

### **Área de Internación**

- Depende administrativamente del Departamento de Estadísticas.
- Está compuesta por 8 puestos de trabajo, repartidos en los distintos turnos, a excepción del turno de las 00 a las 06.

### **Secretaria de la guardia**

- Es un único puesto de trabajo.
- Cumple funciones de secretaria de los médicos.

### **Telefonista del hospital**

- Depende del coordinador de Control Interno, el cual, a su vez, depende de Servicio General.
- Es un puesto de trabajo por turno, las 24 horas, los 365 días del año.

### **Atención al Usuario**

- Depende administrativamente de Estadística.
- Consiste en 2 puestos de trabajo, con turnos de lunes a viernes de 07 a 13.

Por su parte, en la **Coordinación de Vigilancia** se encuentra:

### **Área de Control Interno**

- Está compuesta por empleados municipales.
- Asignan un puesto de trabajo: un puesto de control asentado en la entrada por calle Crespo. Su horario es de 06 a 22.

### **Área de Vigilancia Privada**

- Se trata de una empresa contratada por pliego; en este caso, InfoSeg.
- Disponen de 3 puestos de trabajo, ubicados de la siguiente manera: un efectivo dentro de la guardia; 2 efectivos en la puerta por calle Crespo.
- Cubren todos los turnos, todos los días.

Por último, hay un **Destacamento Policial**, que se organiza con la Coordinación de Vigilancia aunque la misma no tiene injerencia sobre la rotación del personal que cubre los distintos turnos. Son 2 puestos de trabajo por turno.

Respecto de los **Asistencialistas** están:

### **Área de Enfermería**

- Comprende todo el hospital y no solamente el Área de Emergencia Primaria.
- Depende del Departamento de Enfermería, el cual tiene un jefe de departamento (elegido por concurso y no cambia con la gestión).
- Le siguen 4 supervisores, encargados de la logística y distribución de personal. Cumplen funciones del área de Recursos Humanos, ya que el hospital no cuenta con un área específica para esto. Estos cargos también son elegidos por concurso y no cambian con la gestión.
- Luego está el puesto Jefe de Sector, de los cuales hay uno por cada sector mencionado más arriba (AEP, UTI, UCCO, Unidad de Quemados, A1, A2, B1 y B2). Estos cargos también son elegidos por concurso y no cambian con la gestión.

**A partir de ahora se destacan los puestos de trabajo que competen al AEP exclusivamente dentro del Departamento de Enfermería:**

- Jefe de guardia.
- Enfermera de apoyo.
- 36 enfermeros asistenciales, distribuidos de la siguiente manera.
  - 9 enfermeros de 00 a 06.
  - 9 enfermeros de 06 a 12.
  - 9 enfermeros de 12 a 18.
  - 9 enfermeros de 18 a 00.
- 2 enfermeros que realizan el Triage, o selección, de la gente que ingresa a la guardia, no por la rampa, sino por la puerta.
  - Los turnos que se dan son de lunes a viernes de 06 a 12 y de 12 a 18.
- 1 enfermero extraccionista, que trabaja de 06 a 12 de lunes a viernes.
- 1 asistente de sala, que trabaja de 06 a 12 de lunes a viernes.

**Por su parte, el área de Médicos, específica del AEP se organiza de la siguiente manera:**

- 30 médicos en total.
- 2 Jefes del Área de Atención Primaria.
- 1 coordinadora médica, encargada de la coordinación de pacientes.
- 27 puestos restantes realizan turnos rotativos durante toda la semana:
  - 5 puestos diarios que están cubiertos todos los días de la semana compuestos por:
    - 1 cirujano, que a su vez se encuentra haciendo guardia por si es necesitado en el quirófano (esto refiere a otra área del hospital, no está dentro del AEP). Este realiza guardias de 24 horas.
    - 3 médicos, que no necesariamente son cirujanos. Estos realizan guardias de 12 horas: de 08 a 20 o de 20 a 08.
    - 1 médico, que cumple el rol de refuerzo general.
  - Es importante aclarar que el personal que ocupa estos puestos va rotando durante la semana, realizando diferentes turnos, tanto diurnos como nocturnos.

Dentro del área de **Medicatos** se encuentran aquellos médicos ya recibidos que, previo a realizar el examen de residencia, trabajan en el hospital; esta actividad otorga puntaje para la residencia:

- 10 puestos de trabajo.
- Los mismos están distribuidos en los 4 turnos, todos los días del año.

Los estudiantes de Medicina que están realizando sus **Prácticas Finales Obligatorias (PFO)**:

- 12 puestos de trabajo.
- Su distribución es igual a la de los medicatos: los 12 puestos cubren 4 turnos, todos los días del año.

También, **Camilleros**:

- 5 en total.
- Los mismos cubren atención las 24 horas, todo el año.

**Otros actores:**

**Médicos Clínicos:** 2 Médicos de Staff y 1 Residente. Horario: 08 a 14. Lunes a Sábado.

**Médicos Neurólogos:** 1 Médico de Staff y 1 Residente. Cobertura Ídem. Médicos Clínicos.

**Médicos Cirujanos Generales:** Ídem. Médicos Neurólogos.

**Médicos de Ortopedia y Traumatología:** Ídem. Médicos Neurólogos.

**Mucamas:** 3 por turno, todos los días, todo el año.

## Hallazgos de la intervención

### Análisis de la observación no participante

La escena observada corresponde al abordaje de una paciente ingresada al AEP del HECA con diagnóstico de gran quemado, traída por Ambulancia del Sistema Integrado de Emergencia Sanitaria (SIES).

- **Ubicación de la paciente y distribución espacial**

La paciente es ubicada en una de las 3 camillas del *shock room*, espacio donde confluyen numerosos actores: personal médico, Enfermería, profesionales en formación, personal del SIES y agentes policiales. La cantidad de personas, 19 en total, en el mismo espacio físico genera una dinámica intensa, con circulación constante de información verbal y no verbal. Las camillas se encuentran separadas por paneles móviles y hay un biombo, intervenido artísticamente, que separa a la paciente del exterior del *shock room*.

- **Actores presentes en el escenario**

Durante la observación se identifica la presencia de actores con distintos grados de participación. La médica ubicada en la cabecera del paciente lidera la intervención, asignando tareas y dirigiendo la secuencia técnica. El SIES, por su parte, mantiene una comunicación activa con el equipo del hospital, aportando datos clínicos y gestionando la derivación. También se observa el aporte de 3 profesionales en formación, que se encuentran realizando las PFO. Y la presencia de efectivos policiales y otros actores ajenos a la atención médica que, desde el punto de vista de los derechos del paciente, vulnera el derecho a la privacidad.

- **Abordaje científico-técnico**

El equipo actúa en base a protocolos de atención inicial *Airway, Breathing, Circulation* (ABC)<sup>2</sup> y *Advanced Trauma Life Support* (ATLS)<sup>3</sup>, priorizando la protección de la vía aérea. Las interacciones verbales muestran precisión técnica y una clara distribución de roles “Llamámelo a X porque la vía es dificultosa”, “Está intubada, estabilizada, va para allá”.

---

<sup>2</sup> En español, Vía Aérea, Respiración, Circulación (ABC).

<sup>3</sup> En español, Soporte Vital Avanzado en Traumas (ATLS).

Se evidencia un conocimiento compartido del procedimiento y una Comunicación Efectiva entre los miembros del equipo en torno al objetivo clínico.

- **Intervención del prehospitalario (SIES)**

El SIES cumple un rol articulador en la admisión y derivación de la paciente. Está en conocimiento de algunos de los datos clínicos y cuenta también con los datos administrativos necesarios para la derivación a otro efector. Se registra un solo momento de interrupción en el flujo comunicacional, cuando el profesional que posee el *handy* se encuentra fuera del área, pero se resuelve rápidamente.

- **Familia y acompañantes**

Los familiares de la paciente son consultados por la médica a cargo en relación a las posibilidades de derivación y otros datos clínicos necesarios para la atención. “*Voy a corroborar con la familia*”, dice al respecto.

