



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud

**Centro de Estudios Interdisciplinarios
Universidad Nacional de Rosario**

**“Clima organizacional y factores que obstaculizan y/o facilitan la
Implementación de normas en el personal de salud de la guardia de
pediatría del Htal. Prof. Dr. A. Posadas, durante el primer trimestre del año
2017 desde una perspectiva de Género y de Derecho”**

Maestranda: NOGUEIRAS ALCAYAGA, ISABEL INÉS

Directora del Trabajo: ECHEGOYEMBERRY, MARÍA NATALIA

INDICE

AGRADECIMIENTOS	6
RESUMEN	7
ABREVIATURAS	9
1. IDENTIFICACIÓN, DELIMITACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	10
2. FUNDAMENTO O BASE TEÓRICO-CONCEPTUAL	13
2.1 Perspectiva de género	20
2.2 Perspectiva de derecho	23
3- MARCO NORMATIVO	26
Algunas preguntas que guiarán esta investigación:	30
4. OBJETIVOS	30
4.1 Objetivo general	30
4.2 Objetivos específicos	30
5. DISEÑO METODOLÓGICO	31
a) Tipo de estudio y diseño	31
b) Recolección de datos: Descripción del instrumento	31
c) Población	34
d) Muestra	34
e) La unidad de análisis	34
f) Operacionalización de las variables y categorías	35
g) Descripción del ámbito de estudio	35
h) Selección de técnicas y plan de análisis	36

6. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	36
7. PLAN DE EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	37
7.1 Plan de entrada al terreno	37
7.2 Recursos disponibles	37
7.3 Cronograma	38
8. RESULTADOS ESPERADOS Y SUS IMPLICANCIAS PARA EL DISEÑO, MONITOREO Y/O EVALUACIÓN DE POLÍTICAS DE PROGRAMAS DE SALUD	38
9. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	39
9.1. Descripción del perfil sociodemográfico del personal de la Guardia Pediátrica	39
1.1. Fragmentación y desorganización de la información	40
1.1.a) Inaccesibilidad de información de los agentes administrativos:	41
1.1.b) Información fragmenta e incompleta en relación a la dotación del personal de enfermería (acerca de enfermeros y ayudantes de enfermería):.....	41
1.1.c) Información de médicos pediatras: Irregularidad, precariedad de la modalidad de contratación:.....	42
9.2 Clima organizacional: Factores personales y organizacionales	43
1.1.) Anomia en el personal de salud:	43
1.2) Presencia de normativas implícitas en el personal:	44
1.3) Ambigüedad en el rol:.....	46
1.4) Variación de la organización del trabajo en el turno laboral y elaboración de estrategias para la unificación de criterios:	47
1.5) Variación de la organización en cada turno laboral, características organizativas:	48
1.6) Organización del equipo de acuerdo al turno laboral. Colaboración.	49

1.7) Opinión de los entrevistados respecto a las disposiciones expuestas por los jerárquicos: Falta de comunicación y participación en la elaboración, e implementación de normativa del servicio:	50
1.8) El turno mañana: Concentración de jefaturas, elaboración de disposiciones, fragmentación de comunicación con otros turnos:	52
1.9) Características del líder dentro del grupo laboral y características de los jerárquicos	52
1.10) Percepción de los entrevistados acerca del liderazgo de los jerárquicos:.....	54
1.10 a) Percepción del liderazgo del jefe por parte del personal no jerárquico:.....	54
1.10 b) Percepción del liderazgo del supervisor por el personal no jerárquico:.....	55
1.10 c) Percepción del liderazgo del coordinador de enfermería por el personal no jerárquico:.....	56
1.11) Elección de los referentes y jefes:	56
1.12) Existencia de trato diferencial por el personal jerárquico:	57
1.13) Conductas informales identificadas:.....	57
1.14) Deficiente sistema de evaluación de desempeño	59
1.15) Ausentismo laboral y tratamiento de la distribución del personal de Enfermería:	60
1.16) Violencia, situaciones amenazantes, situaciones de maltrato, destrato:.....	64
1.17) Desconocimiento acerca del tratamiento de situaciones de violencia por parte de la institución:	66
1.18) Tratamiento de los conflictos hacia el interior de los equipos de trabajo:	66
1.19) Falta de motivación:.....	67
1.20) Déficit en la capacitación:	68
1.21) Ineficiente gestión de los recursos materiales:	68

9.3 FACTORES QUE OBSTACULIZAN Y FACILITAN LA IMPLEMENTACIÓN DE NORMAS	70
9.4. CLIMA LABORAL Y PERSPECTIVA DE GÉNERO	77
1.1 Invisibilización de cuestiones de género:.....	78
1.2 Comportamiento maternal y rivalidad entre mujeres:	79
1.3 Percepción del hombre en un sector altamente feminizado:	80
10. RECOMENDACIONES DE GESTIÓN	83
11. CONCLUSIONES	86
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
12. Anexos	96
12.1 Aprobación del plan de tesis.....	96
12.2 Consentimiento informado.....	97
12.3 Guía para la entrevista para el personal de salud de la guardia de pediatría del Hospital Prof. Dr. A. Posadas.....	100
12.4 Guía de observación participante	106
12.5 Grilla de objetivos específicos/medición	107
12.6 Sector internación.....	109
12.7 Tabla 1: Datos sociodemográficos del personal de la guardia de pediatría del Htal. Prof. Dr. A. Posadas, marzo de 2017.....	113

Agradecimientos

En primer lugar agradezco a mis padres, Juanito y Elia, por la educación, los valores recibidos, por el apoyo incondicional que me han brindado siempre y por haberme ayudado a concretar muchos de mis sueños.

Gracias a mi hermano Alejandro, por estar siempre que lo necesito así como también a mis sobrinos Juan y Sofía.

A mi tutora y Directora de tesis María Natalia Echevoyemberry, que me acompañó durante toda la producción del trabajo, compartiendo sus escritos, aportándome información, brindándome su tiempo y su espacio. Una gran persona, mujer muy generosa y comprometida.

A Roxana y Romina, mis hermanas de la vida, amigas desde siempre.

A mi querido Hospital Posadas, mi segunda casa desde hace más de 10 años.

A mis compañeros de la guardia pediátrica del Hospital, por haberme permitido conocer sus opiniones, fundamentales para la realización del presente trabajo, especialmente a mis compañeros de fines de semana, excelente grupo, de quienes comparto, aprendo y vivo tan bellos momentos, especialmente a mi compañero Osvaldo Martínez, por sus consejos, sus enseñanzas, por ser como es.

A la educación pública, que me ha acompañado desde pequeña y me sigue acompañando, porque sin la formación recibida, no podría haber accedido a esta instancia de post grado.

A mis pequeños pacientes.

A mis compañeras de tutorías, en particular a Mabel Costas, por compartir conocimiento y tantas cosas....

Resumen

El Hospital Prof. Dr. A. Posadas es una institución pública de gestión descentralizada que actúa en la jurisdicción del Ministerio de Salud de la Nación. El presente trabajo tuvo por objetivo analizar el clima organizacional y los factores que obstaculizan y/o facilitan la implementación de normas en el personal de salud de la guardia de pediatría del Hospital Prof. Dr. A. Posadas, durante el primer trimestre de 2017, desde una perspectiva de género y derecho. Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de diseño no experimental, transversal, cuali-cuantitativo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y se llevó un registro de observación participante. La muestra fue intencional, se seleccionaron informantes clave. La información fue analizada por medio del método de análisis temático. Se efectuaron entrevistas a 21 agentes de dicho servicio, de todos los turnos laborales y con diferentes jerarquías funcionales. Entre los principales resultados se encontró que más de un tercio del personal entrevistado recurre al pluriempleo o pluriactividad, trabajan más de 36 hs semanales, poseen un trabajo y realizan horas extras, o poseen 2 trabajos; dentro de este último grupo se encuentran las mujeres, lo que acentúa diferencias de género.

El personal de salud se encuentra feminizado, sus percepciones se encuentran atravesadas por esquemas de género, sin embargo suelen no ser percibidas o problematizadas esas diferencias dentro de los servicios, naturalizándose las desigualdades. Se observaron modalidades diferentes de contratación para un mismo tipo de función, escasas evaluaciones de desempeño, ausencia de concursos, todo esto es percibido como uno de los principales problemas que afecta el clima laboral y el acatamiento de normas del servicio. Se señalaron conductas informales por parte de los trabajadores vinculadas al acceso de los cargos jerárquicos por “amiguismo” o “afinidad ideológica” o a falta de responsabilidad en el puesto de trabajo. Respecto de la caracterización del clima organizacional los principales hallazgos se centraron en una descripción anómica del servicio, una concepción ilegítima y arbitraria en la forma de comunicar las disposiciones.

Se señalaron otras deficiencias por parte de la institución que conllevan al funcionamiento anómico, en cuanto al tratamiento de cuestiones conflictivas, la falta de incentivos, capacitación y escasa gestión del recurso humano, fragmentación del servicio y diferencias significativas según los turnos, tanto en el acatamiento de las normas, la disponibilidad de personal, la cantidad de insumos y equipamiento disponible, la obediencia e implementación de procesos uniformes o protocolos. Aun así se evidenció un clima laboral ambivalente, expresado por sentimientos de amor-odio hacia la institución.

Hacia el interior de cada turno laboral, se pudo observar que gran parte de las opiniones de los entrevistados reconocen un tipo de liderazgo democrático o participativo, este aspecto es favorecido por la presencia de un referente, en los casos donde existe esa figura. Respecto de la opinión en relación del tipo de liderazgo de los jerárquicos (no médicos), las opiniones están divididas entre quienes reconocen un tipo de liderazgo democrático y participativo: Turno mañana, noche B y menor proporción el turno tarde, y un liderazgo ausente o con tendencia al autoritarismo y verticalismo: Turno sábado, domingo y feriados y en menor medida el turno noche A.

En relación a los factores que resultarían ser facilitadores de la implementación de normas, éstos estarían vinculados a reforzar la comunicación, diálogo simétrico y las reuniones de equipo, la protocolización de normativas y la presencia activa de los jefes en todos los turnos laborales. Como factores obstaculizadores tuvieron lugar la ausencia de control y la falta de recursos humanos, la falta de procesos consultivos y participativos, también se encontró la falta de responsabilidad en el puesto de trabajo. Dentro de los principales aportes de esta investigación se puede destacar que se generó conocimiento acerca de los motivos por los cuales los trabajadores no adhieren al cumplimiento de las normas, se crearon propuestas para mejorar el clima organizacional del servicio, se establecieron sugerencias y recomendaciones para sensibilizar la adherencia a las normativas, mediante la revisión y autoevaluación de la práctica diaria, asegurando una atención de calidad.

Palabras claves: Organización del trabajo, clima laboral, liderazgo, perspectiva de derechos; perspectiva de género.

Abreviaturas

ADE (Atención de demanda espontánea)

CIOT (Comisión de Igualdad de Oportunidades y Trato)

PEI (Plan Estratégico Institucional)

SaDoFe (Sábados, domingos y feriados)

SINEP (Sistema Nacional de Empleo Público)

Codificación:

Enf: Enfermero/a

AyE: Ayudante de Enfermería

Ped: Pediatra

Ad: Administrativo/a

Jenf: Jerárquico de Enfermería

1. Identificación, delimitación y justificación del problema

El Hospital Prof. Dr. A. Posadas es una institución pública de gestión descentralizada, que actúa en la jurisdicción del Ministerio de Salud de la Nación. Su área de influencia comprende la zona Oeste del Gran Buenos Aires, también recibe pacientes del área Metropolitana y del interior del país. Tiene como misión trabajar en red y disponer de la mayor complejidad. Se dedica al cuidado integral y humanizado de la salud de la población en todas las etapas de la vida. En el marco de los derechos de las personas, se plantea garantizar accesibilidad, equidad, atención segura y calidad en la asistencia, investigación, formación y cuidado del capital humano (1).

Durante el año 2015, se culminó con la primera parte del proceso de reestructuración de algunos sectores del Hospital, dicho proyecto se llevó adelante durante el último periodo del gobierno de la Dra. Cristina Fernández de Kirchner y junto a la remodelación edilicia, se difundió el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2014/2016 del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, que representa una herramienta de gestión para crear intervenciones y acciones para llevar a cabo la misión institucional con eficacia. En uno de sus ítems expresa la importancia de fortalecer el Comité de Seguridad del Paciente y el Comité de Control de Infecciones mediante la elaboración e implementación de guías de procedimientos, listas de cotejo y protocolización de la atención para incrementar la seguridad de los pacientes mediante investigaciones realizadas por el Comité de Seguridad; acciones para la revisión y evaluación de las tareas, además de sensibilizar y capacitar al equipo de salud y permitir la difusión de la legislación vigente que permita la autoevaluación de las prácticas, donde se consiga detectar el error para corregirlo y evitarlo, no necesariamente sancionarlo e incitar la cultura del reporte del error. Por otra parte, en dicho plan también está contemplado: *“Evaluar el clima laboral y generar espacios para desarrollar la satisfacción del trabajador y mejorar el clima laboral. Recuperar la concepción de satisfacción del trabajador e implementar las herramientas existentes de evaluación de clima laboral permitirá minimizar las situaciones conflictivas existentes”.* (2)

Entre los servicios remodelados, se encuentra la guardia pediátrica del hospital, con una estructura edilicia más amplia: dispone de una sala de shock room adaptada para la atención integral de 3 pacientes pediátricos y uno neonatal; 5 salas de internación (con 18 camas); una habitación para pacientes aislados; una sala para nebulizaciones (con capacidad aproximada de 10 pacientes); un consultorio de enfermería y 5 consultorios médicos. Esto hizo necesaria la convocatoria de más personal de enfermería y ayudantes de enfermería y pediatras para hacer frente a la demanda poblacional. Incorporándose nuevo personal para satisfacer las crecientes demandas asistenciales, aunque no todos los incorporados ingresaron a la institución con igual modalidad de selección, tampoco de contratación ni iguales condiciones laborales. Esta diferencia parecería reflejarse en el cumplimiento (o no) de la normativas, protocolos y guías.

Ante este nuevo desafío, el jefe de Enfermería del servicio, los supervisores, la jefa de departamento de enfermería y el coordinador médico del servicio, han comunicado diversas normativas que, han tenido un acatamiento diferencial según los diferentes turnos laborales y las diferentes profesiones que integran el servicio.

El cumplimiento de la normativa es un aspecto fundamental en los servicios de salud, como la aplicación e implementación de protocolos y la estandarización de procesos de trabajo. Pero ello no siempre se verifica puesto que no todas las formas de comunicar gozan de igual legitimidad frente al personal de salud. En algunos casos porque la orden, la directiva o la normativa no ha sido formalizada correctamente, o no ha sido comunicada apropiadamente al equipo de salud. Hacia el interior de los equipos de salud se establecen ciertas jerarquías, liderazgos, resistencias que se encuentran vinculados con situaciones que la misma organización del trabajo no controla, que escapan a ella. Así cada persona aplica la normativa de acuerdo a parámetros, valores no siempre explicitados.

En este sentido, cada turno laboral tiene sus particularidades enmarcadas en un clima organizacional propio: Es decir, se podría agrupar los turnos mañana y tarde, donde se cuenta con la presencia de las autoridades (que a su vez

ejercen función de controlar y aplicar las diferentes normativas), donde se pueden presentar y tratar las diversas problemáticas del servicio y se toman las decisiones más importantes; ya que el poder de decisión se concentra allí, donde existe mayor cantidad de personal de enfermería, de médicos, personal técnico y auxiliar, además donde se realiza el pedido del stock de materiales y medicaciones para los demás turnos (en ocasiones insuficiente), dichos turnos ofrecen mejor adherencia a ciertas normas y por otro lado; los turnos nocturnos y de sábados, domingos y feriados, hallándose ajenos a la realidad de los otros turnos, por la inadecuada comunicación, frecuentemente con necesidad de personal y carencia de material, ausencia del jefe y falta de acceso a ciertos servicios como electromedicina, elemental en caso de un mal funcionamiento de los diferentes equipos, funcionamiento parcial de los servicios de esterilización, farmacia, etc.. Todo ello, se expresa en la resistencia a cumplir con ciertas normas, o cumplir determinadas directivas en las que no se ha participado en el proceso de elaboración, ni de implementación, establecidas sin discusión previa y sin consensos de equipo, sin la debida comunicación y sin la debida formalización en algunos casos.

En efecto, en ocasiones el cumplimiento de la norma y de las directivas dependerá de quién imparta la orden, quién la cree, quién la comunique y de la motivación y de los incentivos y legitimación que pueda generar ante el equipo de salud.

Por ello, la presente investigación pretende describir las características del clima organizacional de la guardia pediátrica del hospital (explorando el perfil de los trabajadores de dicho sector, y analizando diversos factores organizacionales e individuales que se destacan en la dinámica del trabajo) identificando además los motivos o factores que intervienen positiva o negativamente en el cumplimiento, o no, de las normativas del servicio por parte del personal analizándolo desde una perspectiva de género y de derecho.