- **Modos de comunicación**

Predomina una comunicación directa, breve y técnica, con órdenes e indicaciones específicas. No hay enojo. Cada uno sabe lo que tiene que hacer. Las interacciones están mediadas por jerarquías profesionales y por la necesidad de inmediatez: “*Ya ‘tamo*”, cuando logran ingresar y posicionar correctamente el tubo endotraqueal (TET) en los bronquios; “*Saquen un laboratorio para gases*”, al PFO. Al mismo tiempo, el uso simultáneo de diferentes canales (oral, telefónico, digital) configura una dinámica comunicacional en la que coexisten la eficacia operativa y los riesgos de pérdida o distorsión de información. Llamada a un teléfono privado: “*Tenemos un paciente... Que baje alguien de Quemado*”. Interconsulta por WhatsApp; el manejo de la vía aérea lo hace quien tiene mayor expertiz. Uso del celular para revisar un documento que facilita el cálculo de la Superficie Corporal Quemada.

- **Atravesamientos**

La situación genera un fuerte impacto emocional en las tesisistas. Se trata de una paciente con diagnóstico de gran quemado autoinfligido. Tiene el 90% de la Superficie Corporal Quemada. El Proceso de Atención demora 20 minutos aproximadamente. La médica a cargo, una vez concretada la derivación de la paciente, ofrece retomar la reunión que se ha

planificado con el objetivo de iniciar las entrevistas, pero se prioriza el espacio de encuentro con la codirectora para el análisis de lo acontecido.

## **Análisis de las entrevistas semiestructuradas**

### **Entrevistas a admisionistas (2)**

**a) Admisionista 1:** Trabaja hace más de 5 años en el hospital.

*Observación:* La entrevista ocurrió en la UCASP; más tranquilidad.

Se percibe como una figura organizadora, alguien que *“pone orden”* y asegura que la información fluya en un contexto de alta demanda. *“Yo en realidad estoy coordinando el lugar. Me ocupo de organizar, poner orden...”*, dice, condensando su rol entre los circuitos técnico-asistenciales y los de atención al público.

Describe la Comunicación Efectiva como el momento en que *“en diálogo, llegamos a un criterio”* y sostiene que la coordinación ocupa un lugar central en pos de la generación de acuerdos. Su discurso refleja una valoración alta del trabajo en equipo. Reconoce que *“si no hay comunicación, se complica todo”*. Hace hincapié en el ingreso de trabajadoras jóvenes al hospital, que contribuye a la Comunicación Efectiva: *“Antes había mucha tirantez entre el admisionista y el médico, pero han entrado unas chicas profesionales que son compañeras, vienen con toda esa energía divina, y no marcan diferencias”*.

Se comunica de manera oral, directa, aunque también a través del teléfono interno del hospital, o personal de cada trabajador. Remarca que su tarea exige una capacidad de lectura situacional: *“Agoto todas las estrategias personales cuando tengo dudas de algo o falta algún dato del paciente”* y las menciona.

Sobre la presión del tiempo y la emergencia, reconoce que *“la guardia colapsa siempre porque, entre otros motivos, muchos han perdido su obra social; otros desconocen que el HECA es un hospital de emergencia; e incluso se recibe a mucha gente en situación de calle”*. En este sentido, recupera la importancia del Triage para priorizar la atención médica

según la gravedad: *“El Triage volvió hace unos meses. Los enfermeros evalúan la urgencia del paciente y van adelantando el trabajo del médico. Y eso es muy positivo”*.

Respecto a su vínculo con la UCASP, conoce a *“Fer”* (María Fernanda Bisio) a partir de la implementación de las pulseras para la identificación del paciente, y refiere al trabajo articulado con Atención al Usuario en caso de reclamos: *“Usuarios se ocupa de muchas de esas problemáticas”*.

**b) Admisionista 2:** Trabaja hace más de 15 años en el hospital.

*Observación:* La entrevista ocurrió en la UCASP; más tranquilidad.

Percibe el Área de Admisión como *“el primer eslabón ante el arribo de cualquier paciente, sea urgencia o consulta; el epicentro”*. Trabaja con Internación, Atención al Usuario, Triage y con toda la guardia en general.

Describe la Comunicación Efectiva en relación a los pacientes: *“A veces hay que bajar el discurso porque todavía hay gente que no sabe leer y escribir. También nos ha pasado que ha venido gente sorda y ninguno sabe lengua de señas”*.

Por su parte, entre usuarios internos, sostiene que la comunicación es efectiva, pero no siempre resolutive. Al respecto, menciona el caso de las pulseras identificatorias: *“Las pulseras son de papel y se rompen, y no notamos que vengán a pedir los reemplazos”*. También relata algunas resistencias sobre su uso que tienen que ver con miradas y prácticas conservadoras, según su consideración.

Remarca la demora en la atención: *“Hay muchos factores que influyen, pero a grandes rasgos es lo que no hemos podido solucionar”*. Cree que informatizar la guardia, especificando el tiempo de demora en la atención, podría *“disminuir la ansiedad del paciente”*. También resalta que el personal de admisión no debe valorar la criticidad de los casos: *“Nosotros tenemos que admisionar todo. Después, si el médico considera que no es de gravedad, es él quien tiene la potestad para mandarlo a otro lugar”*.

Se comunica de manera oral, directa, aunque también a través del teléfono interno del hospital, o personal de cada trabajador. *“Nosotros lo que buscamos es un mecanismo de información con respecto a saber quién está de guardia. Llamamos al servicio y tenemos el número de WhatsApp de los médicos”*. Tener el contacto personal de los usuarios internos del AEP *“acelera los tiempos y reduce algunas incertidumbres. Viene un paciente para control postoperatorio y, en lugar de hacerlo esperar dos o tres horas, aviso al médico por teléfono y recibo generalmente respuesta inmediata: 'Estoy en quirófano, que me aguarde una hora'”*.

Conoce a la coordinadora de la UCASP: *“Ella me mencionó lo que estaba haciendo, me preguntó qué me parecía lo de la pulsera. Le dije que me parecía excelente; que aparte está comprobado el uso y la funcionalidad”* y ha participado de cursos ofrecidos por la Unidad sobre flujogramas.

## **Entrevistas a camilleros (2)**

**a) Camillero 1:** Trabaja hace más de 30 años en el HECA.

*Observación:* La entrevista ocurrió en la UCASP; más tranquilidad.

Se percibe a sí mismo como un actor clave en la recepción y traslado de pacientes dentro del hospital, parte esencial de la cadena de atención junto con enfermeros y médicos. Destaca que la Comunicación Efectiva ocurre cuando todos los miembros del equipo cumplen su rol y se ayudan mutuamente: *“Que me lo reciban bien. Ayudarnos con el enfermero”*. Reconoce que, aunque la presión del tiempo es alta, la emergencia no dificulta la comunicación, porque la rutina diaria y la experiencia le han enseñado a actuar con rapidez y coordinación. Valora la comunicación personal y telefónica como los canales más efectivos, y no propone cambios significativos, considerando que el HECA actual ha generado adaptaciones en la dinámica de los equipos respecto al ex HECA, donde también trabajó: *“Hubo un poco de cambio porque el hospital de emergencia en el que estaba yo era muy chiquito. Ahí había más comunicación, estaban todos amontonados. En cambio acá estamos todos más separados”*. Conoce la existencia de la UCASP, pero estima que, en caso de realizarse actividades, serían por la mañana.

**b) Camillero 2:** Trabaja hace más de 5 años en el HECA.

*Observación:* La entrevista ocurrió en la UCASP; más tranquilidad.

Enfatiza la centralidad de su rol en la movilidad de pacientes, describiéndolo como “*la sangre*” del hospital. Su trabajo cotidiano asegura la continuidad de la atención que los médicos y enfermeros no podrían sostener solos. “*No sé si nosotros tenemos que hacer eso, pero lo hacemos, estamos ahí, necesitás una camilla, vamos, te ayudo*”; “*Si el paciente entra a pegar piñas, los primeros que estamos ahí somos nosotros porque tenemos más calle, somos pibes de barrio*”. Su enfoque sobre la comunicación es altamente colaborativo y basado en la observación: interpreta señales visuales, lee el rostro de los pacientes y establece coordinación inmediata con compañeros para actuar bajo presión. La adrenalina de las emergencias refuerza la necesidad de unidad entre los camilleros y del respeto mutuo con médicos y enfermeros: “*A la hora de una emergencia, nunca tuvimos sobresaltos*”. Da cuenta de un cambio generacional hace 3, 4 años: “*Antes los camilleros no estaban bien vistos, y ahora sí, va queriendo*”. Propone formalizar conocimientos prácticos adquiridos empíricamente, sugiriendo cursos periódicos de movilización de pacientes y RCP, destacando la importancia de capacitar a los camilleros para situaciones críticas que “*hoy se aprenden sobre la marcha*”. Conoce a “*Fer*” (María Fernanda Bisio), pero no así a la UCASP.