El resultado de este estudio posibilitará generar estrategias para orientar medidas de intervención centradas en la mejora de las condiciones laborales del personal de la guardia pediátrica y a su vez que favorezca el cumplimiento de las normas de servicio, de esta manera se propondrán recomendaciones

que redundarán en mejoras en el proceso de trabajo y la calidad de atención de los usuarios de la institución, contribuirá al proceso de estandarización de normas y protocolos en los diferentes turnos.

2. Fundamento o base teórico-conceptual

El clima organizacional, para Koys & Decottis (1991), se trata de un fenómeno complejo y expresan que existen dos tipos de clima: el psicológico (o individual) y el organizacional. Los dos aspectos son pensados como fenómenos multidimensionales que los empleados perciben desde su propia experiencia dentro de la organización (3).

Por su parte Likert (1965) quién desarrolla la teoría del clima organizacional, presenta diferentes modelos explicativos con los que puede funcionar y definir el clima en una organización, a saber: (4)

1) Clima de tipo autoritario:

I) Sistema I: Autoritario explotador: Las decisiones mayoritariamente se toman en la cima de la organización, no existe confianza entre la dirección y los empleados. La comunicación existente se produce mediante instrucciones, en el ambiente laboral y la relación entre los superiores y trabajadores irrumpe el temor y el miedo.

II) Sistema II Autoritario paternalista: Si bien las decisiones se toman en la cima, en ciertas oportunidades se decide en los niveles más bajos. Hay confianza entre la dirección y los empleados. Se motiva mediante castigos y recompensas. Se crea la imagen de un ambiente laboral estable y estructurado; sin embargo la dirección juega con las necesidades sociales de sus empleados.

2) Clima de tipo participativo:

III) Sistema consultivo: Las decisiones se toman en la cima pero también surgen de los niveles más bajos, existe confianza entre los directivos y los empleados, se busca motivar mediante castigos ocasionales y recompensas, se satisface la necesidad de estima y

prestigio y se observa interacción por ambas partes. La administración se basa en objetivos por alcanzar y existe un ambiente dinámico. La comunicación es de tipo descendente.

IV) Sistema de participación en grupo: La toma de decisiones se lleva a cabo a nivel de toda la organización, la dirección tiene mucha confianza en los empleados la comunicación es de tipo ascendente, descendente y lateral, se motiva mediante la participación, la mejora de los métodos de trabajo y la formulación de objetivos. La dirección y los empleados se centran en la planeación estratégica.

Cabe destacar, que diferentes investigaciones dan cuenta de que un mejor clima de trabajo genera mejoras en el objetivo institucional propuesto (un clima participativo tiene mejores resultados que el clima de tipo autoritario) (5,6).

Del mismo modo, Sauter, Murphy y Hurrell (2012), expresan que al permitir la participación de los trabajadores en la toma de decisiones, contribuye a mejorar el bienestar físico y mental y a mejorar el rendimiento, es decir, practicar un estilo de gestión más participativo, frente a los efectos estresores e improductivos que origina un estilo de liderazgo autoritario (7)

Por otra parte, Brow (1991), define al clima organizacional como aquellas percepciones que comparte un grupo de sujetos respecto de su entorno laboral como ser: prácticas comunicacionales, estilo de supervisión, políticas organizacionales, calidad de capacitación, relaciones laborales, procedimientos administrativos, ambiente laboral en general (8).

Para Palomino (2004), el medio ambiente y las condiciones laborales suelen ser deficitarias para los trabajadores de todas las dependencias estatales: El personal insuficiente para cubrir diferentes puestos de trabajo, la escasez de equipos e insumos, el deterioro de las instalaciones suelen ser los motivos de demanda más frecuente, además de los constantes reclamos acerca del pase a planta permanente, ya que se observa modalidades contractuales muy heterogéneas, que contribuyen a la precarización laboral; consecuencia de las reformas neoliberales de la década de los '90 que consolidaron dentro del sector público argentino, un sector de personal contratado con características

diferentes a las condiciones del trabajador tradicional, reflejando el deterioro del sistema de salud pública de nuestro país (9).

Un aspecto fundamental en la organización del trabajo y el clima laboral lo constituye el cumplimiento de normas. Muchas de los trabajadores pueden actuar en el entendimiento de que cumplen normas instituidas, estandarizadas, protocolizadas uniformes al servicio, sin embargo, dichas normas pueden no existir, o existir una pluralidad de leyes, resoluciones, disposiciones que hacen incomprendible para el personal de salud. Por otro lado, no queda claro la jerarquía de normas, siendo la forma de comunicación y verificación de cumplimiento poco uniforme entre los diferentes turnos de un mismo servicio, según Sauter, Murphy y Hurrell (2012) esto podría definirse como “ambigüedad de rol”, es decir, una vez que un individuo ingresa a trabajar a una institución, debe tener claro su rol y como realizar sus tareas, a veces esto no ocurre y puede deberse a una deficiente comunicación entre los supervisores y los subordinados o entre los miembros del grupo de trabajo, por ello, se deben pensar en estrategias para transmitir de una forma más eficaz las exigencias del puesto y definir explícitamente el rol del trabajador. (7)

Es así como se puede definir el concepto de norma como “una pauta que se debe seguir o a que se deben ajustar las actividades, conductas, tareas” (10), pero, si nos referimos a las normas hospitalarias, según Rubilar y Rossi (1995), éstos exponen que las normas establecen reglas generales para situaciones habituales que involucran las funciones del hospital, sirven para monitorear, decidir y actuar. Constituyen las disposiciones y resoluciones avaladas por los directivos o las autoridades, con la finalidad de establecer o precisar, el cumplimiento de uno o más modelos relacionados con cuestiones que interesan a la institución. Son además la base de la acreditación y de la auditoría (11).

Peter Waldmann (2003) expresa que las normas poseen tres dimensiones y deben tener determinadas características:

- Dimensión lingüística: Las normas deben ser comprensibles colectivamente, sin contradicciones, y deben ser claras sean éstas orales o escritas.

- Dimensión moral y de orientación social: Debe tener aceptación social y respaldarse en el consenso de gran parte de los involucrados.
- Función reguladora: Debe ofrecer garantías respecto al control del comportamiento a través de sanciones que las fortalezcan (12).

Algunos factores organizacionales que influyen en el cumplimiento de las normas son por ejemplo la legitimidad, en este sentido, Tyler (2006) dice que la legitimidad constituye una eficaz estrategia para el cumplimiento de las normas (13).

Otros autores como Ocejo, Villegas y Beramendi (2015) describen la teoría evaluativa de la conducta normativa: Expresan que el cumplimiento o no de las normas se encuentra vinculado a procesos individuales y son los sujetos quienes direccionan el comportamiento a través de las dimensiones: Protección y formalidad y esto se relaciona en como la autoridad ha dado a conocer la norma y a la vez le otorga al individuo seguridad y protección (14).

Otro factor relevante para el cumplimiento de las normas es la motivación: Morales y Pons (2002) la definen como aquella fuerza interna que incentiva a las personas a trabajar y que genera un compromiso con su trabajo y además le permiten satisfacer sus necesidades (15) y asimismo, la motivación puede influir en el comportamiento del sujeto respecto a la trasgresión de las normas. (16).

Asimismo, Carmona (2004), expone que la cultura de cada empresa influye en los empleados y su motivación por el trabajo; por ello, las organizaciones tienen responsabilidad en la motivación y la satisfacción de los mismos. (17).

Cuando se logra la estabilidad de la permanencia de un trabajador en un determinado espacio, propicia el aprendizaje continuo, que coincide con la teoría de Patricia Benner en relación al desarrollo de destrezas y habilidades en un área determinada. Además de fomentar el trabajo en equipo y la identificación con su dinámica, genera sentimientos de pertenencia a un grupo y claramente constituye un factor motivador. (18)

Existen factores o conductas personales que influyen en el incumplimiento de normas como por ejemplo el apego a la informalidad, esto evidencia en diversas instituciones de la administración pública nacional, un funcionamiento impropio a la reglamentación formal, que es corroborado por estudios realizados por el Centro de Investigaciones en Administración Pública, de la Universidad de Buenos Aires: (19)

- Flexibilidad en la utilización de los tiempos en relación a los horarios de ingreso y egreso de la institución, así también en horarios de descanso.
- Mecanismo de ascenso organizacional que no condice con la experiencia en el puesto de trabajo ni con las condiciones de idoneidad.
- Elección del personal y mecanismos de ingreso a la institución por vías diferentes a las del nombramiento por concurso público y abierto.
- Ordenamientos o instrucciones para la ejecución de las prácticas que no se encuentran escritos y/o en ocasiones son poco claras y ocultas por la organización premeditadamente.
- Empleo de mecanismos de sanciones o reconocimientos informales condicionados por afinidad ideológica y política, relaciones de amistad o interés personal que determina la función de la tarea.
- Uso de mecanismos de evaluación que no representan o no permiten valorar adecuadamente el desempeño de los empleados públicos.
- Uso de los espacios y mobiliarios de la institución que tienen poco que ver con la finalidad prevista de dicha institución pública.
- Utilización del tiempo laboral para llevar a cabo debates u ocupaciones que no tienen que ver con las actividades de la organización.
- Formas de control de licencias y ausentismos (a veces incoherentes), en algunos casos ausencia de este mecanismo.
- Fragilidad respecto al cargo oficial que se ocupa y la asignación de las tareas.

- Ausencia de compromiso, aptitud y responsabilidad en los diversos puestos de trabajo.

- Determinación de decisiones por parte de individuos que no se encuentran facultados para tal fin, sujetos influyentes, que acceden a los cargos jerárquicos más importantes por favoritismo, posición privilegiada de poder o relaciones de amistad y que poseen una influencia importante en los modos de comportamiento del grupo.

Se puede mencionar, a Reeve (2003) quien explica que existen diversos tipos de organizaciones y que aquellas que estimulan la autodeterminación de sus empleados, influyen positivamente en el autoestima y capacidades profesionales (20).

Igualmente, estudios realizados por Tremblay, Blanchard, Taylor, Pelletier y Villeneuve (2009) exponen que cuando se estimula la autodeterminación de los empleados, esto influye positivamente en la labor y logra un mayor compromiso con el trabajo y con la organización, contrariamente, cuando no se estimula la autodeterminación de los empleados, éstos se mostrarán menos cooperativos con sus pares y mostrarán cierta predisposición a involucrarse en conductas inapropiadas (21).

En el mismo sentido, (Reeve, 2003) describe que aquellas organizaciones que obstaculizan la autodeterminación de sus empleados, ejercen control sobre su conducta y provocan frustración e influirá negativamente en la satisfacción de las necesidades (20).

De igual modo, Frederick Herzberg (1954), en su teoría de la motivación-higiene, manifiesta que aquellos factores vinculados con el ambiente laboral (supervisión, políticas de la entidad, condiciones de trabajo) crean insatisfacción si son inadecuadas y que si existen contextos que aseguran la responsabilidad, el reconocimiento, oportunidades en el mismo trabajo, favorecen la motivación y otorga satisfacción en el trabajo (22).

Autores como Isuani (1999) y Waldmann (2003) consideran que dentro de la administración pública suceden fenómenos en donde las conductas informales se encuentran socialmente estructuradas, éstas se constituyen y forman parte

del comportamiento de los empleados y toman vigencia institucional; muchas de éstas, están basadas en relaciones de amistad, familiares o clientelísticas y es así como estos comportamientos informales y las transgresión de las normas pasan a ser parte integrante de la estructura burocrática pública, que además está presente en el resto de la sociedad. Según los autores antes referidos, la trasgresión a las normas no es percibida como tal en la sociedad argentina, sino que es divisada como una “picardía” o “avivada” nacional y que en consecuencia, contrarían las leyes formales. El deterioro de la legitimidad es, en gran parte, el resultado del comportamiento arbitrario de las clases políticas, las constantes infracciones agravadas por la ausencia de sanciones a lo largo de la historia argentina produjo la desvalorización del respeto por la ley (8)

En este sentido Carlos Nino (2005), expresa que existen diversos tipos de ilegalidad: individuos que esperan un beneficio para sí a través de la inobservancia de la ley, dada la probabilidad del comportamiento de otros, o aquel que se exterioriza cuando acontece un conflicto social que conduce a un sector a desconocer la legitimidad de la autoridad que establece las leyes. También describe el concepto de anomia, para referirse no solo a la ausencia de normas, sino además a una cierta tendencia a evadirlas. Las normas se proclaman pero no se cumplen o sólo en parte. (23)

Un estudio exploratorio recientemente realizado a tomando una población universitaria Argentina, mostró en los ellos una concepción negativa de la norma y un doble accionar normativo, una mirada generalizada de la corrupción y una desestimación de la confianza institucional (24).

Dentro de un servicio de salud, ejerce influencia el modelo médico hegemónico (MMH), éste instituye jerarquías de saberes, lógicas de trabajo formales o informales, normas explícitas o implícitas que se expresan en la organización del trabajo. Así parecería ser el saber médico el que goza de mayor prestigio en las instituciones biomédicas por sobre otro tipo de saberes (Menéndez, 2016) (25).

2.1 Perspectiva de género

El género, para Bronfman (2002) fue entendido como una construcción social que abarca tanto a hombres como mujeres y a sus relaciones; y éstas, a su vez, pueden llegar a poner en riesgo el bienestar de hombres y mujeres, y la inequidades entre ellos pueden afectar la salud. (26) Asimismo, para Esteban (2006) existe una fuerte naturalización del deber de cuidado hacia la mujer, y a su vez, la acción de cuidar se encuentra invisibilizada y no posee reconocimiento social, se encuentra *generizada*. Esto sucede porque el cuidado hacia un enfermo como trabajo es difícil de catalogar o reconocer. (27)

En el mismo sentido, Lamas (2000), expresa que el género asocia características que se atribuye a lo femenino y a lo masculino, en relación a las conductas y actividades, se asocian ideas, representaciones sociales y prácticas en función a la diferenciación sexual. (28)

Del mismo modo, en un trabajo realizado por Liliana Bergesio (2006) se exponen categorías dicotómicas que dan cuenta de una oposición asimétrica entre los sexos tales como naturaleza/cultura: ya que existe una asociación simbólica de las mujeres con la naturaleza, debido a sus funciones procreadoras y que a su vez las confinan a la esfera doméstica asignándole actividades compatibles en ese contexto y a los hombres en cambio, se los asocia con la cultura, ya que éstos realizan actividades que sobrepasan el ámbito doméstico, él es quien domina a la naturaleza y por ello a la esfera social y a las mujeres. Otra dicotomía es lo doméstico/público, donde las mujeres son absorbidas por las actividades domésticas a causa de su rol de madre, viéndose limitadas en actividades económicas y políticas, frente a los hombres que se encuentran libres para dedicarse a actividades políticas, militares o económicas. O el binomio reproducción/producción asociado con el binomio familia/trabajo, asociados a la mujer y al hombre respectivamente (29).

En el mismo sentido Valderrama Ponce (2006), expresa que las tareas relacionadas al cuidado de las personas son percibidas por las mujeres como una “obligación moral” y entendida como una “tarea natural”, reconoce socialmente que la tarea de cuidar es fundamentalmente femenina,

relacionadas con la socialización de mujeres y hombres y con la división de trabajo (acciones vinculadas al cuidado familiar de ancianos y enfermos) (30).

En efecto, existe un proceso histórico, un legado social y cultural que asocia o asigna a la mujer como proveedora de cuidados relacionados a la salud, y es así como observamos una fuerte tendencia a la feminización del personal hospitalario: En este sentido, encontramos que la mayoría del recurso humano dentro de las instituciones hospitalarias, lo constituye el personal de Enfermería y a su vez, si nos referimos a los orígenes de esta profesión encontramos que existe un pasado caracterizado por el rigor, la disciplina y las reglas, además de una preocupación por generar patrones de conducta para favorecer la construcción de un perfil que vincule relaciones de poder, sumisión y control, además de la existencia de una cuestión de género: Al ser una profesión mayoritariamente femenina, la sumisión era una característica común en las enfermeras de antaño. De acuerdo al patrón de Florence Nightingale, era muy valorado el rigor y la disciplina para desempeñar el trabajo con precisión y organización, generaba comportamientos estereotipados en las enfermeras. La obediencia, el servilismo y la disciplina caracterizaron al personal de Enfermería no solo en el plano asistencial, sino en la relación con el médico, la administración hospitalaria y el equipo de Enfermería. Todo esto contribuyó a lo largo de la historia, a la construcción del imaginario social de esta profesión. (31) Actualmente entre los enfermeros de rango superior, todavía existe la tendencia al autoritarismo y verticalismo hacia los subordinados, y esto favorece el incumplimiento de las normativas, además de provocar discusiones, situaciones de violencia y un mal clima laboral.