#### **Entrevistas a enfermeras (4)**

**a) Enfermera de 00 a 06:** Trabaja hace más de 15 años en el HECA.

*Observación:* Es una de las enfermeras de nuestra observación. La entrevista ocurrió en un consultorio, aunque no hubo interrupciones.

Percibe el Área de Enfermería como aquella que está “*en permanente comunicación con el paciente y con las diferentes disciplinas, tanto con el sistema médico, como con trabajadoras sociales*”. Sostiene que “*la guardia es el reflejo de lo que está pasando en la sociedad*”; aborda desde cuestiones de salud mental hasta las de personas en situación de calle. Además, considera que “*somos producto de la pandemia*”, haciendo referencia a problemas de salud actuales vinculados con aquel momento.

Entiende que la comunicación es una y es vital, pero con diferentes aristas. En el ámbito de la salud, la Comunicación Efectiva es aquella “*asertiva, clara, directa y oportuna*”, aunque identifica que “*por momentos, en el trabajo, es bastante ineficaz*”. Afirma que se debe a una descentralización física de la información: “*Hace unos años, en la pecera, estábamos los enfermeros y los médicos. Levantaban el teléfono y decían 'mirá que te mandamos un paciente'. Y ya todo el mundo lo sabía. En cambio, a partir de la pandemia, se dividió, y fue como una grieta en la comunicación también*”.

En cuanto a los canales de comunicación, prioriza la “*comunicación directa*”, aunque también hace uso del teléfono interno y “*de algún cuaderno de novedades escrito*”.

Recupera la importancia del Triage para clasificar la atención médica según la gravedad: “*Es una herramienta fundamental. Nos agiliza mucho el trabajo porque no deriva todo a la sala*”.

A partir de capacitaciones en las que ha participado, conoce la UCASP y su actividad. Entre ellas, “*en el 2018, la capacitación para el reconocimiento en ITAES*”.

**b) Enfermera de 06 a 12:** Trabaja hace más de 10 años en el HECA.

*Observación:* La entrevista ocurrió en la UCASP; más tranquilidad.

Define su rol como variado: “*Es asistencial, y es la educación a los pacientes*”. Destaca que su trabajo se desarrolla en articulación con otros enfermeros, médicos de guardia, camilleros, mucamas, jefes, trabajo social y salud mental. Explica que el área está dividida por sectores (consultorio externo, Triage, *shock room*, crítico, quirofanito y habitaciones de aislamiento) y que la organización interna del personal se da de manera circular y consensuada entre los compañeros: “*Si el día anterior me tocaba en este sector, al otro día paso al siguiente*”.

Considera fundamental la comunicación para el cuidado de los pacientes, en especial en situaciones críticas. Ejemplifica con un caso en el que evitó un error al advertir que un paciente con reposo absoluto no debía ser trasladado en silla de ruedas: “*Gracias a que yo estaba ahí en ese momento y que sabía, le dije al camillero y el camillero esperó*”.

En cuanto a la presión del tiempo y las emergencias, señala que el equipo está habituado a coordinarse de forma inmediata: *“Ya sabemos cómo tenemos que manejarnos”*. Sin embargo, identifica momentos en los que la comunicación se complica, como cuando no puede localizar a los pacientes: *“Todo el tiempo nos están preguntando ‘¿paciente tal y tal, saben adónde está?’”*. Considera que esas interrupciones desvirtúan la tarea de enfermería y propone implementar un *“cuadro paciente”* con los datos esenciales de cada paciente de la guardia (nombre, especialidad a cargo, dietas, cirugías programadas).

Entre sus estrategias personales de comunicación, menciona corroborar siempre nombre y apellido del paciente, chequear con los médicos indicaciones sobre dietas o cirugías, leer las carpetas y comunicarse telefónicamente con otras áreas. Los principales canales utilizados son el contacto cara a cara y el teléfono interno. Señala también la existencia de un grupo de WhatsApp entre enfermeros, más centrado en cuestiones administrativas, y sugiere crear un grupo de difusión coordinado por los jefes para información relevante.

Entre los cambios que propone, destaca el cuadro paciente, el grupo de difusión, un QR con protocolos de atención de enfermería específicos, la mejora de carteles informativos sobre horarios, sectores y pautas de alta: *“Todo esto está bueno porque disminuye un poco esto de la desvirtuación de las tareas de enfermería”*.

Conoce a integrantes de la UCASP por su vínculo con Atención al Usuario, aunque no ha participado en capacitaciones sobre calidad y seguridad del paciente.

**c) Enfermera de 12 a 18:** Trabaja hace más de 15 años en el HECA.

*Observación:* Estaba en el consultorio; entró mucha gente en el medio.

Describe al Área de Emergencia Primaria como un espacio donde *“confluyen todas las especialidades”*, lo que genera dificultades comunicacionales: *“La comunicación a veces no es fluida, no es asertiva”*. En su experiencia, los problemas surgen *“sobre todo cuando hay que bajar algún tipo de orden, de línea”*, por lo que han incorporado el uso de medios escritos: *“Estamos acostumbrándonos a hacer pedidos por nota, para que quede registrado y llegue a todos, porque sino nos manejábamos mucho por la vía oral y eso se diluye”*.

Para ella, la Comunicación Efectiva es aquella *“por escrito, a través de un medio formal y recepcionada por quien tiene que recibir la información”*. En este sentido, destaca la importancia del *“cuaderno de novedades”* de Enfermería, donde se registran pedidos, cambios de turno, teléfonos útiles, protocolos, entre otras cuestiones. *“Es un instrumento que nosotros tenemos como medio de comunicación formal”*. Reconoce, sin embargo, que no siempre se puede mantener la formalidad *“con tantas áreas”* y que *“el teléfono interno ya es bastante obsoleto”*. Recuerda un antiguo sistema de altoparlante, que permitía convocar con inmediatez a las distintas especialidades, y sugiere restablecerlo.

Afirma que su trabajo implica comunicarse con *“todas las áreas”*. Reconoce que las situaciones de urgencia y emergencia son las que más dificultan la comunicación: *“Te crea un poco de temor; nunca se sabe lo que va a entrar por esa puerta”*.

Compara la dinámica actual con la de años anteriores, cuando médicos y enfermeros compartían el mismo espacio físico: *“Antes, en la pecera, teníamos dos mesas; de un lado Enfermería, del otro los médicos. Había un trabajo en equipo más ameno”*. Considera que la separación física marcó una distancia simbólica entre el *“cuidar”* de los enfermeros y el *“curar”* de los médicos, lo que a veces genera roces.

Subraya la necesidad de fortalecer *“la comunicación asertiva y la escucha”*, diferenciando entre oír y escuchar. Además reconoce que *“hay interés en mejorarla”*, pero que las tensiones del trabajo y *“la subjetividad de cada uno”* la dificultan.

Sobre la UCASP, menciona que participó de reuniones impulsadas por la Unidad y valora la iniciativa, aunque contextualiza las limitaciones materiales que condicionan la noción de calidad: *“Hablamos de calidad cuando tengo un colchón roto, no tengo sábanas, no tengo almohadas, el teléfono no anda, no tengo elementos para trabajar”*. Sin embargo, considera positivos los avances logrados, como la implementación de las pulseras de identificación del paciente, que *“disminuyen el error”* y resultan especialmente útiles en sectores donde *“no tenemos camas fijas”*.

**d) Enfermera de 18 a 00:** Trabaja hace más de 10 años en el HECA.

*Observación:* La entrevista ocurrió en la UCASP; más tranquilidad.

Señala que la dinámica del AEP “*va cambiando*”, marcada por la imprevisibilidad de la guardia: “*Hay guardias que son tranquilas, y la comunicación es tranquila, y hay guardias que no son tranquilas; pasan distintas cosas y la comunicación puede llegar a cambiar*”. Explica que el estrés, la carga de trabajo y la presión del tiempo muchas veces “*intervienen de mala manera y vuelven casi imposible la comunicación*”.

Remarca que la comunicación entre médicos y enfermeros cambió después de la pandemia, cuando se los separó físicamente en distintos espacios: “*Nos separaron de lugar y nos separamos en la comunicación*”. Antes había “*una convivencia de todos en un mismo lugar*”, mientras que ahora percibe una división: “*Ustedes son los médicos, nosotros somos los enfermeros, y nos comunicamos lo menos posible*”. Esa distancia, dice, “*no se modificó, quedó así*”.

Según su experiencia, la Comunicación Efectiva sería “*sencilla*”, pero reconoce que muchas veces se interrumpe: “*Me lleva al enojo; no hay comunicación, no hay un canal correcto de comunicación*”. Observa que “*no se trabaja en equipo*” y que a veces “*hay una forma de tratarse que no es correcta*”, tanto entre médicos como entre enfermeros.

Se comunica con mayor frecuencia con otros enfermeros: “*Cuando tenemos un conflicto con médicos lo hablamos mucho más con nuestros compañeros enfermeros que con los médicos*”. Utiliza el teléfono interno y “*la hoja de Enfermería*” como principales canales.

Recuerda que en algún momento se intentó formar comités de trabajo entre médicos y enfermeros para tratar problemáticas comunes (RCP, intoxicaciones, muerte digna) y elaborar protocolos, pero esas iniciativas “*se fueron diluyendo*”.

Observa que los médicos “*rotan más*”, lo que dificulta construir comunicación fluida: “*Eso por ahí hace que uno tenga que estar todo el tiempo conociendo a la persona con la que está trabajando*”.

También menciona estrategias para mejorar la comunicación, inspiradas en su formación:

*“Me parece genial que nos sentemos y discutamos después de una situación: ¿Por qué pasó esto? ¿Por qué uno gritó?”*. Considera que esos espacios deberían realizarse *“mensual o semanalmente, con referentes”*.

Por último, comenta que conoció la UCASP a partir de una especialización, cuando tuvo que relevar información sobre calidad. Destaca su rol en la *“identificación del paciente”*.

### **Entrevistas a médicas (3)**

**a) Médica clínica:** Trabaja hace menos de 5 años en el HECA.

*Observación:* Es la médica de nuestra observación. Quiso responder las preguntas post-observación. A pedido nuestro, contestó luego pero sin salir de su espacio de trabajo. Siempre muy atenta a todos los movimientos a su alrededor.

Se define como responsable de la atención de los ingresos y la continuidad de los pacientes en la guardia, priorizando la reevaluación y la comunicación con los familiares: *“Dar el informe al familiar lo más rápido posible”*. Reconoce que la dinámica del AEP es rápida y a veces compleja, con factores externos que dificultan la atención, como la falta de personal y de recursos en relación a la demanda. Considera que la Comunicación Efectiva se da cuando lo que dice es entendido y se actúa en consecuencia: *“Es cuando logro comunicar algo que quiero decir, a un colega o a cualquier integrante del equipo de salud, y que me entienda”*. Durante las emergencias, destaca la necesidad de liderazgo claro y voz firme para evitar caos y redundancia de órdenes: *“Lo que te mata no es el tiempo, es el desorden”*. Los canales que utiliza son principalmente verbales, apoyados en WhatsApp o avisos escritos para protocolos específicos. No conoce la UCASP, pero menciona que existe un área que se llama Atención del Usuario. No ha recibido capacitaciones de atención al paciente en el hospital, aunque sí ha hecho por su cuenta. Propone fortalecer los espacios de encuentro, *“alguna reunión semanal para decir ‘en esta semana no se logró tal, tal y tal cosa’; entonces vamos a... Con que vaya un referente ya está. Tiene que ser corto”*.

**b) Médica emergentóloga 1:** Trabaja hace menos de 5 años en el HECA.

*Observación:* Estaba en el consultorio esperando la comida; entró mucha gente en el medio.

Enfatiza la importancia del trabajo en equipo e interdisciplinario, describiendo la dinámica del AEP como intensa y sostenida por roles bien definidos. Para ella, la Comunicación Efectiva es dirigida, respetuosa y clara, tanto con el equipo como con los pacientes: *“En la emergencia, la comunicación es lo más importante. Debe ser dirigida, respetuosa, clara”*. Su estrategia personal consiste en asumir la cabecera del paciente, mostrando liderazgo y visibilidad en la coordinación de acciones. Destaca el impacto de la sobrecarga de pacientes en la comunicación, pero reconoce que la experiencia y la distribución de roles permiten mantener la coordinación bajo presión. *“El HECA es referencia en la región, es de excelencia. He tenido la posibilidad de conocer experiencias de otro país que no funcionan como el HECA”*. Utiliza WhatsApp y correo electrónico para la comunicación con jefes y equipos, no conoce la UCASP y no ha hecho capacitaciones respecto a calidad y seguridad del paciente.

**c) Médica emergentóloga 2:** Trabaja hace menos de 5 años en el HECA.

*Observación:* Estaba realizando otras tareas vinculadas con su trabajo mientras respondía la entrevista.

También se reconoce como médica de guardia y emergentóloga, valorando la formación del personal del hospital. Para ella, la Comunicación Efectiva se basa en expresarse claramente y ser comprendida y seguida por los demás: *“Que yo me pueda expresar y el otro entienda y actúe al respecto”*. Señala que la comunicación puede verse dificultada cuando no se comparten criterios con otros servicios. Su interacción es mayormente verbal con los jefes y médicos. Conoce a “Lilli” (Liliana Manavella) de la UCASP, aunque la participación ha sido limitada a algunos consejos prácticos para terapia.

## Caracterización de matrices socioculturales en torno al problema

	<b>Admisionistas</b>	<b>Camilleros</b>	<b>Enfermeras</b>	<b>Médicas</b>
<b>Expectativas</b>	<p>Que exista una comunicación fluida, coordinada y respetuosa entre las distintas áreas del AEP.</p> <p>Que se valore el rol de admisión como parte clave del proceso asistencial.</p>	<p>Continuar formando parte de un equipo donde prime la ayuda mutua.</p> <p>Que se valore el rol del camillero como parte clave del proceso asistencial.</p>	<p>Restablecer vínculos profesionales más colaborativos, especialmente con médicos.</p> <p>Recuperar y generar espacios de diálogo y revisión colectiva de prácticas.</p> <p>Avanzar hacia condiciones materiales y organizativas que permitan hablar de “calidad de atención” en un sentido integral.</p>	<p>Mantener y mejorar la coordinación entre servicios y dentro del propio equipo médico.</p>
<b>Intereses</b>	<p>Consolidar la cooperación entre usuarios internos, mediante la optimización de herramientas tecnológicas.</p>	<p>Fortalecer la identidad y su visibilidad institucional, en tanto trabajo articulador del proceso asistencial.</p>	<p>Fortalecer la identidad y el reconocimiento del rol de Enfermería dentro del equipo de salud.</p>	<p>Fortalecer la comunicación con otros servicios hospitalarios.</p> <p>Afianzar el trabajo en</p>

			<p>Promover un clima laboral basado en el respeto, la cooperación y la escucha mutua.</p> <p>Participar en procesos de mejora institucional (comités, protocolos).</p>	<p>equipo y la referencia del HECA como institución modelo en emergencias.</p>
<b>Necesidades</b>	<p>Espacios de encuentro y articulación entre sectores.</p> <p>Recursos materiales y tecnológicos adecuados (por ejemplo, protocolo para estandarizar el proceso de admisión, informatización de la guardia).</p>	<p>Espacios de capacitación formal (por ejemplo, RCP, movilización de pacientes).</p> <p>Instancias de intercambio y actualización en los propios turnos laborales.</p>	<p>Espacios formales y periódicos de comunicación entre servicios.</p> <p>Revisión y actualización de canales de comunicación, así como de las herramientas de registro de la información.</p> <p>Condiciones materiales adecuadas para garantizar la calidad del cuidado.</p>	<p>Espacios sistemáticos, breves y dentro del horario laboral para el intercambio y evaluación de las tareas.</p> <p>Mayor visibilización y vinculación de la UCASP con los equipos de guardia.</p>
<b>Saberes</b>	<p>Dominio del circuito de admisión.</p> <p>Conocimiento sobre las</p>	<p>Saber práctico sobre la dinámica de la emergencia: anticipación, cooperación,</p>	<p>Incorporación de nociones de “calidad” y “seguridad del paciente” vinculadas a la</p>	<p>Dominio científico-técnico, con orientación al liderazgo, de la emergencia.</p>