Asimismo Otros estudios dan cuenta que a pesar de existir una fuerte representatividad femenina en todas las especialidades, existen cuestiones de género respecto a la elección de una especialidad médica: Las elección femenina se encuentra orientada al cuidado de la salud de las mujeres o vinculado al rol de la maternidad y la elección masculina vinculado a la utilización de la fuerza física y asociado a especialidades tales como la emergentología y especialidad quirúrgica. (32)

En un mismo sentido, (Esteban, 2006), señala que desde una perspectiva de género, se intenta descubrir las naturalizaciones basadas en una mirada biologicista o esencialista del cuerpo humano, y en este mismo sentido Menéndez 1992, expresa que las estrategias y acciones desarrolladas por el Sector Salud, impulsadas por el Estado y por Organizaciones no Gubernamentales, se encuentran dirigidas casi exclusivamente hacia la mujer, siendo ésta el principal recurso utilizado de manera directa o indirecta para la salud. (27)

Según Cardaci (2006), mediante la incorporación de concepciones teóricas enfocadas en cuestiones de género se otorgará protagonismo a factores socioculturales y psicológicos desde las ciencias sociales al campo de la salud, y esto servirá para enriquecer con sustento teórico metodológico esta percepción que no se sustenta solo en el nivel biológico. (33)

Para Esteban (2006) si bien existe una expansión de estudios acerca de cuestiones de género, se ha observado en numerosas investigaciones una utilización confusa de este concepto, o muchas veces es errónea ya que se lo utiliza como equivalente a “mujer” o “sexo”, hablar de género implica un nivel de abstracción distinto, se alude a la jerarquización de espacios y funciones sociales y la diferenciación en el acceso al poder implícitas en las ideas, representaciones y prácticas de hombres y mujeres. Género vendría a ser cultura, lo que se construye socialmente. (27)

Respecto a estilos de liderazgo, estudios aseguran que existen diferencias respecto al género; las mujeres suelen ser más “participativas” y “democráticas”, persiguen el logro de la calidad antes que el triunfo, al parecer, los objetivos del liderazgo se basan en el “ser” a diferencia de los hombres que son más “directivos” y “autocráticos” y cuyo objetivo de liderazgo se basa en el “hacer”, en contrapartida, diversos investigadores tienen la concepción de que existen causas que problematizarían la llegada de las mujeres a los puestos jerárquicos: Incompatibilidad con rol reproductivo, las responsabilidades familiares: La maternidad observada desde el punto de vista económico y organizacional, significando un estado de invalidez y anti trabajo, o

estigmatizadas bajo la concepción de carencia de autoridad o de influencia (6),(32).

Asimismo, para Sauter, Murphy y Hurrell (2012), las mujeres poseen una carga de trabajo superior al de los hombres, considerando las labores domésticas, el cuidado de los hijos, etc., y esto tiene lugar en todos los niveles profesionales y en todas las edades (7)

2.2 Perspectiva de derecho

Se describirá la perspectiva de derecho relacionado a las cuestiones de género: (34)

Molyneux (2011) analiza la transición que incurrió América Latina en relación al avance respecto a los derechos de ciudadanía femeninos. Los movimientos sociales han enfatizado reformas para eliminar los privilegios masculinos y patriarcales de los códigos legales.

Los estudios que avanzaron paralelamente a las iniciativas de mujeres de todo el mundo orientadas a garantizar la igualdad de género en relación a política, derechos sociales y justicia, están referidos a 3 perspectivas a las que contribuyeron las teorías femeninas:

- La primera expresa que los códigos legales, en su mayoría presentan una predisposición contra las mujeres en términos de derechos.
- La segunda expresa una desigualdad en el tratamiento entre los sexos, denominando a las mujeres y niños como “ciudadanía de segunda clase” otorgándoles un estatus legal inferior, ya que predominan los privilegios y derechos masculinos, enuncia una división entre asuntos legales públicos y privados, y donde esta última esfera se deja “fuera de la justicia” (donde la violación conyugal y violencia doméstica hasta hace poco era conceptuado como de índole privado y familiar, y en casos agravados de violencia doméstica cuando existía una muerte, era subestimado y tenía un tratamiento y conceptualización de “crimen pasional”). Describe una falsa igualdad porque borra diferencias pertinentes (tales como el embarazo y el parto), al tratar a las mujeres

como hombres se pasa por alto la desigualdad de circunstancias y oportunidades, generando un efecto perverso de desigualdad a través de formas ocultas de discriminación. Las mujeres que abandonan el trabajo remunerado para dedicarse al cuidado de sus hijos sufren un “impuesto reproductivo” ya que acceden a una paga inferior y las posibilidades de ascenso y jubilación también son menores.

- La tercer perspectiva corresponde a la administración de justicia, el testimonio de las mujeres posee menor valor que el de los hombres y se ha evidenciado que en los tribunales se inclinan desfavorablemente hacia la mujer sobre todo en casos de delitos sexuales y conflictos domésticos (sometiendo a la mujer desde un lugar de víctima a victimaria, conceptuándola de provocadora en muchos casos).

En este mismo sentido, Malena Costa (2010) expone una crítica respecto a la aplicación sexista de las leyes ya que éstas actúan para mantener a las mujeres como responsables del cuidado de niños y ancianos sumiéndola y relegándola en el espacio doméstico y obstaculizando su desarrollo en el espacio político y por otro lado asegurar y resguardar el dominio de la esfera pública por parte de los varones. Describe una diferencia que caracteriza a mujeres y hombres; al parecer, las mujeres poseen mayor sentido de responsabilidad por el cuidado del otro, ya que en el proceso de socialización son incitadas a permanecer cerca de sus madres, desarrollando así una ética de la responsabilidad o del cuidado y la búsqueda por evitar daño, esto las lleva a considerar que un sistema de justicia femenino se centraría en las ideas de comunidad y solidaridad, privilegiando la conciliación sobre el litigio, mientras que a los varones se los estimula a separarse de sus madres, a actuar como seres independientes, utilizando un enfoque de los derechos aplicados por principios abstractos independientemente de las situaciones humanas y sociales concretas, carente de interés por el cuidado del otro, construyendo un sistema adversarial, característicamente masculino (35).

Otras desigualdades de género se encuentran plasmadas en ciertos estudios, autores tales como Maceira y Cejas (2010) y Pautassi, L. C. (2001), reconocen un proceso de feminización que tiene lugar en nuestro sector de salud

argentino, si bien la mujer ganó representatividad en dicho sector, muchas veces está asociado a la informalización y precarización del trabajo. (36)(37)

En igual sentido, ciertos estudios (Burin 2008, Gosálbez 2012) dan cuenta que en el área de salud existen desigualdades en relación al acceso de puestos de conducción, por parte de las mujeres (38) (39).

De igual modo, para Largade, M. (1996) las mujeres, junto a otros colectivos que, como tal, comparten las dificultades por el reconocimiento (homosexuales, pueblos indígenas, entre otros) han puesto en crisis la concepción de considerar desiguales a quienes solo son diferentes. Los movimientos sociales han enfatizado el reclamo por la equidad, la lucha por la paridad entre mujeres y hombres y el reconocimiento de que la desigualdad no es algo natural, sino una construcción. Actualmente existe una tendencia a criticar el orden patriarcal y modificarlo mediante mecanismos no opresivos, alternativas prácticas de vida que no se basen en el dominio ni en la enajenación y que se encuentren vinculadas a la construcción de derechos humanos de género (40).

Un estudio realizado por Angelina Dois Castellón (2012) expresa que existe evidencia internacional acerca de que una cuarta parte de la violencia vivenciada en el lugar de trabajo está dirigida a trabajadores del sector salud y de ellos, las enfermeras son las más susceptibles a experimentarlo. El hostigamiento se encuentra asociado a alteraciones físicas y verbales y a su incremento de licencias médicas. Los jefes directos son reconocidos como responsables de conductas hostigantes. A esto se suma una ausencia de una política de resolución de conflictos, mecanismos perversos de incentivos, ambientes laborales de alto estrés, liderazgos autoritarios y competitividad, falta de interés y apoyo por parte de los superiores, relación jefe-subordinado todo ello, se encuentran relacionadas con el hostigamiento laboral (41).

Del mismo modo, Fernández J M. (2005) introduce, a través de la obra de Bourdieu, el término de “violencia simbólica”, refiriéndose al modo de que la dominación masculina se ha impuesto y soportado, definiéndola como una violencia insensible, amortiguada e invisible para sus propias víctimas (42).

Respecto a situaciones de violencia o desigualdades que pudieran surgir, el Plan Estratégico Institucional del Htal Posadas (2014-2016) asegura garantías dentro de la institución mediante el funcionamiento de la Comisión de Igualdad de Oportunidades y Trato (CIOT), constituida por el Convenio Colectivo de Trabajo que permitiría evaluar y erradicar prácticas que generen discriminación o violencia en el trabajo, es decir, un espacio para la resolución de conflictos, que trate de fomentar espacios de dialogo, participación e intercambio que permitiría generar un mejor clima de trabajo (2).

Conforme fue expresado ut supra, el clima organizacional estaría estrechamente vinculado con el cumplimiento de la normativa y ésta con la forma en la que se organiza el trabajo en un contexto altamente feminizado, donde se podrían evidenciar diferencias en relación a cuestiones de género y de derecho que podrían o no ser influyentes en la dinámica laboral.

3- Marco normativo

El sistema de salud argentino se compone por tres subsectores: 1) el subsector público, integrado por los ministerios nacional y provincial, y hospitales y centros de salud públicos, de atención gratuita, destinados fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago, se financia mediante recursos fiscales y pagos adicionales de la seguridad social cuando atiende a sus afiliados; 2) el subsector de seguridad social, de carácter obligatorio para cualquier trabajador en relación de dependencia, y se organiza en torno a las obras sociales que aseguran el servicio a los trabajadores y sus familias, y 3) el subsector privado que se financia mediante el aporte de contribuciones de individuos y beneficiarios de las obras sociales y seguros privados (43)

En este marco normativo, el Ministerio de Salud de la nación, establece mediante la Resolución 428/2001, la norma de organización y funcionamiento de los servicios de guardia de atención de pacientes adultos y pediátricos. Considerando:

1) Planta física, 2) El equipamiento, 3) El recurso humano y 4) Normas de funcionamiento:

1) Planta física: Debe poseer un sector de admisión de pacientes. Los pacientes pueden ser ambulatorios o de internación, los pacientes ambulatorios son aquellos quienes consultan por una patología aguda o crónica reagudizada y que concurre al nosocomio por sus propios medios o mediante traslado. Las consultas que evacúa la guardia son de urgencia y no programadas.

El paciente que se interna lo hace por decisión del médico que lo asiste ambulatoriamente o por derivación de otra institución. Esta internación puede hacerse de acuerdo a la gravedad que el paciente presente en tres niveles: Observación; Hospitalizado de emergencia; Hospitalizado de urgencia. La observación es una internación transitoria, hasta las seis horas. A partir de allí se decide su alta, su derivación o su pase a hospitalización.

Esta internación puede ser de dos tipos: a) de emergencia. b) de urgencia

a) de emergencia: pacientes críticos con inminencia de muerte. Se debe disponer de una sala de reanimación o Shock Room. El destino posterior es unidad de cuidados intensivos (UTI-UCO), quirófano, morgue. b) de urgencia: Para el paciente que ingresa con una patología aguda de moderada o severa gravedad pero sin muerte inminente por la misma. Se denomina hospitalización de guardia. Su destino posterior es unidades de cuidados intensivos, (UTI-UCO), quirófano, internación general a cargo de los distintos servicios.

3.- Recursos humanos:

- Jefe de guardia de día: Cirujano con experiencia en politraumatismos. Con residencia completa o cinco años de recibido.
- Médicos auxiliares: De acuerdo al hospital debe contarse con uno o dos médicos auxiliares del jefe de guardia pudiendo ser estos clínicos o cirujanos, residencia completa con experiencia en medicina de urgencia y atención del politraumatizado agudo.
- Además deberá contar con traumatólogos, anestesiólogos, pediatras (con residencia completa o 5 años de experiencia y con dedicación a urgencia y emergencias), ginecobstetra, cardiólogo, y otros médicos: Endoscopista, Neurocirujano, oftalmólogo, neonatólogo, urólogo, salud mental, etc.

- Enfermería: Encargada, jefa o coordinadora. Perfil: Enfermera de nivel superior. Deberá contarse por turno con una Enfermera cada 6 camas. Mucamas: 1 cada 12 camas.

Además el equipo debe ser integrado por camilleros, técnicos en hemoterapia, técnico en laboratorio, técnico en diagnóstico por imágenes, personal de mantenimiento y personal de seguridad.

4) Normas de funcionamiento:

El servicio de guardia debe poseer:

Registros e historias clínicas de guardia, libros de guardia foliados, normas de atención del politraumatizado de urgencia, normas de control de infecciones, normas de derivación de referencia y contrarreferencia, normas de atención de urgencia HIV-SIDA, manual de procedimientos técnicos-administrativos (recepción , altas , traslados, denuncia policiales, denuncia obligatoria a autoridad sanitaria, estadística, censos, etc.) (44)

Asimismo, el citado ministerio aprueba la Resolución 609/2004, referido a las Normas de Organización y funcionamiento de Servicios de Pediatría incorporándose al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la atención médica, elaborado con la participación de las siguientes entidades: SAP (Sociedad Argentina de Pediatría), Hospital de niños Dr. R. Gutiérrez, Hospital de Pediatría "Prof. J. P. Garrahan" y Hospital Nacional "Profesor Alejandro Posadas". En dicho documento se detallan los derechos de los niños y adolescentes internados y en la atención ambulatoria y establece además la categorización por niveles de riesgo de los Establecimientos Asistenciales con Internación, definidos por el citado organismo en la Res. Sec. N° 282/94, basada en la factibilidad de resolución de los riesgos de enfermar y morir del ser humano y no en la complejidad de los recursos disponibles: Nivel I: Bajo riesgo, Nivel II: Mediano riesgo, Nivel III: Alto riesgo. Y se describen los requerimientos mínimos en cada nivel respecto a: La planta física, equipamiento tecnológico, recurso humano y marco normativo de funcionamiento (45).

Por otra parte, dentro de un mismo servicio existen profesionales que encuentran regulada su actividad profesional por diferentes leyes o resoluciones. Así, las enfermeras encuentran regulada su actividad por la ley nacional 24.004, la ley provincial 12.245 y la municipal 298, o por ejemplo, acuerdo a la Resolución Ministerial N° 404 del 2008, teniendo en cuenta lo dispuesto por la Ley 17.132 /1967, se establecen las reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración de las mismas que realizan actividad profesional en el ámbito de Capital Federal o en organismos o instituciones pertenecientes al estado nacional, distinguiéndose: (46)

A- Profesionales: Médicos, odontólogos, farmacéuticos, psicólogos, bioquímicos, análisis Clínicos

B- Actividades de colaboración: Kinesiólogos, enfermeros, fonoaudiólogos Lic. en nutrición, obstetras, podólogos, instrumentador de cirugía, terapeuta ocupacional, citotécnico, técnico óptica, técnico en hemoterapia, técnico en prótesis dentales, técnico en hematología, técnico en ortesis y prótesis, técnico en industria de alimentos, técnico en prácticas cardiológicas, licenciada en producción de bioimágenes.

C- Auxiliares: Auxiliar de anestesia, auxiliares de enfermería, auxiliar de laboratorio, auxiliar de radiología.

De estas normativas/legislaciones surgen una serie de conductas y comportamientos esperados y deseados de los profesionales, sus habilidades, competencias e injerencias, como así también sus limitaciones en el ejercicio profesional. El incumplimiento de la misma puede resultar no sólo sanciones administrativas, sino civiles e incluso responsabilidad penal.

Las exigencias normativas de la organización algunas veces pueden constituirse en fuente de violación de la normativa que regula la actividad profesional, por cuanto prescribe determinadas conductas que deben realizar profesionales cuya injerencia profesional no lo habilita a ello. Sin embargo el desconocimiento de la normativa aplicable a cada caso resulta fuente de dudas y ambigüedades.

Algunas preguntas que guiarán esta investigación:

De todo lo expuesto resulta necesario entender el clima organizacional y aquellos factores que obstaculizan y/o facilitan la implementación de normas en el personal de salud de la guardia pediátrica del Hospital Posadas. Por lo que surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuál es el clima organizacional en el servicio referido?; ¿Cómo influye la organización del trabajo en el cumplimiento e implementación de normas?; ¿Qué hace que la normativa sea aplicada o no en los procesos de trabajo?; ¿Qué factores contribuyen a la implementación de normas y cuales actúan como obstáculos a la misma?; El perfil del personal de salud y la distribución por turnos, tienen influencia en la implementación de las normativas?, ¿Existen cuestiones de género y de derecho que influyen en el clima laboral?

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Analizar el clima organizacional y factores que obstaculizan y/o facilitan la implementación de normas en el personal de salud de la guardia de pediatría del Htal. Prof. Dr. A. Posadas, durante el primer trimestre de 2017, desde una perspectiva de género y derecho.

4.2 Objetivos específicos

1- Describir el perfil sociodemográfico del personal del servicio de la guardia pediátrica: Edad, sexo, ocupación, antigüedad en el puesto, cantidad de horas totales que trabaja semanalmente, existencia de pluriempleo, modalidad de contratación, concurso del cargo y turno laboral.