	<p>dinámicas internas del hospital para la resolución de conflictos.</p>	<p>interpretación y velocidad.</p>	<p>práctica concreta.</p> <p>Reconocimiento de herramientas formales para la comunicación entre integrantes del Área (por ejemplo, el cuaderno de novedades).</p> <p>Saber diferenciado respecto del rol propio: el “cuidar” como núcleo de la Enfermería, frente al “curar” del ámbito médico.</p>	<p>Reconocimiento de la comunicación como elemental para el trabajo en equipo y la seguridad del paciente.</p>
--	--	------------------------------------	---	--

## **Diagnóstico comunicacional**

El registro de la bitácora, así como el análisis de las entrevistas y de la observación no participante permite identificar que las prácticas comunicacionales del AEP del HECA se estructuran en torno a una matriz de racionalidad técnico-operativa, orientada a la eficiencia y la resolución inmediata de la demanda. Este modelo, necesario en un contexto crítico como el de la emergencia, organiza las interacciones entre los distintos actores (médicos, enfermeros, camilleros, admisionistas) y define los modos en que la información circula dentro del servicio.

### **1. Una comunicación eficaz, pero predominantemente informacional**

En la escena observada y en los relatos de todos los actores, la comunicación se asocia al cumplimiento de tareas y a la transmisión de datos precisos. Se valora la claridad, la inmediatez y la corrección de la información como indicadores de efectividad: *“Lo que te mata no es el tiempo, es el desorden”*, decía una médica, sintetizando la centralidad del orden y la coordinación como principios de acción.

Esta eficacia técnica constituye una fortaleza: existe un lenguaje profesional compartido que posibilita la actuación rápida y coordinada. Sin embargo, la dimensión comunicacional se agota muchas veces en la lógica informacional, dejando en segundo plano la construcción de vínculos y de espacios reflexivos. La comunicación, entendida en términos estratégicos, aparece restringida a su dimensión instrumental.

### **2. Jerarquías, segmentación y canales fragmentados**

Las entrevistas muestran que la comunicación vertical y descendente, centrada en el liderazgo médico, es un rasgo estructural del AEP. Si bien este esquema favorece la toma de decisiones rápidas, limita el intercambio horizontal y la participación de otros actores en la construcción colectiva del sentido de las prácticas.

La segmentación espacial posterior a la pandemia profundizó esa lógica. La separación física entre médicos y enfermeros generó, según los propios equipos, una distancia simbólica: *“Nos*

*separaron de lugar y nos separamos en la comunicación*". El contacto cara a cara, antes cotidiano, fue reemplazado por mensajes breves, llamadas internas y notas escritas.

Los canales actuales son múltiples y desarticulados: notas en papel, teléfono interno, grupos de WhatsApp, correos, indicaciones orales, cuadernos de novedades. Esta diversidad de medios, sin protocolos de integración, produce agilidad en la acción, pero también riesgo de superposición, pérdida o contradicción de información.

### **3. La tensión entre eficacia y cuidado**

En todas las entrevistas, los actores expresan que el trabajo cotidiano se sostiene sobre una doble exigencia: resolver con rapidez y cuidar con humanidad. Esa tensión atraviesa la práctica de enfermeros, camilleros y admisionistas, quienes se perciben como mediadores entre la urgencia técnica y la atención al paciente.

Los enfermeros, por ejemplo, destacan que su rol se centra en el cuidado y que las condiciones materiales (falta de insumos, sobrecarga de tareas, ausencia de espacios comunes, entre otras) afectan tanto la calidad de la atención como la comunicación entre usuarios internos. Una enfermera lo sintetiza así: *"Hablamos de calidad cuando tengo un colchón roto, no tengo sábanas, no tengo almohadas"*.

Por su parte, los camilleros evidencian un saber práctico y empírico que rara vez es reconocido formalmente. *"Somos la sangre del hospital"*. Demandan instancias de capacitación y validación de su experiencia, lo que revela una necesidad de inclusión simbólica dentro del entramado comunicacional.

### **4. Identidades profesionales y racionalidades en tensión**

Las entrevistas hacen emerger la coexistencia de distintas racionalidades profesionales:

- La **científico-técnica**, predominante en el discurso médico, centrada en la precisión y la toma de decisiones jerarquizada.

- La **racionalidad del cuidado**, predominante en el discurso de Enfermería, que valora la escucha y el acompañamiento.
- La **operativa y empírica**, predominante en el discurso de los camilleros, basada en el saber práctico y situacional.
- La **administrativa y de gestión**, predominante en el discurso de los admisionistas, que articula los circuitos técnico-asistenciales y los de atención al público.

Estas racionalidades no operan de manera aislada, sino que entran en diálogo y conflicto, configurando un entramado de sentidos sobre lo que significa “*comunicar*” en el hospital. Mientras para algunos la Comunicación Efectiva se asocia con la formalidad escrita, “*que quede registrado*”, para otros remite a la acción conjunta o al entendimiento tácito, “*que me entienda y actúe al respecto*”.

El diagnóstico evidencia que la fortaleza de la comunicación entre usuarios internos del AEP del HECA radica en la acción coordinada para la emergencia; su debilidad, en la falta de espacios donde esa acción pueda pensarse colectivamente.

El desafío no es reemplazar la racionalidad técnico-operativa, indispensable en un hospital de emergencias, sino ampliarla para incluir una dimensión estratégica, relacional y situada, que identifique y reconozca la pluralidad de saberes y promueva una cultura institucional compartida. Como ya se ha desarrollado, la información es necesaria, pero no suficiente: comunicar implica articular información y sentido, estructura y vínculo, gestión y cultura.

## **Propuesta: estrategia de comunicación**

La estrategia de comunicación se orienta a impulsar un cambio social conversacional (Massoni, 2003) que favorezca la reconfiguración de las prácticas comunicacionales en el AEP, promoviendo un diálogo entre las diversas voces, saberes y racionalidades que se entraman.

El desafío consiste en ampliar las lógicas comunicacionales predominantes, actualmente centradas en la eficacia técnica y la coordinación operativa, para incorporar dimensiones vinculares, reflexivas y colaborativas que permitan fortalecer la cultura de calidad y seguridad del paciente impulsada por la UCASP.

Desde esta perspectiva, la estrategia busca articular las matrices socioculturales identificadas (la técnico-científica, la del cuidado, la operativa y empírica, la administrativa y de gestión) en un entramado comunicacional que promueva la cooperación y la construcción de sentido compartido entre los distintos actores.

El objetivo general es fortalecer la figura institucional y simbólica de la UCASP dentro del AEP, potenciando su rol como mediadora entre las políticas de calidad y las prácticas cotidianas de los equipos de salud.

## **Líneas de acción**

### **1. Recuperar espacios de encuentro perdidos durante la pandemia**

El análisis de las entrevistas y observaciones evidencia que la pandemia profundizó la fragmentación física y simbólica entre los equipos del AEP, generando “*separaciones*” en la comunicación cotidiana.

Esta primera acción busca recomponer los espacios de interacción horizontal, tanto físicos como simbólicos, favoreciendo el intercambio entre equipos y la reflexión colectiva.

### **Acciones:**

- Realizar encuentros presenciales, *in situ*, con grupos reducidos de trabajadores de diferentes turnos y sectores.
- Enfocar estos espacios en el cuidado de los equipos, el manejo emocional post-emergencia y la resolución colaborativa de conflictos.
- Incorporar modalidades flexibles (rotativas, adaptadas a distintos horarios y funciones).
- Recuperar, desde la comunicación, una noción de encuentro que no sea sólo técnica, sino también humana.

## **2. Socializar las acciones y logros de la UCASP**

Las entrevistas muestran un conocimiento fragmentario de la UCASP: se reconoce a sus integrantes, pero no se identifican con claridad su misión ni sus logros.

Esta acción propone hacer visible el trabajo de la Unidad, reforzando su presencia simbólica en el AEP y su rol articulador dentro del hospital.