2- Caracterizar el clima organizacional del servicio en cuanto a los factores organizacionales y factores personales o individuales que reconoce el personal de salud.

3- Identificar y describir factores de la organización que obstaculizan y/o facilitan la implementación de normas del personal de salud según turno laboral y ocupación.

4- Analizar se existen cuestiones de género que ejercen influencia en el clima laboral y en la dinámica profesional.

5. Diseño metodológico

a) Tipo de estudio y diseño

Se realizó un tipo de estudio descriptivo, ya que se busca describir el perfil de los sujetos, además de contextualizar y explicar las situaciones que acontecen en el ámbito de la investigación (47), observacional, ya que el observador observa o mide, pero no actúa ni interviene (48), de diseño no experimental (49), transversal (50). En la investigación se utilizó una metodología cuantitativa porque se requiere cuantificar ciertas variables; tales como edad, antigüedad en el puesto y horas de trabajo semanales.

Asimismo, se utilizará además una metodología cualitativa debido a la naturaleza del problema a investigar, pues permite comprender la opinión de los diferentes actores respecto de la organización del servicio y como diversos factores influyen en las conductas y proceder antes las normas, permitirá, explorar, descubrir y observar los fenómenos en forma holística, involucrar a los entrevistados como participantes activos, más que como población objetivo, buscando una comprensión profunda de la problemática (51).

b) Recolección de datos: Descripción del instrumento

Se realizaron 21 entrevistas semi-estructuradas como técnica para la recolección de información, las que fueron tomadas directamente y de manera individual a cada uno de los trabajadores seleccionados en la muestra. Según Alonso (1999) expresa que mediante este proceso comunicativo se obtendrá información de cada uno de los entrevistados de acuerdo a los acontecimientos vividos y diferentes concepciones de los mismos (52).

Se realizaron una serie de preguntas abiertas, formuladas en un orden específico y se obtuvo la percepción de los entrevistados sobre determinados aspectos de interés. Los ejes de las preguntas están elaborados y adaptados en base al instrumento aplicado y elaborado por la Dra. Alina María Segredo Pérez, en su trabajo “Clima organizacional en la gestión del cambio para el desarrollo de la organización” (2013), se utilizaron las variables liderazgo, motivación y comunicación.

Perfil del personal de salud de la guardia pediátrica:

1er eje: La construcción de la primera dimensión se centra en la descripción del perfil sociodemográfico del personal de la guardia pediátrica. Para ello se definen las siguientes categorías con sus respectivas variables: Edad, sexo, ocupación, antigüedad en el puesto, cantidad de horas totales que trabaja semanalmente, existencia de pluriempleo, modalidad de contratación, existencia de concurso del cargo y turno laboral.

2do eje: Se indagará acerca de diferentes categorías que se desprenden de la dimensión clima organizacional: Por un lado se intentará describir las características del servicio en cuanto a los Factores organizacionales: (Normas de servicio: Conocimiento del personal, disponibilidad, aplicabilidad, características, comunicación, mecanismos, utilidad, cumplimiento e incumplimiento, variación respecto de los turnos laborales, claridad, opiniones y reflexiones. Sección de 8 preguntas cerradas respecto al reconocimiento de conductas informales dentro de la organización. Motivación o presencia de incentivos: Existencia de un plan de carrera, plan de capacitación permanente. Conducta de las autoridades: Sistema de evaluación de desempeño, rotación del personal, opiniones, existencia de castigos. Resolución de conflictos: Canalización de los mismos. Conformidad con el uso de recurso material, equipamiento: Tipo de gestión, suficiencia, calidad, disponibilidad, opiniones respecto al material y equipamiento y además, la descripción de Factores personales/individuales: El instrumento pretenderá describir la opinión del personal de salud respecto a las relaciones interpersonales: Trato entre pares y con otras profesiones, relaciones. Trato con los superiores inmediatos: Tipo de liderazgo percibido, trato con los subordinados, relaciones, conformidad acerca

del proceso de planificación de tareas, resolución de conflictos, gestión y la distribución del personal en el servicio realizadas por el jefe/referente de turno y con otros superiores, existencia o no de trato diferencial o situaciones de maltrato. El tipo de comunicación entre pares, con otras profesiones y superiores jerárquicos.

Se indagará acerca de cuáles de todos los temas expuestos representan, de acuerdo a su criterio, factores obstaculizadores o facilitadores de la implementación de las normas.

Al finalizar, se invitará al entrevistado a exponer comentarios, aportes o consideraciones sobre ciertos aspectos que no han sido expresados durante la entrevista y representen relevancia, si así lo considerara.

La información obtenida será transcrita para ser sometida a un posterior análisis y para no incurrir con el sesgo de deseabilidad de la respuesta del entrevistado, es decir, la necesidad de obtener aprobación a través de respuestas socialmente apropiadas y aceptables (53)

Registro de Observación participante:

Al mismo tiempo se realizará el registro de observación participante, a través de la guía de observación (Anexo 12.4), que, de acuerdo a Russell Bernard (1995), es una metodología que busca profundizar el acercamiento hacia las personas permitiendo recabar información acerca de sus vidas utilizando las técnicas de observación y registro dentro de un ambiente tranquilo, apacible (54), mediante el análisis de ambos métodos se efectuarán las inferencias respectivas.

Para asegurar la confidencialidad de la información cada profesión será identificada con la letra inicial y un número correlativo dentro de la misma profesión u ocupación, Pediatra: Ped1; Enfermero: Enf1.

El presente plan de tesis será evaluado por los jefes de servicio de guardia pediátrica y será sometido a dictamen por parte del comité de Docencia e Investigación y por el comité de bioética del Hospital Prof. Dr. A. Posadas, una

vez aprobadas dichas instancias de evaluación y autorización se podrá comenzar con la recolección de datos en el citado servicio.

c) Población

La población de esta investigación estará conformada por el personal de salud de la guardia pediátrica de todos los turnos, se entiende como personal de salud a los profesionales y no profesionales que integran el equipo de la guardia pediátrica. Se considerarán a los enfermeros o licenciados en enfermería, pediatras, ayudantes de enfermería, administrativos y personal jerárquico de dichas profesiones u oficios, para lo cual se realizará una muestra intencional teniendo en cuenta la profesión, oficio y turno.

d) Muestra

Los sujetos serán seleccionados mediante una muestra intencional o no probabilística, que, según Sabino (1992), elije a sus unidades no en forma accidental sino completamente arbitraria escogiendo a cada unidad según características que para el investigador resulten de relevancia (55), en este caso se seleccionarán informantes clave de cada una de las ocupaciones/profesiones por cada turno laboral y además se incorporará al personal jerárquico por cada profesión/ocupación, dichos informantes clave, por mecanismo de bola de nieve favorecerán el contacto con otras personas y se entrevistará hasta que se sature la muestra.

e) La unidad de análisis

Será cada uno de los integrantes del equipo de salud de la guardia pediátrica, seleccionados por la muestra intencional, siendo fuente primaria de obtención de datos. Todos los participantes serán voluntarios, que deberán prestar consentimiento informado. (Anexo 12.2)

f) Operacionalización de las variables y categorías

Perfil del personal de salud de la guardia pediátrica: Se comenzará indagando acerca del perfil sociodemográfico del personal de salud de la guardia de pediatría. Para ello se definen las siguientes categorías: Edad, sexo, ocupación, antigüedad en el puesto, cantidad de horas totales que trabaja semanalmente, existencia de pluriempleo, modalidad de contratación, concurso del cargo y turno laboral.

La segunda dimensión: Factores que obstaculizan y/o facilitan la implementación de normas de la organización del servicio, se desarrolló en base a construcción teórica de la dimensión en: Clima organizacional: Intentará describir las características del servicio en cuanto a los Factores organizacionales: Preguntas respecto de las normas de servicio, motivación o presencia de incentivos, conducta de las autoridades, resolución de conflictos, conformidad con el uso de recurso material, equipamiento y además, la descripción de Factores personales/individuales: El instrumento pretenderá describir la opinión del personal de salud respecto a las relaciones interpersonales: Trato entre pares y con otras profesiones y con los superiores inmediatos. Conformidad acerca de la planificación de tareas, resolución de conflictos, gestión y la distribución del personal en el servicio realizadas por el jefe/referente de turno u otros superiores. El tipo de comunicación entre pares, con otras profesiones y superiores. Se indagará acerca de cuáles de todos los temas expuestos representan, de acuerdo a su criterio, factores obstaculizadores o facilitadores de la implementación de las normas. (Anexo 12.5).

g) Descripción del ámbito de estudio

La guardia pediátrica es un servicio que está disponible las 24 hs del día. Está destinada a la atención de pacientes pediátricos de hasta 14 años de edad con requerimiento de atención de urgencia o emergencia. Los días hábiles, en el horario de 8 a 20 hs se encuentra disponible dentro del servicio el ADE (Consultorios de Atención de demanda espontánea) destinado a la consulta de patologías consideradas de bajo riesgo.

El personal jerárquico de enfermería y médicos se encuentra solo durante el turno mañana, quedando referentes en los turnos restantes. Respecto al recurso humano, se encuentran disponibles entre 4 a 6 médicos durante los turnos mañana-tarde y un promedio de 4 médicos para el turno noche y sábados, domingos y feriados. El personal de enfermería es aproximadamente de 8 a 12 agentes por turno. Los ayudantes de enfermería de 4 a 6 y el personal administrativo 1 o 2 por turno. La gran mayoría del personal se encuentra contratado de larga data, y parte de los médicos son monotributistas. Solo una minoría pertenece a la planta permanente del hospital.

h) Selección de técnicas y plan de análisis

Las variables cuantitativas serán analizadas a través del análisis epidemiológico de las frecuencias y valores absolutos.

Las variables cualitativas serán interpretadas de acuerdo con los conceptos descriptos en el marco conceptual, la información recolectada a partir de las entrevistas será analizada por medio de la técnica de análisis temático, que, de acuerdo a Braun y Clark (2006) se podrán identificar conceptos frecuentes que determinen estructuras de relevancia y modelos de comportamiento entre los sujetos, este tipo de análisis es recomendable para estudiar la calidad de vida en diversos contextos y poblaciones (56) y también se analizará a la luz de los datos obtenidos a través de la guía de observación participante (Anexo 12.4). Se realizará durante el primer trimestre de 2017.

6. Aspectos éticos de la investigación

El proyecto de investigación fue presentado ante los integrantes del Comité de bioética del Hospital Prof. Dr. Alejandro Posadas, para ser sometido a su análisis y posterior aprobación.

De esta manera el plan de tesis fue evaluado metodológicamente por el Comité de Docencia e Investigación y por el comité de bioética del Htal. Prof. Dr. A Posadas y fue aprobado en ambas instancias, en fecha 10 de marzo de 2017 (Ver anexo 12.1).

Además de firmar el consentimiento informado, los entrevistados fueron informados que se procedía a grabar las entrevistas con un dispositivo electrónico, y se aseguró que se respetaría la confidencialidad de los mismos así como también los datos que aporten, pudiendo abandonar el estudio en cualquier momento que lo crean conveniente, sin ningún tipo de consecuencias. Tal como lo establece la Convención de Helsinki para investigaciones en salud.

7. Plan de ejecución de la investigación

7.1 Plan de entrada al terreno

Se accedió al servicio de guardia pediátrica durante el primer trimestre de 2017 y se realizaron las entrevistas semi-estructuradas y se utilizó la observación participante de acuerdo a la metodología propuesta.

7.2 Recursos disponibles

Recurso humano: La investigación se llevó a cabo por la autora, respetando los objetivos propuestos inicialmente.

Recursos económicos y físicos: Propios.

7.3 Cronograma

Se cumplió con el cronograma establecido para realizar la investigación y con los tiempos administrativos reglamentarios en la Maestría de Gestión de servicios y sistemas de salud.

Actividades	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Profundización del marco teórico	X	X	X	X	X	
Construcción de los instrumentos para la entrevista	X					
Prueba Piloto	X					
Relevamiento de datos (Desgrabar entrevistas)		X	X	X		
Procesamiento de datos (Desgrabar entrevistas)			X	X	X	
Análisis de datos				X	X	X
Presentación de informe final						X

8. Resultados esperados y sus implicancias para el diseño, monitoreo y/o evaluación de políticas de programas de salud

Mediante la información que se obtendrá en la presente investigación, se espera poder generar conocimiento acerca de los motivos por los cuales los trabajadores adhieren o no al cumplimiento de las normas y de este modo, poder establecer propuestas para mejorar el clima organizacional del servicio, además se podrán establecer sugerencias y recomendaciones que aspiren a sensibilizar al personal para lograr adherencia a las normativas mediante la revisión y autoevaluación de la práctica diaria, asegurando una atención de calidad. Comenzar a trabajar en generar un cambio cultural, donde detectar el error implique corregirlo y evitarlo, no necesariamente sancionarlo.

9. Presentación de resultados

9.1. Descripción del perfil sociodemográfico del personal de la Guardia Pediátrica

Cabe señalar, que se ha dado cumplimiento al primer objetivo propuesto en el presente trabajo, es decir, describir el perfil sociodemográfico del personal del servicio de la guardia pediátrica del Hospital Prof. Dr. A. Posadas, en términos de edad, sexo, ocupación, antigüedad en el puesto, cantidad de horas totales que trabaja semanalmente, existencia de pluriempleo, modalidad de contratación, concurso del cargo y turno laboral, conforme surge del Anexo 12.5

Respecto de las entrevistas realizadas al personal, se puede expresar que:

El rango etario de los encuestados es de 22 a 62 años y la antigüedad en el puesto data entre 1 y 15 años.

Se observa una población altamente feminizada sobre todo en el personal de enfermería y pediatras, un tercio de los entrevistados son masculinos; éstos resultados, sumados a la situación de irregularidad laboral corroboraría lo expresado en los estudios de Maceira y Cejas (2010) y Pautassi, L. C. (2001), respecto a que si bien la mujer ganó representatividad en nuestro sector de salud argentino, muchas veces, y como se puede comprobar en el presente estudio, está asociado a la informalización y precarización del trabajo (36) (37), y además, habría que destacar que de acuerdo al estudio de Sauter, Murphy y Hurrell (2012), las mujeres poseen una carga de trabajo superior al de los hombres, considerando las labores domésticas, el cuidado de los hijos, etc., y esto tiene lugar en todos los niveles profesionales y en todas las edades (7)

Se entrevistó a 7 enfermeros, 6 ayudantes de enfermería, 3 administrativos, 1 pediatra, un grupo de pediatras y 3 jerárquicos de enfermería. Se seleccionaron agentes de todos los turno laborales. El rango de antigüedad que poseen en el puesto de trabajo es entre 1 a 15 años. La mayoría de los entrevistados trabajan más de 36 hs semanales, es decir, poseen un trabajo y realizan horas extras, o poseen 2 trabajos; en este grupo se encuentra personal femenino

Se puede observar que casi la totalidad del personal entrevistado se encuentra contratado, sola una de ellas es personal de planta permanente.

En relación a los médicos, esta tendencia es semejante, la gran mayoría son contratados, la minoría pertenece a la planta permanente del hospital, pero además existe otro tipo de modalidad laboral, que tiene lugar solo en estos profesionales, es decir, los monotributistas.

Hay que aclarar que dentro de los contratos se encuentra el contrato Posadas, contrato 48 SINEP y el contrato con resolución 1133.

La constitución nacional contempla que por igual tarea, igual remuneración, esto surge también por la ley de contrato de trabajo, existe personal que por igual tarea cobra diferente salario, al ser monotributista no poseen aguinaldo, vacaciones, asignaciones familiares, ni otros derechos laborales.

La mayoría de los encuestados no concursó para el cargo, los jerárquicos de enfermería revisten la misma condición.

1.1. Fragmentación y desorganización de la información

Aclaración preliminar: Cabe señalar que si bien se obtuvo información relevante sobre el perfil sociodemográfico del personal de salud, la misma no se encuentra disponible y sistematizada en un solo lugar, servicio ni dirección. La información sobre el recurso humano se encuentra fragmentada por servicios, por ocupación o profesión.

Sin perjuicio de ello, se fue realizando un recorrido institucional a fin de obtener la mayor cantidad de información válida posible y de fuente confiable.

De la entrevista a la Jefa de Recursos Humanos surge que los datos acerca de la información sociodemográfica que se le solicitó (Cantidad de personal del servicio, distribución de acuerdo a profesiones/ocupaciones, nivel de escolaridad, etc.), se podría obtener en la oficina de dotación. De la entrevista al secretario de ese servicio expresó que:

“No tengo muchos datos de cada persona, pero de acuerdo a la profesión/ocupación se sabe a qué departamento depende, es decir,

todos los datos del departamento de Enfermería lo administra ese servicio, y a mí no me aclara en donde Enfermería les asignó tareas, respecto a los datos sobre nivel de estudio son comunicados por Oficina de Legajos, pero muchas veces tampoco informan todo, por eso están llamando a notificarse”, agrega “No se sabe ni cuantos contratos hay”.