### **Acciones:**

- Difundir los proyectos y avances de la UCASP, a partir de instancias de diálogo con miembros del Equipo de Proyecto Referentes de Calidad (EPRECA) en los distintos turnos.

## **3. Potenciar la escucha institucional y la participación**

Se propone fortalecer la capacidad de escucha y recepción de propuestas por parte de la UCASP, incorporando las voces y experiencias de los distintos equipos.

### **Acciones:**

- Instalar un dispositivo participativo de escucha, por ejemplo un buzón digital o físico de sugerencias UCASP.
- Sistematizar las propuestas recibidas y devolver los resultados para fortalecer la confianza institucional.

#### **4. Fortalecer el monitoreo y evaluación de los procesos comunicacionales**

La UCASP ya cuenta con herramientas de seguimiento y medición de la calidad asistencial. Esta acción busca profundizar el monitoreo de los procesos comunicacionales, para identificar avances y desafíos en la implementación de las estrategias anteriores.

##### **Acciones:**

- Evaluar la eficacia de las instancias de encuentro y participación (por ejemplo, número de asistentes, frecuencia), haciendo una devolución periódica a todos los equipos del AEP.

##### **Factibilidad**

Un factor importante al momento de pensar las acciones propuestas fue su factibilidad. Desde su creación, la UCASP cuenta con el apoyo institucional de la Dirección del HECA para llevar adelante iniciativas orientadas a fortalecer la cultura de la calidad y la seguridad del paciente. Asimismo, este trabajo se encuentra impulsado por distintos miembros de la Unidad, que cuenta actualmente con 34 integrantes provenientes de diversos ámbitos del hospital, lo que favorece la implementación colaborativa de las acciones sugeridas.

## Consideraciones finales

El recorrido realizado permite comprender que las prácticas comunicacionales en el Área de Emergencia Primaria (AEP) del Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez” (HECA) se configuran en torno a una racionalidad predominantemente técnico-operativa, orientada a la eficiencia y la resolución inmediata de la demanda. Esta matriz garantiza la efectividad en la atención inmediata, pero al mismo tiempo deja en segundo plano otras dimensiones relacionales y vinculares de la dinámica comunicativa, fundamentales para la construcción colectiva de sentido en el ámbito hospitalario.

Las entrevistas realizadas a distintos actores, junto con la observación no participante y la bitácora, evidencian la coexistencia de múltiples racionalidades dentro del AEP: la administrativa y de gestión, la operativa y empírica, la del cuidado, la técnico-científica. Cada una de ellas aporta un modo particular de comprender la comunicación y de situarse frente al otro. Estas racionalidades se complementan, pero también se tensionan, dando lugar a conflictos o desarticulaciones que inciden directamente en la experiencia cotidiana del trabajo y en la calidad de la atención.

La pandemia de COVID-19 constituyó un punto de inflexión en estas dinámicas. Las medidas de aislamiento y reorganización de los espacios modificaron profundamente las formas de interacción entre los equipos, generando una mayor segmentación física y simbólica que aún persiste. La separación de los espacios compartidos entre médicos y enfermeros, por ejemplo, fue identificada por varios entrevistados como un factor que debilitó considerablemente el sentido de trabajo en equipo.

No obstante, las voces de los actores también expresan una clara disposición al cambio. En todos los casos se observa interés por mejorar la comunicación, fortalecer la articulación entre sectores y recuperar espacios de encuentro perdidos. Las propuestas que emergen desde el propio equipo (reuniones breves de retroalimentación, registros compartidos de pacientes, protocolos accesibles, entre otras) dan cuenta de una voluntad de transformación que reconoce la comunicación no solo como un medio técnico, sino como una práctica relacional que sostiene el trabajo colectivo.

En este sentido, la Unidad de Calidad de Atención y Seguridad del Paciente (UCASP) se configura como un actor estratégico para acompañar estos procesos, no solo desde su rol normativo y de monitoreo, sino como un espacio articulador capaz de impulsar una cultura organizacional centrada en el diálogo.

La estrategia de comunicación propuesta busca precisamente contribuir a esa ampliación de la mirada, promoviendo la transición de una comunicación meramente informativa hacia una Comunicación Estratégica, entendida como proceso de construcción conjunta de sentido (Massoni, 2007). En este marco, la comunicación se concibe no como transmisión, sino como encuentro: un espacio donde las distintas matrices socioculturales pueden reconocerse, dialogar y complementarse.

La factibilidad del proyecto se sostiene en el compromiso institucional del HECA, en la trayectoria y legitimidad de la UCASP dentro del hospital, y en el involucramiento de los equipos que constituyen el AEP. El desafío, entonces, no radica solo en diseñar nuevas herramientas, sino en propiciar condiciones para que esas herramientas sean apropiadas, sostenidas y resignificadas por quienes las usan.

En definitiva, este trabajo propone pensar la comunicación en el ámbito hospitalario como una dimensión estructurante de la calidad de la atención y no como un componente accesorio, habilitando el diálogo entre los saberes técnicos y los saberes experienciales, entre lo individual y lo colectivo, entre la emergencia y el sentido.

## Bibliografía

Berardi, C. (s. f.). *Clase de capacitación: La seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria* [Presentación de curso interdisciplinario]. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria (DNCSSyRS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Bisio, F. (2008). *Satisfacción de los usuarios de servicios de internación del Hospital de Emergencia Dr. Clemente Álvarez en el año 2004* [Tesis de maestría, Instituto en Salud Juan Lazarte]. Repositorio institucional.

Castro, R. (2002). En busca del significado: Supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En *Reflexiones teórico-metodológicas* (pp. 95–123). Instituto Nacional de Salud Pública.

Flores, F. (1995). *Creando organizaciones para el futuro*. Dolmen Ediciones.

Fundación HECA. (s. f.). *Quiénes somos*. [Quiénes somos – Hospital de Emergencias Clemente Alvarez](#)

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.

Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES). (2015). *Manual de acreditación para establecimientos de atención de agudos* (Versión 2015). ITAES.

<https://www.itaes.org.ar/manualesdeacreditacion.aspx>

Joint Commission International. (2014). *Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care: A roadmap for hospitals*.

Joint Commission International. (2024). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals* (8.ª ed.). Joint Commission Resources.

<https://www.jointcommission.org/en/standards/standards-manuals/>

Marchetti, N. (2014). *Disposición interna N.º 08/14* [Documento interno no publicado]. HECA.

Martín-Barbero, J. (1987). *De los medios a las mediaciones*. Ediciones G. Gilli.

Massoni, S. (2003). *Estrategias de comunicación social: Un modelo de abordaje de la dimensión comunicacional para el desarrollo sostenible entendido como cambio social conversacional* [Tesis doctoral]. Universidad de Buenos Aires.

Massoni, S. (2007). *Modelo de Comunicación Estratégica (Tres Movimientos y Siete Pasos para Comunicar Estratégicamente)*, 1, 1–16.

Massoni, S. (2007). *Estrategias. Los desafíos de la comunicación en un mundo fluido*. Homo Sapiens Ediciones.

Massoni, S. (2013). *Metodología de la comunicación estratégica: Del inventario al encuentro sociocultural* (Colección Comunicación). Homo Sapiens Ediciones.

Maturana, H. (1992). *La objetividad entre paréntesis*. Editorial Dolmen.

Medina Aguerrebere, P. (2012). El valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria. *Revista de Comunicación y Salud*, 2(1), 19–28.

[https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2012.2\(1\).19-28](https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2012.2(1).19-28)

Ministerio de Salud de la Nación. (2022). *Manual de seguridad del paciente*. Presidencia de la Nación, República Argentina.

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/manual\\_de\\_seguridad\\_del\\_paciente.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/manual_de_seguridad_del_paciente.pdf)

Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria. (2023). *Modelo de Gestión por Cuidados Progresivos: del modelo de atención centrado en el servicio al modelo de atención centrado en niveles de cuidados* [Programa de curso].

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/03/6\\_programa\\_curso\\_cuidados\\_progresivos.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/03/6_programa_curso_cuidados_progresivos.pdf)

Mojica, F. (2005). *La construcción del futuro: Concepto y modelo de prospectiva, estratégica, territorial y tecnológica*. Convenio Andrés Bello – Universidad Externado de Colombia.

Onocko Campos, R. (2004). Humano, demasiado humano: Un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. En E. Spinelli (Org.), *Salud Colectiva* (pp. 103–120). Lugar Editorial.

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Seguridad del paciente*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Palma Nigro, R. (2024). *Gestión estratégica de la comunicación organizacional en el Hospital Provincial de Rosario: Una propuesta para su realización* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Rosario]. Repositorio Hipermedial UNR.  
<https://rehip.unr.edu.ar/items/95d127c7-6657-4b18-9034-083aaf0912d3>

Rovere, M. (1994). *Gestión estratégica de la educación permanente en salud* (Serie Desarrollo de Recursos Humanos N.º 100). Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

Sautu, R. (2005). *Manual de metodología: Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. CLACSO.

Tarrés, M. (2004). *Observar, escuchar y comprender: Sobre tradición cualitativa en la investigación social*. FLACSO México.

Uranga, W. (2007). *Mirar desde la comunicación: Una manera de analizar las prácticas sociales* [Artículo en línea].  
[http://www.wuranga.com.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=70:mirar-desde-la-comunicacion-una-manera-de-analizar-las-practicassociales&catid=38:textos-propios&Itemid=27](http://www.wuranga.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=70:mirar-desde-la-comunicacion-una-manera-de-analizar-las-practicassociales&catid=38:textos-propios&Itemid=27)

Uranga, W. (2007). *Prospectiva estratégica desde la comunicación: Proceso metodológico de diagnóstico y planificación*. Buenos Aires.

Varela, F. (2005). *Conocer: Las ciencias cognitivas. Tendencias y perspectivas. Cartografía de las ideas actuales*. Gedisa.

Wallace, A. B. (1951). The exposure treatment of burns. *The Lancet*, 257(6653), 501–504.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(51\)91975-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(51)91975-7)

*METACOMUNICACIÓN*, 3(6), enero–junio, 2014. R. D. U. Exclusivo N.º

04-2013-050912501200-203.

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f19bfe62-9e9a-4293-b990-449320a9bc3a/content>

## **Anexos**

### **Entrevistas**

#### **Preguntas para admisionistas**

- Criterio de selección: permanencia en el puesto.
  - Cantidad de entrevistados: 2 (dos).
1. ¿Cómo describiría su rol dentro del Área de Emergencia Primaria?
    - a. ¿Cómo trabaja en relación a la identificación del paciente?
    - b. ¿Qué tipo de información suele perderse, repetirse o demorarse en el proceso de admisión?
  2. ¿Qué entiende por Comunicación Efectiva?
  3. ¿Con qué trabajadores/as del área se comunica con mayor frecuencia?
    - a. ¿Cuáles son las dificultades y fortalezas que surgen en estas comunicaciones?
    - b. ¿Qué estrategias personales usa para asegurar que la información llegue correctamente durante una emergencia?
  4. ¿Qué canales de comunicación usa habitualmente (oral, escrito, digital, formularios, etc.) con otros trabajadores de la salud del hospital?
  5. ¿Propondría algún cambio para la comunicación en admisión? Si es así, ¿cuál/es?
  6. ¿Conoce la Unidad de Calidad de Atención y Seguridad del Paciente (UCASP)?  
¿Cómo se ha vinculado con el área (encuentros, charlas, capacitaciones)?
    - a. *En caso de respuesta negativa:* ¿ha recibido alguna capacitación en el hospital o por fuera respecto de la Calidad de Atención y Seguridad del Paciente?

#### **Preguntas para camilleros**

- Criterio de selección: aleatorio, ya que los turnos son rotativos.

- Cantidad de entrevistados: 2 (dos).
- 1. ¿Cómo describiría su rol dentro del Área de Emergencia Primaria?
  - a. ¿Cómo describiría la dinámica de trabajo en el Área de Emergencia Primaria?
- 2. ¿Qué entiende por Comunicación Efectiva?
- 3. ¿Con qué trabajadores/as del área se comunica con mayor frecuencia?
  - a. ¿Qué rol ocupa la comunicación con otros/as trabajadores en su práctica cotidiana?
- 4. ¿Qué canales de comunicación usa habitualmente (oral, escrito, digital, formularios, etc.) con otros trabajadores de la salud del hospital?
- 5. ¿Cómo influye la presión del tiempo y la emergencia en la forma de comunicarse?
- 6. ¿Propondría algún cambio para la comunicación en el Área de Emergencia Primaria?  
Si es así, ¿cuál/es?
- 7. ¿Conoce la Unidad de Calidad de Atención y Seguridad del Paciente (UCASP)?  
¿Cómo se ha vinculado con el área (encuentros, charlas, capacitaciones)?
  - a. *En caso de respuesta negativa:* ¿ha recibido alguna capacitación en el hospital o por fuera respecto de la Calidad de Atención y Seguridad del Paciente?

### **Preguntas para enfermeros/as del AEP**

- Criterio: representatividad en relación a los turnos durante los cuales trabajan.
- Cantidad de entrevistados: 4 (cuatro).
- 1. ¿Cómo describiría su rol dentro del Área de Emergencia Primaria?
  - a. ¿Cómo describiría la dinámica de trabajo en el Área de Emergencia Primaria?
- 2. ¿Qué entiende por Comunicación Efectiva?
  - a. ¿Con qué trabajadores/as del área se comunica con mayor frecuencia?

- b. ¿Qué rol ocupa la comunicación con otros/as trabajadores en su práctica cotidiana?
3. ¿Cómo influye la presión del tiempo y la emergencia en la forma de comunicarse?
  - a. ¿En qué momentos siente que la comunicación entre trabajadores se vuelve más difícil?
  - b. ¿Qué estrategias personales usa para asegurar que la información llegue correctamente?
4. ¿Qué herramientas y canales (protocolos, reuniones, historias clínicas, sistemas, tecnologías) usa para comunicarse con otros trabajadores de la salud del hospital?
5. ¿Propondría algún cambio para la comunicación en el Área de Emergencia Primaria? Si es así, ¿cuál/es?
6. ¿Conoce la Unidad de Calidad de Atención y Seguridad del Paciente (UCASP)? ¿Cómo se ha vinculado con el área (encuentros, charlas, capacitaciones)?
  - a. *En caso de respuesta negativa:* ¿ha recibido alguna capacitación en el hospital o por fuera respecto de la Calidad de Atención y Seguridad del Paciente?

### **Preguntas para médicos/as del AEP**

- Criterio de selección: cirujanos/sa emergentólogos/as y 1 clínico/a.
  - Cantidad de entrevistados: 3 (tres).
1. ¿Cómo describiría su rol dentro del Área de Emergencia Primaria?
    - a. ¿Cómo describiría la dinámica de trabajo en el Área de Emergencia Primaria?
  2. ¿Qué entiende por Comunicación Efectiva?
    - a. ¿Con qué trabajadores/as del área se comunica con mayor frecuencia?
    - b. ¿Qué rol ocupa la comunicación con otros/as trabajadores en su práctica cotidiana?
  3. ¿Cómo influye la presión del tiempo y la emergencia en la forma de comunicarse?

- a. ¿En qué momentos siente que la comunicación entre trabajadores se vuelve más difícil?
  - b. ¿Qué estrategias personales usa para asegurar que la información llegue correctamente?
4. ¿Cómo influye la presión del tiempo y la emergencia en la forma de comunicarse?
  5. ¿Qué herramientas y canales (protocolos, reuniones, historias clínicas, sistemas, tecnologías) usa para comunicarse con otros trabajadores de la salud del hospital?
  6. ¿Propondría algún cambio para la comunicación en el Área de Emergencia Primaria? Si es así, ¿cuál/es?
  7. ¿Conoce la Unidad de Calidad de Atención y Seguridad del Paciente (UCASP)? ¿Cómo se ha vinculado con el área (encuentros, charlas, capacitaciones)?
    - a. *En caso de respuesta negativa:* ¿ha recibido alguna capacitación en el hospital o por fuera respecto de la Calidad de Atención y Seguridad del Paciente?

### **Preguntas sobre el prehospitalario**

Se realizó una entrevista con Felipe Griva, Médico del Equipo de Gestión de Cuidados Progresivos, centrada en recabar información respecto del proceso denominado prehospitalario.