Cabe destacar, que aproximadamente hace de 2 años la oficina de personal se subdividió en varios servicios y en ocasiones no queda claro la función de cada uno de ellos, muchas veces la información que se brinda es confusa. Al parecer se está trabajando en una base de datos que reúna los datos de cada trabajador en forma más íntegra.

1.1.a) Inaccessibilidad de información de los agentes administrativos:

Se accedió a dialogar con el personal administrativo de la guardia pediátrica y expresaron que la información respecto a los datos sociodemográficos de dicho personal lo registraba el servicio de Coordinación de emergencia , allí el personal se negó a dar datos, informaron que la distribución de los administrativos se podía deducir a simple vista, y de manera despectiva continuó diciendo que la distribución es de un administrativo por turno, que se rotan a la guardia de adultos y la distribución por género es depende de cómo se distribuyen los agentes, la relación mujer-hombre es de 4 a 2.

1.1.b) Información fragmenta e incompleta en relación a la dotación del personal de enfermería (acerca de enfermeros y ayudantes de enfermería):

Existe un registro muy deficiente acerca de la información sociodemográfica que brindó el personal por parte de cada profesión/ocupación, solo pudieron proporcionar información acerca de la cantidad de personal por turno y el sexo. No existen datos acerca de las edades, la capacitación, existencia de pluriempleo, modalidad de contratación, se accedieron a dichos datos solo a través de las entrevistas personalizadas que se efectuaron.

1.1.c) Información de médicos pediatras: Irregularidad, precariedad de la modalidad de contratación:

Respecto a los datos sociodemográficos, no se pudo obtener una entrevista con el coordinador médico del servicio.

Como se expresó más arriba, se encontró que la modalidad de contratación de la mayoría del personal de salud es irregular, precaria, lo cual afecta derechos de raigambre constitucional, se niega la posibilidad de tener un empleo estable, ser empleado público, en los términos prescriptos por la ley. El estado aparece contratando con una modalidad totalmente irregular, que se ha naturalizado con los años fruto de la aplicación de medidas neoliberales al sector salud en particular, como se dijo anteriormente se encontró solo un jerárquico perteneciente a la planta permanente del hospital. Muchos agentes revisten un promedio de 15 años contratado sin que se regularice su situación.

Asimismo, los pediatras reconocen que muchos de sus colegas trabajan bajo el régimen de monotributo, y esta tendencia también existe en otros servicios, otro problema que exponen es que el plantel de pediatras (contratados, planta permanente y demás) no tienen reemplazo en caso de enfermedad, vacaciones o licencias, exponen que no existe un sistema de cobertura o reemplazo, entonces el hospital convoca a los residentes que cubren esos puestos “monotributando” esas guardias. Así una entrevistada expresó:

“Esto constituye una forma totalmente irregular porque yo lo he hecho y he estado 3 o 4 meses sin cobrar y de hecho les pasa a mis compañeros ahora, esta es una modalidad que la acepta así el que monotributa pero el tema del cobro es bastante complicado y además no les exigen muchas cosas que sí les exigen al contratado” (Ped2)

En relación a esta cuestión de la ausencia de reemplazos, expresa:

“De por sí no estamos cuidados, en muchos sentidos, es un gran problema, que es histórico en realidad en este hospital, esto pasa en la mayoría de los lugares en donde he trabajado, no hay un sistema lógico

creado para que se pueda hacer de otra manera o nadie se sentó a pensar algo distinto” (Ped2)

Esta opinión ilustra el clima laboral que se genera a partir de una modalidad de contratación que no contempla los derechos de los trabajadores.

La situación se agrava en relación por ejemplo al no otorgamiento para los monotributistas contratados en el servicio en el caso de ser mujer, ya que por ejemplo el embarazo, y el derecho a la licencia no se respetan, implicando en la práctica no sólo la pérdida de éste derecho, sino también de la fuente misma de trabajo. Esta situación se encuentra naturalizada en todo el personal de salud. Esto genera una situación de discriminación en términos de género incompatible con el plexo normativo actual y las obligaciones, nacionales y supranacionales asumidas por el Estado.

9.2 Clima organizacional: Factores personales y organizacionales

En este apartado se caracterizará el clima organizacional del servicio de guardia pediátrica del Htal Prof. Dr. A. Posadas en cuanto a los factores organizacionales y factores personales o individuales que reconoce el personal de salud.

Se describirá el clima organizacional del citado servicio, de acuerdo a lo propuesto por Brow (1991), es decir, la apreciación que posee un grupo de sujetos acerca de su entorno o ambiente laboral en relación a las cuestiones organizativas, como ser prácticas comunicacionales, estilo de supervisión, políticas organizacionales, calidad de capacitación, relaciones laborales, procedimientos administrativos, ambiente laboral en general.

1.1.) Anomia en el personal de salud:

Se entiende por anomia, según lo expuesto por Nino (2005), no solo a la ausencia de normas, sino además hace alusión a una cierta tendencia a evadirlas. Las normas se proclaman pero no se cumplen o sólo en parte. (23)

Así, gran parte de los entrevistados concibe una visión anómica del servicio, éstos expresaron:

“No hay normas” (Enf1), (Ad 1), (Enf4), (Ad3), (AyE3), (Enf6)

“Nunca me presentaron normas de servicio” (Ped2)

“En realidad, una normativa formal nunca vi” (Enf5)

“No existen normativas escritas, lo que sabemos es de boca en boca” (Ped1)

“No conozco normas formales escritas (AyE6)”

Respecto de la opinión de los jerárquicos:

De la concepción de normas por parte del personal jerárquico, se evidencia un discurso políticamente correcto, que responde al deber ser, pero finalmente reconocen la ausencia de normativas de servicio que se encuentren a disposición de los trabajadores, ya que nunca se han elaborado, comunicado e implementado de manera uniforme en los diferentes turnos y días:

“Se debe normatizar consensuando con todo el personal” (Jenf1)

Se evidenciaron fragmentaciones en ciertos relatos:

“Las normas de servicio se deberían elaborar con el consenso de todo el personal para lograr un lineamiento de trabajo en equipo: Médicos y enfermeros” (Jenf3)

En otros casos expusieron:

“Tengo entendido de que están, estaban actualizándolas” (Jenf2)

1.2) Presencia de normativas implícitas en el personal:

Mientras otros agentes reconocieron como norma aquellas tareas que le son propias de acuerdo a la profesión u ocupación que desempeñan, en el último caso se trata de tareas que se han transmitido por compañeros más antiguos o personal jerárquico mediante comunicación verbal o se encuentran escritas

improvisadamente en la pared y se internalizan como norma implícita, así expresaron:

“Yo aplico las normas implícitas, los que uno trae como producto del aprendizaje académico, o de la experiencia tal vez” (Enf 2)

“Lo que sé, es producto de mis estudios y por los conocimientos que se van adquiriendo en la práctica” (Enf 4)

“Las normas que se utilizan son las básicas: Horario de ingreso y egreso, la atención al paciente (...)” (Enf 2), (Enf7), (Ad2), (AyE2)

“Conozco las tareas del ayudante, lo que debemos hacer” (AyE1), (AyE4), (AyE5), (AyE6)

“Tenemos un papel pegado con nuestras tareas” (AyE4), (AyE5)

Es decir, si bien los entrevistados no reconocen normas de servicio, porque no se encuentran elaboradas por la institución, o si existen, no la conocen, o si la conocen no la aplican, cada profesión/ocupación, desempeña su actividad profesional respetando ciertas normativas de acuerdo a la capacitación académica que ha recibido durante la carrera terciaria/universitaria, su capacidad de apropiación, las habilidades y competencias incorporadas mediante capacitaciones posteriores o en el caso de administrativos o ayudantes, que le han transmitido otros compañeros más antiguos o personal jerárquico.

Asimismo, de acuerdo a lo que afirman, llevan a cabo el cumplimiento de diversas normas de bioseguridad: (Lavado de manos, cumplimiento de medidas de aislamiento, técnicas estériles, manejo de material biológico, etc.), u otras normativas implícitas tales como el cumplimiento del horario de ingreso/egreso a la institución, tipo de uniforme a utilizar o ciertas condiciones que se deben cumplir (pelo recogido, calzado cerrado, etc.). La mayoría de los entrevistados coincidieron en que cumplen ciertas normas pero desconocen la existencia o formulación de la misma de manera explícita.

A su vez varios profesionales reconocieron las limitaciones que la formación profesional tiene para las prácticas diarias. Con lo cual terminan aplicando “lo que pueden”, que no siempre coincide con lo que espera la institución, ni lo que establece la profesión de base. Agravándose esta situación a causa de una ineficaz capacitación continua, ausencia de espacios para discusión de casos y diferencias en los modos de trabajo.

De manera uniforme, respondieron que las normas de servicio no están disponibles, no elaboran normas y no las implementan. Así, por ejemplo uno de los jerárquicos expresó:

“Yo no sé por qué este hospital se caracteriza por no poder hacer normas en cada servicio y que el personal realmente lo lleve a cabo”
(Jenf1).

1.3) Ambigüedad en el rol:

Las respuestas de los entrevistados señalan que ante la existencia de dudas respecto a la realización de una práctica los enfermeros, ayudantes de enfermería y administrativos consultan de manera diferenciada, de acuerdo a lo que consideran más correcto. Así, expresan:

“Se consulta al referente de turno, o a quien corresponda, respectivamente, de acuerdo a cual sea el interrogante” (AyE1), (Ad1)

“Se consulta en los libros de enfermería” (Enf7)

“Se habla con el jefe o con el referente” (Ad3)

“No tengo ningún lugar para evacuar las dudas respecto de mi trabajo” (AyE6)

De las entrevistas surge que se da un fenómeno que según Sauter, Murphy y Hurrell (2012) lo definen como “ambigüedad de rol”, es decir, una vez que un individuo ingresa a trabajar a una institución, debe tener claro su rol y como realizar sus tareas, a veces esto no ocurre y puede deberse a una deficiente comunicación entre los supervisores y los subordinados o entre los miembros

del grupo de trabajo, por ello, se deben pensar en estrategias para transmitir de una forma más eficaz las exigencias del puesto y definir explícitamente el rol del trabajador (7).

1.4) Variación de la organización del trabajo en el turno laboral y elaboración de estrategias para la unificación de criterios:

Cabe destacar, que gran parte de los entrevistados reconoce variaciones en el mismo turno laboral, así expresaron que:

“Las normativas/disposiciones y la modalidad de trabajo difiere en el mismo turno laboral, a causa de que “No hay normas” (Enf 1), (AyE2), (AyE3), (Ad1), (Ad3)

“Hay variación de las tareas porque existen normas poco claras y traen problemas” (AyE1)

“La gente aprovecha el hecho de que las normas no son claras y las acomoda a sus necesidades y conveniencia” (Enf2)

“Existe variación porque no solo no hay normas en el servicio, tampoco las hay en la institución” (AyE3)

“La dinámica de trabajo depende de cada equipo de médicos, de acuerdo al día, algunos quieren que repartas números para que exista un orden, otros médicos hacen triage, otros quieren que anotemos a todos los pacientes, ni siquiera la gente que consulta entiende la dinámica y se debiera trabajar de una sola manera” (Ad1)

En efecto, a raíz de esto, se trata de consensuar la organización del trabajo y trabajar con un mismo criterio:

“Imparto mis propias normas, primero es la atención a los niños” (Enf4)

“Cada uno tiene estipulado lo que debe hacer” (Enf3),

“Cada uno armó su librito, porque no existe un libro general” (Ad3)

“Más o menos trabajamos de la misma forma” (AyE6)

Pero ello depende más de la coordinación de los trabajadores que de una propuesta desde la organización del trabajo, no se encuentra estandarizada las intervenciones de los profesionales, no existen o no se conocen, ni aplican protocolos de atención.

1.5) Variación de la organización en cada turno laboral, características organizativas:

La mayoría de los entrevistados expresaron que la aplicación o no de la normativa difiere en los turnos, si bien tal como surge del registro de observación participante, la dinámica de trabajo se torna diferente, porque el flujo de pacientes y modalidad de trabajo varía naturalmente del turno mañana comparado con el turno tarde, noche o turno SaDoFe (Sábados, domingos y feriados), igualmente reconocen que no se trabaja de la misma manera, reconocen que no hay uniformidad, lo que repercute en la calidad de atención que reciben los pacientes, y en el clima organizacional porque da lugar a la discrecionalidad y arbitrariedad. De manera casi unánime el personal de salud considera que el turno mañana es el mejor equipado, debido a la presencia de personal jerárquico de manera continua, así afirman que:

“Existe una tendencia de que el turno noche y de fines de semana siempre se encuentran separados del resto(...)en el turno mañana están informados de todo, tienen un mejor manejo de la información, sucede lo mismo en el turno tarde (...) pero la realidad del turno de sábados, domingos y feriados es que nos enteramos las cosas por rebote, si es que nos enteramos”(...) “No existe unificación de criterios en el mismo servicio, la mañana cumple todo porque los jefes están visibles” (Enf 1).

“Cuando vine a hacer horas extras a la mañana, mi trabajo era completamente distinto” (AyE2),

“No es lo mismo la mañana que la tarde y la tarde no trabaja igual que la noche y tampoco trabajamos igual que el fin de semana, somos todos diferentes” (Enf 3),

“Siempre va a haber manejos distintos, a la mañana están todos y pasa todo” (Enf4),

“Como no hay normas, cada turno tiene su forma de manejarse” (AyE3)

“Existen turnos que ni siquiera respetan las normativas, pero es responsabilidad de los jerárquicos, imponen la jefatura, no el liderazgo” (Enf5)

“El turno noche es muy independiente, todo los problemas que surgen los tenemos que solucionar nosotros, tanto lo relacionado al recurso material o humano (...) en el pase de guardia se ven que existen diferencias, o tienen otra metodología” (Enf6)

Respecto a esta disparidad, pareciera que cada turno laboral posee patrones o modelos propios, dinámicas de trabajo que se han propuesto, y se han aceptado hacia el interior de cada uno de los turnos laborales, esto genera una cierta organización, a pesar de que cada grupo posee características diferentes.

1.6) Organización del equipo de acuerdo al turno laboral. Colaboración.

En cuanto a cómo se tornan las relaciones interpersonales y el trabajo dentro del servicio, hacia adentro de cada turno laboral se reconoce el empleo de un mecanismo colaborativo y participativo, porque de otra manera no se podría concebir armonía y un clima laboral aceptable para trabajar:

“Hay buena organización en el grupo, se torna colaborativo” (Ad1), (Ad2), (Ad3), (AyE4), (AyE5), (AyE6), (Enf 4), (Enf5), (Enf6), (Ped1), (AyE2)

“Cada quien dice su opinión y me parece que es más democrático y por ahí más a los ponchazos, pero me parece que es más justo que verticalizar” (Enf2)

En relación a Enfermería, es indispensable la presencia del referente de turno, quien es indispensable para crear un ambiente agradable de trabajo.

Hubo consenso en considerar que la colaboración y los procesos participativos cuando se habilitan – en muy pocas ocasiones-, mejoran el clima de trabajo.

1.7) Opinión de los entrevistados respecto a las disposiciones expuestas por los jerárquicos: Falta de comunicación y participación en la elaboración, e implementación de normativa del servicio:

Existe la convicción de que durante el turno mañana se encuentra la concentración de poder y donde tienen lugar las decisiones del servicio, las escasas normativas escritas por personal jerárquico de enfermería (Respecto a normas de convivencia, traslado intrahospitalario de pacientes, la directiva que enfermería debe cumplir su función en cualquier área del hospital, etc.), son cumplidas en forma diferencial por parte de los diferentes turnos laborales, los turnos que más cumplen son el turno mañana y tarde, donde existe más control por los jerárquicos, y donde el personal lo concibe como algo natural, así, expresan:

“Fueron aceptadas, no es algo que moleste, están dirigidas a enfermería, las normas debieran ser cumplidas todos por igual” (Enf 3)

Pero en el resto de los turnos laborales no se da esta tendencia, existe mucha crítica ante estas disposiciones, o directamente se muestran indiferentes, la gran mayoría expone:

“No las reconozco como normas, a pesar que se encuentra pegada en la pared, no es legítima” (Enf1)

“Te dejan la norma pegada y el que quiere la cumple y el que no quiere no, seguimos en la misma” (...)”No hay control estricto, real” (AyE1)

“No hubo aceptación porque no es lo importante (...), en un servicio de emergencias hay cosas más importantes” (...) “No es la forma adecuada pegar un papel en la pared, son normas a los ponchazos, pegar un papel en la pared no es la forma adecuada” (Enf2),

“Están impuestas, no se cumplen, nosotros siempre fuimos ajenos al turno mañana y a lo que imponga el turno mañana” (AyE2),

“No sé quién lo avaló, no tenemos un documento oficial, no las considero como normas” (Enf4)

“Hay cuestiones que solo se acatan en el turno tarde (...) el coordinador de enfermería del servicio tiene un carácter fuerte, yo creo que para él sos problemático si reclamas tus derechos (...) no sé si está bien o está mal callarse, te dicen que sos problemático si decís algo”(AyE3)

“Son negativas” (Enf5)

“No son normas, sino reglamentaciones para la convivencia del grupo, eso a nosotros no nos toca” (AyE4)

“No nos atenemos a esas reglamentaciones, no las veo válidas, son arbitrarias, yo creo que están dirigidas para el turnos mañana y son para enfermería” (Enf6)

“Nos son normas, son directivas, lo bajan de arriba y ya está” (Enf7)

Es importante destacar que algunos agentes del turno sábados, domingo y feriados, entre ellas, un personal jerárquico expusieron:

“Desconozco dichas normativas” (Jenf1), (Ad 1).