1. ¿Cómo comienza el circuito comunicacional en un llamado de emergencia?
2. ¿Quién le avisa al SIES que tiene que ir a buscar un paciente? ¿Cómo?
3. ¿Cómo está conformado el equipo de respuesta del SIES?
4. ¿Cómo se toma la decisión de dónde llevar el paciente?
5. ¿Quién se comunica con el HECA para notificar que se está llevando un paciente?

6. ¿Qué sucede si, por la gravedad del caso, se sabe que el paciente va a necesitar terapia intensiva y no hay cama en dicha área?

## Registros de observación

- La camilla es del SIES directamente; no la cambiaron.
- 5, 10, 15, 16, 17, 19 personas dentro del *shock*.
- La que estaba en la cabecera lideró el procedimiento. “Llamámelo a X porque la vía es dificultosa”. Interconsulta por WhatsApp. A lo aéreo lo hace quien tiene mayor expertiz.
- “Ya tamo”, cuando lograron ingresar los tubos a los bronquios.
- “Voy a corroborar con la familia”.
- “Saquen un laboratorio para gases” al PFO.
- “Está intubada, estabilizada, va para allá”.
- El SIES se encargó de coordinar la derivación.
- Biombo para que solo vean los trabajadores de salud, y no el exterior.
- Paciente: Mujer con diagnóstico de gran quemado autoinfligido. 90 por ciento quemada.
- El SIES hablaba con la médica. Ahí ella preguntó por antecedentes psiquiátricos.
- Lo científico-técnico se articula rápidamente.
- PFO observando: 3.
- Había dos policías y otros actores que, desde el punto de vista de los derechos del paciente, no deberían estar allí.
- Corrieron a la mujer de al lado por cuestiones de privacidad de la otra paciente.
- Al aire: ¿quién sabe los datos de la mujer? El SIES respondió.
- Médica y enfermera hablando por otra paciente desbordada que esperaba afuera.
- Emociones (atravesamientos). A mí me causó angustia por la historia, y demás.
- Dos personas usando un celular. Evaluar la gravedad para hacer los porcentajes (Superficie Corporal Quemada). No encontraba por ningún lado esa foto.
- Llamada de teléfono privado. “Tenemos un paciente... Que baje alguien de Quemado”.
- No hubo enojo. Cada uno sabe lo que tiene que hacer.

- Lo primero que se protege, según protocolos, es la vía aérea.
- Ida y vuelta con el SIES. Justo cuando hubo que hacer una pregunta, la persona que sabía el dato no tenía el *handy* (este estaba en la ambulancia). Entonces salió de escena.
- El SIES ya tenía los datos de la obra social. Entonces la derivaron.

## **Entrevista a Felipe Griva**

Médico del Equipo de Gestión de Cuidados Progresivos. Lo conocimos siendo residente.

### **- ¿Cómo comienza el circuito comunicacional en un llamado de emergencia?**

Cuando una persona resulta herida con politraumatismo, primero debe haber otra persona que haya encontrado al paciente o bien presenciado el accidente y que llame por teléfono.

Esta persona puede llamar a dos números, al 107 o al 911. Esto es indistinto porque si llama al 911, la primera persona que te atiende es de la central policial quien, cuando le dicen que se trata de un accidente, le preguntan datos básicos y transfieren la llamada a la central del 107.

### **- ¿Quién y cómo le avisa al SIES que tiene que ir a buscar un paciente?**

La central del 107 está compuesta por cinco telefonistas, que son estudiantes de medicina que están haciendo una pasantía en la central del SIES. Ellos reciben el llamado. Son telefonistas que están entrenados para preguntar ciertas cosas, mientras van cargando la información en el sistema.

En paralelo a eso, estos cinco telefonistas pasantes están liderados por un médico que se llama “médico evaluador”, que es quien hace la evaluación de la gravedad del accidente según lo que le transmite el pasante.

El equipo del 107 está compuesto por estos cinco pasantes, el evaluador y el radio operador. ROP le dicen.

Cuando el evaluador decide mandar un móvil al lugar del hecho, le pasa la dirección al radio operador que le avisa al móvil. El radio operador sabe dónde se encuentra cada móvil.

Los móviles, si bien tienen GPS, todavía no están geoposicionados en un mapa. Se va viendo dónde los mandan, cuántos móviles hay, cuántos se reportaron y qué están haciendo. Así, el radio operador tiene una idea de dónde está cada móvil. Normalmente, mandan al móvil que está más cerca o si hay alguno que esté en la base se comunican vía radio con el móvil del 107.

- **¿Cómo está conformado el equipo de respuesta del SIES?**

El equipo está conformado normalmente por un médico y un enfermero. El enfermero hace las funciones de chofer también. El 107 también cuenta con una dinámica de pronto socorro, que son motos, que se utilizan, por ejemplo, si es un horario pico y el lugar del hecho está en el centro. En estos casos, cuando el médico evaluador tiene algo de información de si hay heridos de gravedad, le pide al radio operador que mande a la ambulancia. La dinámica de pronto socorro se puede usar también cuando la información no es clara o no parece algo tan grave, para que haga una evaluación inicial y obtener información más certera del accidente y, de ser necesario, eventualmente mandar la ambulancia.

- **¿Cómo se toma la decisión de adónde llevar al paciente?**

Cuando ya se despachó la ambulancia y llega al lugar del hecho se hace también una evaluación y se va pasando información a la central, puntualmente al evaluador, que es el médico, y se toma la decisión de a dónde va a ir a parar ese paciente con esa ambulancia. Es una decisión en conjunto. Puede que se pase la información y el evaluador sea el que toma la decisión o bien el mismo médico de la ambulancia puede tomar la decisión.

Uno de los objetivos principales del HECA es justamente atender todas las emergencias que puedan surgir de los accidentes de la calle. Por lo que es de buena práctica avisar, aunque no tengan la obligación de hacerlo, que una ambulancia está trayendo un paciente que asistió en un accidente en la vía pública. Podemos atender pacientes graves o incluso con requerimiento de asistencia mecánica ventilatoria sin que se nadie avise cuando lo traen para acá; pero, de vuelta, es de buena práctica que, cuando ya se sabe que un paciente que de tales características porque el médico que está en el lugar derecho se lo pasa la información mediante radio al radio operar al evaluador del que está en la central, la central misma dispare

un llamado telefónico al teléfono interno de la guardia externa del hospital en donde atienden los médicos. Allí, uno de los médicos recibe el llamado y escucha y decide.

- **¿Quién se comunica con el HECA para notificar que se está llevando un paciente?**

El médico de la ambulancia le pasa el estado clínico del paciente al médico evaluador. Por orden del médico evaluador, uno de los pasantes llama a la guardia del HECA y presenta al paciente. Llama al teléfono fijo del HECA, le atiende el conmutador, el cual marca el interno de la guardia, el interno de la guardia suena, atiende uno de los médicos que están en el estar de los médicos y, desde el 107, le presentan al paciente: *“Hola, hablo del 107, hay un paciente de tantos años, tuvo un accidente auto-auto, con un traumatismo de cráneo, está con requerimiento de ventilación mecánica e inestable de modina clínicamente”*.

- **Considerando que puede llegar un paciente sin avisar. ¿Qué pasa si llega y no hay cama en terapia?**

Por las mismas características del HECA, que es un hospital de emergencia, tenemos la capacidad de armar unidades de terapia intensiva en la guardia del hospital, en un área que se llama “área de pacientes críticos” que soporta hasta cuatro pacientes en asistencia mecánica ventilatoria. Eso es justamente para situaciones en donde se puede hacer abordaje de quirófano.

El que decide si el paciente tiene que ir o no a terapia intensiva luego de una intervención quirúrgica por politrauma es el anestesista. Lo determina cuando el paciente sale de la cirugía, por el tipo de intervención, cómo estaba el paciente, sus signos vitales durante la cirugía, etcétera.

Por el ejemplo que estamos poniendo, en la mayoría de los casos requeriría terapia intensiva. En el caso de que no hubiese cama en terapia intensiva, se avisa previamente a la guardia y el referente de guardia habla con Enfermería y se arma una unidad de terapia intensiva en la guardia con un respirador, etcétera, que no es lo ideal, pero es para sortear esta situación que luego tendrá una resolución que veremos cómo tal.