Entre los pediatras esta situación no es ajena:

“Las paredes se encuentran llenas de papeles que tienen carácter de normativa, está todo mezclado, los tenés pegado y en realidad trae a confusión” (Ped1)

“Hay muchos errores con eso, uno lo lee cuando lo encuentra y ahí te enterás, no hay nadie que comunique que hay nueva información, y después hay distintos tipos de interpretaciones” (Ped2)

Estas expresiones permiten corroborar lo que señala Peter Waldmann (2003) respecto a que las normas deben ser comprensibles colectivamente, deben ser claras y sin contradicciones, respaldarse en el consenso de gran parte de los involucrados y ofrecer garantías respecto al control del comportamiento mediante sanciones que las fortalezcan (12).

1.8) El turno mañana: Concentración de jefaturas, elaboración de disposiciones, fragmentación de comunicación con otros turnos:

Existe la concepción general por parte de los enfermeros, ayudantes de enfermería y administrativos entrevistados que el personal jerárquico, al concentrarse en el turno mañana, y al tener contacto íntimo con el personal de ese turno, todo lo que proponen está dirigido a ese grupo, las directivas que plantean no son asimiladas como legítimas para el servicio, porque para el resto de los turnos esas figuras no son reconocidas, ya que no existe comunicación verbal con éstos, reduciéndose solo a algunos escritos en la pared, no conocen al jefe, y menos aún a las autoridades superiores a éste. Se evidencia una fragmentación del servicio. Otros entrevistados ni siquiera las conocían, entre ellos, un personal jerárquico de enfermería del turno de sábados, domingos y feriados.

La única persona que consideró válidas las disposiciones que elaboró el personal jerárquico de enfermería del servicio, casualmente pertenecía al turno mañana, tal vez, en ese turno existió un dialogo previo a la comunicación escrita, para el resto de los entrevistados representó una imposición y causó cierto malestar, a pesar de esto, la gran mayoría expresó que dichas disposiciones no les causaron frustración ni incomodidad.

1.9) Características del líder dentro del grupo laboral y características de los jerárquicos

La presencia de referentes con liderazgo participativo es determinante para generar un buen clima de trabajo dentro de cada turno laboral. Las opiniones sobre el liderazgo difirieron significativamente entre los que trabajan en

diferentes turnos, considerando positivo en relación al turno SaDoFe, no así en los otros turnos:

“La opinión del grupo se tiene en cuenta en nuestro turno de SaDoFe (...) nuestro referente es carismático, tiene buen trato con nosotros” (Enf1)

“En el grupo, nuestro referente tiene un liderazgo participativo y democrático” (AyE1), (AyE2), (AyE3), (Ad1)

“Los referentes son participativos, se puede dialogar, trabajamos en equipo” (Enf3)

De manera contradictoria se afirma por un lado que el liderazgo ejercido dentro de los grupos se torna participativo, y carismático (lo cual implicaría diálogo simétrico, abierto), pero a su vez se afirma que no es considerada la opinión en relación a medidas que se toman o intentan implementar en el servicio, así los entrevistados expresan:

“Para las decisiones de servicio no se nos tiene en cuenta, los jefes vienen y se imponen (...) mi opinión no es considerada por mis superiores” (Enf1)

“Se baja línea y es lo que se debe hacer supuestamente (...) Nunca preguntaron qué opinábamos, ni el jefe del servicio ni el coordinador en nuestro turno, porque es otro hospital, nosotros manejamos el fin de semana y ellos manejan de lunes a viernes” (Enf2)

“Mis opiniones no son consideradas por mis superiores” (AyE3)

“Es un régimen más bien verticalista” (Enf5), (AyE6)

“A veces es cordial, otras veces no” (Enf7)

“Me escuchan, que después hagan lo que ellos quieran, no sé” (Enf4)

1.10) Percepción de los entrevistados acerca del liderazgo de los jerárquicos:

1.10 a) Percepción del liderazgo del jefe por parte del personal no jerárquico:

Respecto al liderazgo que imparte el jefe, aquellos encuestados que consideran un liderazgo participativo, corresponden mayoritariamente al turno mañana y noche B y en menor proporción al turno tarde, así expresaron:

“Se puede hablar, no tengo nada malo que decir de él” (Enf4), (AyE4)

“Mi jefe es participativo, se puede dialogar, es accesible” (Enf3), (Ad2), (ad3), (AyE5), (Enf6)

Respecto aquellos que expresan percibir un tipo de liderazgo ausente o que prácticamente no conocen al jefe, pertenecen mayoritariamente al turno SaDoFe y en menor proporción turno tarde y turno noche A, así, opinaron que:

“Lo vi una sola vez, no lo conozco” (Enf1), (AyE1), (Enf7)

“Está ausente” (Ad1)

“Lo conozco, porque está a la mañana, a la tarde no está, impresiona que no tiene cualidades” (AyE2), (AyE3)

“El jefe está solo a la mañana, el hospital funciona a la mañana” (Ad2)

En relación a las opiniones referidas a un tipo de liderazgo autoritario o de lineamientos verticalistas, tienen lugar mayoritariamente en el turno SaDoFe y en menor proporción en el turno mañana y turno noche A

“No hay mucho trato, tiene una conducta verticalista, baja línea” (Enf2)

“No es participativo ni democrático” (Jenf1)

“No decide el jefe, sino el coordinador” (AyE6)

“Todas los niveles jerárquicos de enfermería son verticalistas” (Enf5)

Es decir, los encuestados que consideran un liderazgo participativo se concentran en el turno mañana, donde tienen contacto directo con el jefe, existe más comunicación y se organizan reuniones de equipo, en contrapartida, el turno que considera un liderazgo ausente o autoritario es el turno SaDoFe que no posee contacto con el jefe, salvo en situaciones muy particulares.

1.10 b) Percepción del liderazgo del supervisor por el personal no jerárquico:

En relación al liderazgo que reconocen del supervisor de turno, agentes del turno SaDoFe expresan un tipo de liderazgo autoritario:

“Reconozco un liderazgo autoritario, el trato que tiene es por portación de cara, como le caigas en gracia te va a tratar” (Enf1)

“Es autoritaria tuvo muchos problemas con la gente, no es participativa” (AyE1)

Quienes reconocen ausencia de liderazgo por parte del supervisor corresponden al turno mañana y SaDoFe respectivamente, así reconocieron:

“Por parte de la supervisión no hay liderazgo, hay un mal uso del cargo” (Enf2), (Enf5)

El liderazgo participativo fue reconocido por un representante de cada turno laboral, salvo el turno SaDoFe; reconocieron que:

“Tiene un liderazgo participativo” (Enf3), (Enf4)

“Tengo un buen trato con mi supervisora” (Enf6)

“Siempre nos ayudan en lo que pueden” (AyE5)

1.10 c) Percepción del liderazgo del coordinador de enfermería por el personal no jerárquico:

Respecto de la coordinación, se encuentran divididas entre quienes reconocen un liderazgo del tipo participativo en entrevistados del turno SaDoFe y turno tarde, ante un liderazgo autoritario reconocido por agentes del turno mañana y tarde, ayudantes de enfermería, expusieron que:

“Tiene liderazgo autoritario” (AyE3), (AyE4)

“Él es quien decide en realidad, es bastante democrático, no se queda al margen, interviene para resolver determinadas situaciones” (Enf2)

“Hay buena comunicación, me siento escuchada” (Enf4), (Ped2)

Respecto de la jefa de departamento de Enfermería, un personal jerárquico opino del turno SaDoFe expresó:

“Tiene un trato autoritario” (Jenf1)

De acuerdo a Sauter, Murphy y Hurrell (2012), permitir la participación de los trabajadores en la toma de decisiones, contribuye a mejorar el bienestar físico y mental y a mejorar el rendimiento, es decir, practicar un estilo de gestión más participativo, frente a los efectos estresores e improductivos que origina un estilo de liderazgo autoritario (7)

1.11) Elección de los referentes y jefes:

En este sentido, se consultó a los entrevistados del plantel no médico acerca de cómo son elegidos los jefes y referentes, a lo que responden:

“Se eligen a dedo” (AyE3)

“La elección del cargo no se hace por concurso, se impone” (Enf1)

“A los referentes los elige el jefe y al jefe lo elige el gremio” (AyE6)

“Los referentes son elegidos por antigüedad, los jefes no sé” (Ad3),
(Enf4)

“Creo que son elegidos por los compañeros” (AyE1)

“No se” (AyE2)

Cabe destacar que la elección e inducción del jefe de enfermería es solo para el personal el turno mañana, mientras que el resto del personal posee desigualdad de oportunidades para asumir ese rol.

1.12) Existencia de trato diferencial por el personal jerárquico:

La mayoría de los encuestados reconoce trato diferencial de los supervisores hacia ciertos compañeros, ya sea por familiarismo, situación que es muy habitual, clientelismo o afinidad ideológica, así reconocieron:

“Se ve mucho” (Enf1), (AyE5), (Enf6), (Enf2), (AyE3), (AyE2), (Enf3),
(Jenf1), (Ad1), (Enf5)

Otros expresan:

“No lo reconozco” (Ad3), (Enf4), (AyE1), (Ad2), (AyE4)

“No podría opinar al respecto” (Enf7)

“El trato es igual para todos” (AyE6)

1.13) Conductas informales identificadas:

De manera uniforme, corroborando lo sostenido por estudios realizados por el Centro de Investigaciones en Administración Pública, de la Universidad de Buenos Aires (19), los entrevistados expresaron que lo puestos jerárquicos y el ingreso al hospital tiene que ver más con situaciones de familiarismo, favoritismos, falta de idoneidad en algunos casos, clientelismo político, ya que se observa:

- Mecanismo de ascenso dentro de la institución que no condice con la experiencia en el puesto de trabajo ni con las condiciones de idoneidad.
- Empleo de mecanismos de sanciones o reconocimientos informales condicionados por afinidad ideológica y política, relaciones de amistad o interés personal que determina la función de la tarea.
- Determinación de decisiones por parte de individuos que no se encuentran facultados para tal fin, sujetos influyentes, que acceden a los cargos jerárquicos más importantes por favoritismo, posición privilegiada de poder o relaciones de amistad y que poseen una influencia importante en los modos de comportamiento del grupo.

En este sentido, se han evidenciado ciertas conductas informales entre los trabajadores, los entrevistados exponen:

“Acá el que tiene más peso no es que más trabaja, sino el que más antigüedad tiene, y el que más antigüedad tiene ya no quiere trabajar” (AyE3)

“Cada uno hace como le parece” En cuanto al empeño que sus compañeros tienen respecto de la limpieza del material, continúa: *“Habría que preguntarles: ¿Vos usarías ese elemento con tu hijo?, no es justo, a nosotros nos pagan por hacer este trabajo”* (AyE3)

“Se arman grupitos para hacer pasar un mal rato a alguien, y se ríen, dicen: Mira que tonta aquella, no paró de trabajar en todo el día; y vos los ves sentados, sin hacer nada” (AyE3)

“Existen muchos conflictos entre viejos y nuevos, con los ayudantes siempre pasa, eso de pagar derecho de piso, que yo no estoy de acuerdo” (AyE1)

“Cada uno hace la suya” (Ad1)

“Nadie toma a pecho su rol”, refiriéndose a sus compañeros (AyE3)

“Muchos dicen: ¿Por qué tengo que hacer trabajo que no me corresponde? Se desvirtúan las acciones (Enf5), (Ad1)

“El posadas creo sus propias normas para beneficiar a los vagos” (Enf5)

Existe un reclamo general de que no existe reconocimiento para aquel trabajador que cumple y acción disciplinar para el que no cumple, dicha situación genera malestar.

“No se cumplen porque no quieren trabajar” (AyE5)

Existe una cierta naturalización de situaciones irregulares vinculadas a la contratación y una actitud consecuente de “resignación” en el discurso de los entrevistados:

“Esto es así, y si siempre funcionó así”, pero ante ciertas situaciones también está la justificación de *“¿Por qué el hospital me va a exigir tal cosa si me tiene contratada/o desde hace muchos años?”*, denunciando la asignatura pendiente que el estado mantiene respecto a la precarización laboral que padece la gran mayoría de los trabajadores desde hace muchos años. Evidenciándose ciertas manifestaciones de “rebeldía” por ciertos agentes (llegadas tarde, salidas de la institución sin permiso, ausentismo, etc.), situaciones que afectan a su vez, la atención a los pacientes por la falta de personal o provoca sobrecarga laboral a otros colegas.

1.14) Deficiente sistema de evaluación de desempeño

En relación al sistema de evaluación de desempeño mayoritariamente durante las opiniones se observó, la ausencia de este mecanismo y en el caso en que el personal había sido evaluado, se obtenía una opinión negativa al respecto, así los entrevistados expusieron:

“Nunca me han evaluado” (AyE6), (Ped2), (Ad3), (AyE3), (AyE1), (Enf3), (Ad1)

“Son un desastre, no son objetivas, te califica y te evalúa cualquiera, y vos tenés que firmar porque no te queda otra, porque se supone que es requisito para seguir trabajando” (Enf1)

“Son obsoletas, no son imparciales” (Enf2), (Enf5), (Ad2)

“Me evaluaron y nunca me hicieron una devolución, me evaluó mi supervisora y no me vió trabajar, debiera evaluarme alguien que trabaja a la par mía” (AyE2)

“Evaluaron mi presentismo, no mi desempeño” (AyE5)

Mientras que una minoría se mostró conforme con las evaluaciones:

“Las evaluaciones la realiza la supervisión, creo que han sido adecuadas” (Enf7), (Enf6), (AyE4)

“Considero que me evaluaron bien”, continúa expresando que en esa oportunidad la habían evaluado cuando trabajaba sola, con una demanda permanente de pacientes *“Estoy acostumbrada porque vengo de Camboya” (Enf4)*

En el último testimonio la entrevistada hace referencia y naturaliza su experiencia laboral agobiante en éste y otros nosocomios donde se desempeñó como enfermera. En dicha situación no se la podría haber evaluado mal, porque el encargado de evaluar, su superior, estaba en falta, ya que existía una ineficiente gestión en relación a su función como previsor de personal de enfermería y por otra parte, aceptación de parte de esta enfermera a trabajar de esa manera: Sola, con una demanda persistente de pacientes, poniendo en amenaza la calidad de atención que se le brinda a éstos así como también su propia integridad.

1.15) Ausentismo laboral y tratamiento de la distribución del personal de Enfermería:

Dentro de los problemas de organización que se generan a partir de la inexistencia de normas claras, o el conocimiento de las existentes, se

encuentra el problema del ausentismo laboral y cómo éste puede afectar la calidad de atención de los usuarios del servicio y repercute en la sobrecarga del personal, pues no hay establecido un sistema de reemplazo del ausente. En efecto, el ausentismo en enfermería, a causa de licencias, partes médico, permisos gremiales, etc. es percibido como un factor muy negativo en la gestión de enfermería, muchas veces a causa de imprevistos pero también en muchas oportunidades el personal jerárquico no prevé reemplazo para el ausente que estaba planificado o previsto.

A raíz de estas situaciones los jerárquicos de enfermería elaboraron cierta normativa **sobre disposiciones del servicio:**

Respecto ciertas pautas de conducta o normas de convivencia que fueran difundidas por el personal jerárquico de enfermería, una de las disposiciones expresa que *“El personal de enfermería deberá salir a cubrir los diferentes servicios que la institución requiera si fuese necesario, (el personal pertenece a la institución y no a un servicio exclusivo)”*. La situación de eventuales cambios en el servicio no afecta a todo el personal de salud sino solo a algunos, y en ese sentido ello constituye una discriminación laboral. Afecta más al personal de enfermería ya que no se les respeta la especialidad en el servicio, la idoneidad, la experiencia. Si bien la solicitud de prestar servicio en otra área del hospital no es tan frecuente, la crítica es acerca del carácter arbitrario y discriminatorio de la disposición.

Respecto a esto, la mayoría de los entrevistados: (personal no médico) considera correcto prestar servicios asistenciales en otro sector del hospital cuando un jerárquico lo solicite y prácticamente se encuentra naturalizado:

“Me lo solicitaron y opino que está bien, no me parece grave (...),” (AyE1)

“Opino que está bien, nosotros siempre salimos” (AyE2)

“Yo firmé un documento, cuando apenas ingresé me dijeron: Usted es del hospital, no pertenece a ningún servicio en particular, a mí me lo

advirtieron” (...) “Es lo que estipulan ellos cuando te contratan, y si vos aceptas...” (Enf4)

“No me parece que sea incorrecto mientras seas idóneo a la tarea que tenes que cumplir en el servicio, si hay una necesidad, hay que cubrirla, pero que no se haga hábito, no debe repetirse al otro día” (Enf2)

“No es tan común que se solicite, pero uno está al servicio del hospital y no tenemos un lugar específico, tenés que colaborar” (Enf1)

“No es agradable, pero hay que ir” (Enf7)

Contrariamente una minoría expresa:

“No debieran sacar personal de la guardia porque el servicio es muy inestable, no pasa nada y de repente vienen 5 pacientes juntos” (Enf3), (AyE4)

“Por un lado está bien (...) aunque es un volver a empezar y no está bueno porque uno pierde la sensación de pertenencia al lugar y como desenvolverte” (AyE3)

“Está estipulado que tenemos que ir de una guardia hasta la otra, pero me gustaría que me dejen fija en un servicio” (Ad1).

“Si hay faltante de recurso humano es por mala gestión” (AyE6)

En este sentido, del relato de las entrevistas permite corroborar lo que señala Martínez, López, & Rivas, (2003), respecto de que el equilibrio del ser humano se ve alterado cuando existen cambios en la rutina habitual de su trabajo, es decir, durante la rotación del personal a otro servicio se producen ciertos desordenes tales como ruptura del clima laboral, existencia de sentimientos de inseguridad del personal en la realización de sus funciones, existencia de eventos adversos en relación a los cuidados de enfermería, insatisfacción del paciente, entre otros. (18)

Si bien es verdad que por necesidad de la institución, podría ser requerida la atención de los enfermeros en diversas áreas del hospital, exponer como norma general que *“El personal (de enfermería) pertenece a la institución y no a un servicio exclusivo”*, atenta contra la capacitación, especificidad, e idoneidad que poseen estos profesionales en una determinada especialización. Menospreciando el perfeccionamiento por los propios colegas jerárquicos con el agregado de la presión que genera en el profesional el incumplimiento de esta normativa, por ser plausible de sanción.

Sumado a que no existe acompañamiento del superior, ni inducción ni capacitación acerca del servicio donde debe cumplir la jornada, se depende pura y exclusivamente de la buena predisposición y tiempo de otro colega que pueda explicar el trabajo a realizar.

Esto provoca un retroceso en la profesión, asociándolo a un rol técnico, instrumentalizado, sin autonomía ni independencia, porque se supone que *“Usted es enfermero, lo va a saber hacer, en algún momento de la carrera usted lo vio, acuérdesese”* refiriéndose el jerárquico a una cierta actividad que debe desempeñar el enfermero en un servicio al cual se lo quiere destinar.

Lograr la estabilidad de la permanencia en un determinado servicio, propicia el aprendizaje continuo, que coincide con la teoría de Patricia Benner en relación al desarrollo de destrezas y habilidades en un área determinada. Además de fomentar el trabajo en equipo y la identificación con su dinámica, genera sentimientos de pertenencia a un grupo. (18)

Una de las entrevistadas se preguntaba cuestionando estas disposiciones arbitrarias de la organización del trabajo:

*¿Existe acaso otra profesión terciaria/universitaria que se encuentra preparada para desempeñar su función en cualquier área del hospital?
¿O simplemente existe una cierta naturalización por parte de enfermería de asumir una actitud servil o de “tapar agujeros”, es decir, disponer del personal sin importar la experiencia, la elección de trabajo, capacitación, opinión y satisfacción del profesional en el desempeño de su función?*

Por otro lado, el estado invierte mucho dinero en la capacitación de los enfermeros en diversas especialidades u orientaciones a través de las residencias de enfermería (al igual que lo hace con otras residencias del equipo de salud), para que luego, ese profesional especializado desempeñe su labor en cualquier área de la institución, de acuerdo a las necesidades de personal. Y muchas veces el profesional termina adaptándose a esa área a causa de la frustración que le generó haber solicitado el pase al servicio/especialidad en donde es idóneo, sin tener respuesta.

Todo esto genera sentimientos de frustración y malestar, esta tendencia se visualiza solo en el personal de enfermería.

A lo largo del tiempo existió y existe una recriminación de los enfermeros por falta de reconocimiento profesional *“¿Cómo se pretende un reconocimiento si dentro de la misma profesión no existe valoración acerca de la formación y la idoneidad profesional?”*

1.16) Violencia, situaciones amenazantes, situaciones de maltrato, destrato:

Resulta violatorio de los derechos básicos como trabajadores, la violencia institucional que se ejerce sobre los mismos, a veces a través de personal jerárquico, agravándose por cuestiones de género (violencia simbólica) conforme fue manifestado en diferentes entrevistas:

Situaciones amenazantes por parte la supervisión: Varios agentes reconocieron la existencia de situaciones amenazantes por parte del personal jerárquico, dieron a conocer que:

“Si, existen, del tipo: Te voy a hacer una nota o te voy a cambiar de servicio” (Enf1), (Enf3)

“Lo he vivenciado entre supervisores y nosotros” (Enf1)

“Mi superior me sancionó porque me quejé, entonces ahora trato de no decir nada, acá el que manda es tu supervisor (...) si al supervisor no le

gusta algo, es decir, si llegás tarde o si estuviste enferma te saca del servicio” (AyE3)

“Nuestro jefe nos hizo temer que iba a hacer desaparecer el turno, como sucedió con el servicio de seguridad, porque surgió una situación conflictiva: Nos tildaban de vagos y que trabajábamos pocas horas y cobrábamos más que la gente que trabaja de lunes a viernes, hubo violencia psicológica” (Ad1).

Solo un entrevistado destacó:

“No me consta” (AyE4)

Presencia de maltrato, destrato: Algunos compañeros expresaron al respecto:

“Hay maltrato por parte de los pacientes o familiares que se acercan a consultar” (Ad1), (Ad2)

“No sé si llamarlo maltrato, pero siendo jefa e vivenciado desde las autoridades que quieren imponer un criterio propio” (Jenf1)

“Lo he vivenciado entre compañeros” (Enf1), (AyE3)

Mientras que otros expresaron:

“Ahora no se ve tanto” (Enf2)

“No lo he visto” (Enf6)

“En el grupo no tenemos gente conflictiva” (Ad3)

En ciertos agentes, que son referentes de enfermería y que han realizado pasantías en puestos de conducción, o tienen cargo jerárquico en otra institución se evidenció una cierta naturalización del maltrato:

“Amenazas siempre va a haber, pero son causas justificables, la gente es irresponsable, si no estás cumpliendo con lo que tenés que cumplir, tiene que intervenir la jerarquía, se cambia de turno o de servicio” (Enf5)

“La manzana podrida se saca” (Enf4)

Utilizan muy naturalmente el término *amenaza*, no exponen si existieron acciones previas ántes de desvincular a dichos agentes del servicio, instancias de dialogo, etc. En ambos consideraron una solución expulsarlos del servicio.

1.17) Desconocimiento acerca del tratamiento de situaciones de violencia por parte de la institución:

En relación a la resolución de conflictos: La gran mayoría de los encuestados reconoce ausencia de la institución en relación a la resolución de conflictos:

“No existe un tratamiento de los problemas por parte de la institución” (Enf1), (Enf7), (Ped2), (Ad3), (Enf3), (Jenf1), (Ad1)

“Si existe un conflicto en el servicio, la institución no se hace cargo, lo tiene que resolver como pueda la persona, si es que puede, sino se angustiará, llorará, se enfermará, el cuerpo le va a pasar factura” (...) la institución no quiere intervenir en esas cuestiones, por eso existe la CIOT, Comisión de Igualdad de oportunidades y Trato” (Enf2)

“A nadie le importa” (AyE3)

“Algunas personas se defienden con el gremio, nunca recurrí a esa instancia” (AyE1)

1.18) Tratamiento de los conflictos hacia el interior de los equipos de trabajo:

De manera uniforme los entrevistados expresaron que el dialogo logra buenos resultados para la resolución de los conflictos interpersonales, sin embargo estos espacios de dialogo y de comunicación no son fomentados ni promovidos por la institución, sino que son generados de manera informal o espontánea por los trabajadores. Respecto a la resolución de conflictos por parte de la institución, surge que aquellos conflictos que se generan entre pares en ciertas situaciones interviene el personal jerárquico (AyE2), (Enf2) y en otras se tratan

de resolver dentro del grupo, por ejemplo, los entrevistados enfermeros hablaron acerca de la intervención de los referentes enfermeros:

“En todos los grupos hay conflictos, pero trato de hablarlo, intervengo” (Enf4)

“El hecho de dialogar mejoró al grupo, conociendo un poco la vida de cada uno, se tiene otra visión de lo que pasa, esto permitió que se liberaran las tensiones (...) la comunicación es muy importante y un factor de cambio” (Enf2)

Gran parte de los entrevistados, en relación a ciertos conflictos interpersonales expusieron:

“Lo resolvemos dentro del grupo, no llegan a trascender” (AyE5), (AyE6), (AyE2), (Enf3), (Enf5), (Ad2)

1.19) Falta de motivación:

En relación a la motivación, casi la mitad de los encuestados reconoce que los incentivos y factores motivadores no provienen de parte de la institución, sino que proviene de sí mismos, vinculado a un sentimiento de utilidad, servicio a la comunidad, vocación, éstos expresaron:

“Mi motivación es tener un trabajo” (Ad2), (Ad3)

“Es vocación, mi motivación son mis pacientes” (Enf4), (Enf7), (AyE5)

“A veces parecemos que somos soldaditos (...) después de las epidemias que hemos enfrentado, nadie viene y te dice: ¡Chicos, que bien estuvieron! Nadie da una palabra de motivación, una palabra de aliento vale mucho, tiene que cambiar un poco eso” (Enf4)

“Viene de adentro, por interés propio” (Enf1)

“No lo reconozco para mí, pero mis compañeros, estudiaron y ascendieron” (AyE1)

“Se podría decir que el plan de carrera es un factor motivador” (Jenf1)

1.20) Déficit en la capacitación:

Respecto a la capacitación que ofrece el hospital, las opiniones se encuentran divididas, hay quienes opinan positivamente, aunque consideran que se debiera trabajar en una mayor accesibilidad para los agentes de diversos turnos laborales:

“La capacitación es muy buena” (AyE2), (AyE6), (Enf3), (Enf7), (AyE4)

“Hay cursos, pero no están publicitadas, no llegan a la gente” (Ad1)

“Hay cursos pero no hay disponibilidad de horarios” (Enf5), (Enf6), (AyE5)

“Faltaría más capacitación” (Enf4)

Mientras que otros poseen opiniones negativas al respecto:

“Es inexistente” (Enf1), (Enf2), (AyE3), (Jenf1)

“No se organiza cursos especialmente pensado para administrativos” (Ad3)

“No me capacitó el hospital, lo hizo el gremio” (AyE3), (Ad1)

En una minoría exponen:

“No me capacito” (AyE1), (Enf7)

1.21) Ineficiente gestión de los recursos materiales:

Respecto de los recursos materiales, existen diversas opiniones al respecto:

“Hay mala gestión” (Enf1), (AyE3), (AyE2), (Enf2), (Enf7), (AyE1)

“Siempre falta material” (Ad1)

“La institución nos provee cuando hay” (Ad2)

“Depende del hospital, a veces pasa que el servicio que debe abastecernos no cuenta con el material y también depende de la buena gestión de los jefes” (AyE6)

“Puede haber suficiencia pero no calidad en algunos casos” (Ped2)

“A veces no hay material y pedimos a otros servicios” (AyE5), (Enf6), (AyE4)

“En general no nos falta material” (Enf4), (Enf3), (Enf5)

“En el hospital no hay control del material, hay que usarlo más racionalmente” (Jenf1)

“Se debiera pedir la opinión del enfermero para la compra de materiales, ya que mayoritariamente los utiliza en su trabajo diario” (Jenf1), (Enf7)

1.22) Ambivalencia en la opinión de los entrevistados:

A pesar de que existe una cierta tendencia negativa en el relato de los entrevistados acerca de la institución, coexiste un sentimiento ambivalente, el hospital es concebido por gran parte de los trabajadores como su “segundo hogar”, ya que además de representar el lugar de formación para diferentes profesionales, más aún para aquellos que realizan residencias y dedican mucho tiempo dentro del nosocomio para su especialización profesional, también representa el lugar que hizo que, mediante el trabajo, las familias puedan progresar y mejorar su status de vida a lo largo de los años. Esta relación amor-odio, deviene de un pasado de sentimientos encontrados:

Muchos de los trabajadores vivieron o viven en áreas cercanas, sus hijos crecieron en la guardería o asistieron a la escuela primaria que tenía el hospital, no solo trabajan, sino también le confían el cuidado de la salud a la institución, a pesar de poseer obra social, ya que además de que se trata de un hospital que posee un gran prestigio y reconocimiento nacional e internacional, la atención o el cuidado es otorgado por los mismos compañeros y eso es un

factor muy valorado. Una característica muy habitual y que es común en los diversos puestos de jurisdicción estatal, es que gran parte de los trabajadores tiene algún familiar trabajando en la institución, y el hospital no es ajeno a esta tendencia.

Existió a lo largo del tiempo numerosas manifestaciones de los trabajadores reclamando el pase a planta permanente y reconocimiento de numerosos derechos, esto alimentó un sentimiento de pertenencia y unión muy fuerte entre éstos. Muchos trabajadores son familiares de agentes desaparecidos en la última dictadura militar. Incluso en el año 2001 los trabajadores fueron brutalmente reprimidos y agredidos físicamente dentro del hospital por las fuerzas de seguridad en un conflicto que culminó con la destitución del director del hospital en ese momento. Esta historia los une y se sienten parte de una familia.

Todo esto podría explicar por qué la mayoría del personal, a pesar de considerar varias cuestiones negativas, eligen seguir trabajando en dicha institución.

Incluso desde la escuela de enfermería, actual museo de memoria, verdad y justicia por haber sido centro clandestino de detención, siempre alentó a sus alumnos a comprometerse con la lucha de los trabajadores y por la reivindicación de sus derechos.

Al pasar el tiempo la unión se fue fragmentando por diferentes concepciones o ideologías políticas, nucleándose en diferentes gremios.

9.3 Factores que obstaculizan y facilitan la implementación de normas

En este apartado se identificarán y describirán los factores de la organización que obstaculizan y/o facilitan la implementación de normas del personal de salud según turno laboral y ocupación.

A continuación se detallarán los factores que, de acuerdo a las opiniones de los entrevistados, resultarían ser facilitadores de implementación de normas:

1) Comunicación y reuniones de equipo: Cabe señalar, que la mayoría del personal de salud coincidió en que uno de los factores que más contribuiría para la implementación de las normas es la comunicación y las instancias de reuniones de equipo. Sin embargo, todos señalaron los problemas que se presentan en relación a estos aspectos, pues la comunicación no resulta fluida, funciona generalmente en el sentido vertical, de un personal jerárquico hacia los subalternos y no se generan espacios de discusión y debate de equipo, las reuniones solo tienen lugar por la mañana, existe una fragmentación de la comunicación por turnos.

En efecto, las entrevistadas contestaron que:

“La comunicación podría resultar ser facilitador u obstaculizador de la implementación de normas, tiene doble función, habría que explotar eso, habría que hacer reuniones, evaluar falencias de cada turno, de cada grupo, que inquietudes y necesidades existen, que se podría implementar, elaborar normativas, tener un criterio común para todos”
(Enf1)

“Estaría bueno que se charlara y que no haya tanta división entre ayudantes y enfermeros, que se pudiera hablar y tomar decisiones en conjunto, que haya reuniones y se pueda dialogar más, de cómo mejorar el sistema de emergencias, de las dinámicas de trabajo, definir mejor las funciones de cada uno, de la organización del trabajo, hay muchas falencias, insistir en la comunicación” (AyE2)

“Estaría bueno conocernos que una vez al mes nos reunamos y hablemos de cómo nos va en el trabajo, hay que estimular la comunicación” (Ad1)

“Tendríamos que ponernos a trabajar en equipo, que cada uno aporte un poco para que el servicio funcione mejor, consensuar todo, elaborar e implementar normas” (Jenf3)

“Cada turno debiera trabajar en conjunto con respecto a las normas, describirlas y hacer que se cumplan para el beneficio del paciente”
(Jenf1)

“Lo mejor es siempre charlar y ver si se llega a algún acuerdo para que haya una sola reglamentación o normativa que podamos aceptar todos (...) se podría convocar a todo el equipo de salud por turnos o en general y poder hacer algo más unificado para que todos bajemos la misma línea, para que sea más uniforme” (Enf3)

De las entrevistas y del registro de observación surge que la comunicación y las instancias de dialogo difieren por turno y según día laboral. Todos coincidieron que sería importante que existan más reuniones inclusive entre los distintos turnos.

“Estaría muy bueno tener reuniones de equipo” (Ad2)

“Las reuniones de equipo tienen lugar por la mañana (...), las reuniones de los jefes médicos también tienen lugar por la mañana solamente, a lo sumo, se comunican por teléfono para impartir órdenes (...) ellos debieran estar también durante la tarde, noche y fines de semana” (Jenf2)

“Como facilitador sería la comunicación, no hay comunicación entre los diferentes turnos, quizá entre la mañana y la tarde sí, pero la noche y los fines de semana es otra cosa” (AyE4)

“Lo ideal sería que haya más comunicación, que venga el jefe de servicio para dialogar sobre cuestiones del servicio, eso no se ve nunca” (Enf6)

“Lo facilitador sería que hablemos más entre todos (...) no sirve que muchos digamos muchas cosas o que nos quejemos de todo, si realmente queremos un cambio, debe haber comunicación sincera y objetiva (Ped2)

2) Protocolización de las normativas: También casi de manera uniforme todos los entrevistados coincidieron en que otro de los facilitadores para la implementación de normas sería la protocolización de las mismas. No sólo que existan las normas, sino que las mismas sean conocidas y aplicadas.

En efecto, de las entrevistas surge que:

“Estaría bueno comenzar a construir un manual de procedimientos del servicio, porque las disposiciones existentes no se entienden mucho, no son claras, son normas del momento, normas que surgen por algo que sucedió escritas en un papel que se pega en la pared con la firma del jefe y del coordinador (...) podríamos dedicarnos a elaborar nuestras propias normas” (Enf2)

“Estas medidas debieran ser acompañadas de otras medidas” (AyE1)

“Si se bajara una línea permitiría organizarnos y cumpliríamos” (...) “A veces se desvirtúan las tareas porque no son claras (Ad1)

“Nosotros a la tarde tenemos nuestras propias normas” (Enf4)

“Tienen que existir normativas de servicio dependiendo de cada servicio del hospital, donde se detallen las actividades que se deben realizar, eso evitaría que realicemos actividades que no nos corresponden” (AyE3)

“Lo facilitador sería protocolizar, si nos manejamos con protocolos nada puede fallar” (Enf5)

“No existen normas escritas respecto a cómo se debe trabajar (...) “Se deben elaborar normas” (Ad2) (AyE6) (Jenf1)

“Se deben unificar criterios y trabajar en equipo y armar una red de trabajo, si todos tuviéramos una línea, todos haríamos más o menos lo mismo, con el sistema que nosotros nos armamos, trabajamos muy bien (...) cada turno se armó su librito, porque no hay un libro general” (Ad3)

3) Presencia de los jefes: Otro de los aspectos señalado y que surgen de las entrevistas es que la presencia de los jefes de servicios en los diferentes turnos facilitaría la implementación de la normativa. Pero coincidentemente esto no sucede en la práctica diaria donde los jefes de servicios, en general están en el turno que es considerado más favorecido, es decir, el turno mañana.

Si los jefes se encontraran presentes en los diferentes turnos laborales, favorecería la comunicación, que se establezcan estándares mínimos de prácticas, que se implementen de manera uniforme y se encargue de que se cumplan tal como están previstas.

“Que haya un jefe más presente, no ponerse a favor de un turno, ser imparcial, al parecer todo sucede a la mañana, todos trabajan a la mañana” (Ad1)

“El jefe solo está en el turno mañana, eso es una realidad de todo el hospital, el hospital funciona a la mañana” (Ad2)

“Los jefes de servicio debieran hacer reuniones correspondientes con cada turno una vez por mes por lo menos y ahí intercambiar opiniones, no pegar arbitrariamente un papel y te diga esto es así y así (...) estaría bueno que el jefe de servicio presente su proyecto, las normativas y explique porqué lo hace y debiera ser en beneficio de todos” (Enf6)

Por otro lado, los factores que resultarían obstaculizadores para la implementación de normas, de acuerdo a la opinión de los entrevistados, son:

1) Ausencia de control

“Nadie controla si se cumple o no se cumple, no existe ninguna sanción al respecto” (Ped1), (AyE3), (Enf1), (AyE1)

2) Falta de recurso humano y otros recursos:

“A veces contamos con poco personal, siempre está esa excusa, pero si se contratara más personal se debiera exigir que se cumplan ciertos protocolos, sino nada tiene sentido” (Jenf1)

“La falta de personal, la falta de equipamiento e infraestructura y de un montón de otras cosas perjudica mucho el desempeño laboral” (Jenf2)

“Debieran suministrarnos el equipo para trabajar: Ambo, zapatos, manómetros de oxígeno que estén en buen estado, sillas de ruedas, camillas que se encuentren en condiciones para trabajar, a veces nosotros tenemos que arreglarlas y no nos corresponde hacerlo” (AyE5)

3) Falta de responsabilidad en el puesto de trabajo:

“Hay compañeros que no tienen voluntad y dicen ¿Por qué yo lo voy a hacer si no lo hace nadie? Y resulta que todos trabajamos lo mismo, todos cobramos el mismo sueldo” (...) “Existe una falta de responsabilidad en general” (Ad1)

“Debiera haber más humildad entre los enfermeros, todos ahora son licenciados y quieren trabajar menos, a veces no quieren hacer ciertas actividades que le corresponden y se la delegan al familiar del paciente, la enfermería dejó de ser vocacional, no se ve tanto en pediatría pero sí en adultos” (Enf7)

4) Gestión ineficiente:

“Si los jerárquicos no quieren protocolizar va a ser complejo” (Enf5)

“Creo que es un problema de gestión, no te dan uniforme, no te dan camillas ni sillas de ruedas y laburás como podés, dentro de todo nosotros trabajamos bien porque el servicio es nuevo, pero los demás servicios se está cayendo a pedazos” (AyE6)

5) Falta de colaboración:

“Muchas veces la gente mezquina conocimiento, o existen celos profesionales” (Jenf3)

6) *“Falta de comunicación entre los turnos” (AyE4)*

Algunas conclusiones de este objetivo:

Resulta interesante destacar que el principal factor reconocido por la mitad de los encuestados y que resultaría ser facilitador para la implementación de normas, está vinculado a incentivar la comunicación y la realización de reuniones de equipo teniendo en cuenta todos los turnos laborales, como primer acercamiento para la elaboración de las normativas que debieran llevar adelante las jefaturas del servicio que se encuentran durante el turno mañana, para conocer las problemáticas de cada turno laboral y llegar a un consenso con todo el equipo de trabajo, éstas expresiones fueron enunciadas por gran

parte del personal del turno de sábados, domingos y feriados (SaDoFe) de todas las profesiones, ocupaciones y personal jerárquico de enfermería, al resultar que dicho turno sólo mantiene interacción con el turno noche A y turno noche B (en caso de la organización del personal no médico) ya sea para la toma del pase de guardia como para la entrega del pase de guardia; el turno, SaDoFe no posee comunicación con los turnos mañana y tarde, por ello, ciertas cuestiones del servicio son conocidas solo cuando algún integrante del turno realiza horas extra durante los turnos mañana y tarde. El resto de los turnos mantiene algún tipo de comunicación con el turno mañana.

Si bien los pediatras tienen asignado un día de guardia de 12 hs a la semana, y se distribuyen realizando turnos rotativos, cumpliendo guardias de 12 hs diurnas o 12 horas nocturnas, de acuerdo a la organización que poseen, de igual manera, la comunicación fue el factor facilitador para el cumplimiento de normas dentro del servicio, que expresó una pediatra de turno diurno de día domingo, sin embargo, si bien reconoce que suelen tener reuniones de equipo, expresa que muchas veces las convocatorias no tienen ningún objetivo y se debieran puntualizar los temas a tratar.

Existe un reconocimiento del turno mañana, tarde y noche en el personal de enfermería de que las reuniones tienen lugar durante el turno mañana y reconocen que debieran realizarse en todos los turnos y resultaría necesario que el jefe se encuentre presente, asimismo, una administrativa del turno mañana reconoce la inexistencia de reuniones para administrativos en ese turno.

El segundo factor facilitador reconocido ampliamente sería la protocolización de las normas, ya que, si no están elaboradas formalmente y reconocidas por todo el equipo de salud, no se llegarán a cumplir, en este sentido, se evidenció que un enfermero del turno SaDoFe, una enfermera del turno tarde y una administrativa del turno noche B elaboraron o pretenden elaborar normativas propias para cada turno, evidenciando una visible fragmentación del servicio o una concepción acéfala del mismo, ya que al no existir una propuesta formal de organización de parte de los jerárquicos, al parecer, cada turno laboral

construye una organización hacia el interior de cada equipo de trabajo, y esto hace que se evidencien ciertas diferencias en el servicio.

El tercer factor facilitador explicitado por los entrevistados fue la necesidad de la presencia de los jefes en cada turno laboral, ya que exponen que la jefatura y las reuniones de equipo solo tienen lugar durante el turno mañana, y gran parte de los entrevistados del turno tarde, ambas noches y SaDoFe se mostraron molestos de que la comunicación de ciertas normativas sean a través de un papel pegado a la pared.

En relación a los factores obstaculizadores de la implementación de las normas, se observó:

En primer lugar, se observa la ausencia de un mecanismo de control del cumplimiento de ciertas prácticas e inexistencia de sanciones por incumplimiento de las mismas, que tienen lugar no solo el servicio, sino en la institución en general.

En segundo lugar, la falta de recurso humano y otros recursos, expresado por dos encuestadas pertenecientes al personal jerárquico de enfermería y un ayudante de enfermería del turno noche B.

En tercer lugar se destaca una gestión ineficiente de los jerárquicos en relación la elaboración de normas y gestión del mantenimiento de materiales y provisión del mismo; también se destaca una falta de responsabilidad en el puesto de trabajo de los agentes, reconocido por un administrativo del turno SaDoFe y un enfermero de turno noche A.

Otros factores obstaculizadores para la implementación de normas que se reconoció fueron la falta de colaboración y la falta de comunicación.

9.4. Clima laboral y perspectiva de género

Cabe señalar que se ha dado cumplimiento con el cuarto objetivo propuesto en el presente trabajo, es decir, analizar la existencia de cuestiones de género que ejercen influencia en el clima laboral y en la dinámica profesional en el personal de salud de la guardia de pediatría del Hospital Prof. D. A. Posadas.

1.1 Invisibilización de cuestiones de género:

Si bien se pudo evidenciar que gran parte de los entrevistados no reconocen cuestiones de género que pueda influir en el trabajo, ya que para ellos son todos iguales, es decir, no importa si es mujer o varón:

“El sexo no tiene nada que ver en este sentido” (Enf3), (Ad2), (AyE4), (Ped2)

“Para mí es igual” (Ad3)

“No reconozco diferencias de género pero si de profesiones” (AyE1)

En los relatos puede evidenciarse como el orden social basado en una visión androcentrista y masculina se impone como natural, al punto que no encuentran diferencias de género en el trabajo, sin embargo de la investigación surge que las mismas están presentes y afectan a las mujeres de manera desigual en relación a los hombres en diferentes instancias del trabajo y limitan su autonomía.

En efecto, aunque los entrevistados no reconocen cuestiones de género, durante el relato se evidencia una invisibilización de esta característica: Así, respecto a cómo se comunican las normas un entrevistado expresa:

“Personalmente no creo que sea una cuestión de género, sino una cuestión de poder (...) la hijaputez no pasa por el sexo” “El que es mala persona es mala persona no importa lo que sea”. Continúa: *“En cuanto al ejercicio del poder: “¿Sobre quién tengo poder yo como jefe? Sobre un determinado grupo, y al único grupo que yo le puedo decir esto se hace así, como yo lo digo es al grupo que tengo más cercano: Turno mañana, enfermeras”*. (Utiliza género femenino)(Enf2)

Cabe señalar que en el equipo de enfermería en su mayoría está formado por mujeres. Existe un fenómeno en el servicio, en el hospital y en el sistema de salud argentino: la feminización de la enfermería y de ciertas profesiones de salud, lo que a pesar de ser cuantitativamente mayor en número de personas

que se dedican a estas profesiones, ello no le asegura mejores condiciones laborales, ni mejores sueldos o más estabilidad, sino lo contrario.

Existen tareas que cultural e históricamente son asociadas a las mujeres y otras, aquellas relacionadas con la fuerza, se encuentran vinculadas a los hombres, así, algunos ayudantes de enfermería entrevistados naturalmente reconocen:

“Si, quizá haya cosas que los varones no quieren hacer, y lo hacen las chicas: por ejemplo el lavado de materiales o hacer camas, es muy raro que los varones estén haciendo ese trabajo, de última lo hacen. Hay tareas que son más femeninas y otras más masculinas como el traslado del paciente que es una tarea más pesada, pero las chicas también trasladan pacientes” (AyE2)

“Obviamente somos todos iguales, pero a las mujeres no las vamos a hacer camillar, ellas que se encarguen de las cuestiones de servicio: Limpiar los elementos, ordenar el material y si necesitan algo les daremos una mano, estas cuestiones son arreglos entre nosotros, a la mañana hacemos igual”. (AyE5)

“Si, por ahí los pacientes que hay que trasladar en camilla los llevamos los varones y nuestra compañera mujer por ahí se ocupa de llevar muestras de laboratorio, eso lo arreglamos entre nosotros, tenemos la libertad para organizar nuestro trabajo”. (AyE6)

1.2 Comportamiento maternal y rivalidad entre mujeres:

Se visualiza ciertos comportamientos maternos:

“Yo soy como una madre para ellos, y les hago ver sus errores (...) yo planifico y ellos me siguen” Refiriéndose a sus colegas (Enf4)

Existe una tendencia a exponer que existe una cierta rivalidad entre mujeres, como una cierta competencia, situación que no sucedería entre los varones.

“Si existe una situación problemática, las pongo en su lugar” (Enf4)

Utiliza artículo femenino.

“Con el jefe médico tengo una relación excelente, pero con la jefa médica...ella tiene su forma de ser y conoce mi forma de ser”, reconoce, “Entre mujeres se choca mucho, no así con los hombres, las mujeres tienden a ser más autoritarias que los hombres, y yo tengo carácter bastante fuerte” (Enf4)

“No reconozco diferencias de género en el servicio (...) hay mucha presencia masculina en mi turno, los ayudantes de enfermería son todos hombres y en cuanto a enfermeros hombres también bastantes, la mayoría tiene 2 trabajos, tanto mujeres como hombres”. “Personalmente no sufrí situaciones de violencia dentro de la institución (...) lo he visto en compañeras”. Expresa que actualmente hay muchos supervisores hombres y que anteriormente había más supervisores mujeres, reconoce que existen más roces entre las mujeres (Jerárquico mujer a no jerárquico mujer). (Enf6)

1.3 Percepción del hombre en un sector altamente feminizado:

El hombre se percibe como dotado de atributos especiales por realizar su actividad en un ámbito feminizado. También así es percibido por las mujeres.

“No se ven cuestiones de género (...), corro con la ventaja de ser el único varón con un montón de mujeres en el servicio” (...) “Soy un poco el líder de la manada, como soy el único varón...” (Enf5)

La actividad de las mujeres suele ser significada de manera diferente a la de los hombres. La actividad, forma de ser del hombre es vista como más honrables, con mayor sabiduría, reflexión, comprensión. Mientras que la de las mujeres suele ser infravalorada, cargada de prejuicios, de sesgos de género (competencia, envidia, poca racionalidad en las decisiones que toma, autoritarismo).

En este sentido, en otros entrevistados las cuestiones de género son reconocidas y vivenciadas en las siguientes expresiones:

“El hombre, en general tiene otro modo de decir las cosas, es más comprensivo, más tranquilo. La mujer es como más autoritaria, como

que se impone más: se hace así o se hace así”, también choca mucho la rivalidad; es real que siempre hay mucha competencia entre mujeres en sí. Creo que son más aceptables las propuestas o lo que te diga un varón que una mujer” (Enf1).

“Veo que siempre la mujer favorece al varón” “A la tarde tengo que realizar fuerza durante el transporte de pacientes, y a mis compañeros no les importa si salgo sola, en cambio en el turno de sábados, domingos y feriados se contempla que el hombre realice el trabajo más pesado y las mujeres lavemos materiales o limpiemos y preparemos las camas”.(...) “Cuando el coordinador de enfermería del servicio se enteró que tenía tareas livianas dijo que en el servicio “No quería ninguna mujer” “No nos quieren porque suponen que las mujeres no podemos hacer fuerza” “Y no podía concebir a una mujer en la guardia y encima con tarea liviana” “Él quiere hombres para que hagan fuerza, no quiere que le digan...me duele el hombro” Expresa que es entendible ese pensamiento...“El como jefe concibe que no le va a servir una mujer, no por una cuestión de género, sino por una cuestión de biología, de fuerza” “Que en una emergencia un hombre le responda, y también debe ser porque se dice que los varones son menos problemáticos, pero creo que se debe más por una cuestión de fuerza”. Respecto si se sintió discriminada por su condición de mujer ante los demás y el trabajo, expone: “Todo el tiempo, los varones tienen más privilegios, se ve entre los pares y con la supervisión”, entre sus pares expresa “Sufría discriminación por parte de enfermeras mujeres”. (AyE3)

“El hombre, frente al paciente que viene a consultar es más respetado, sobretodo en la guardia de adultos, a los hombres se los respeta más (...)” “Entre mis compañeros no existen cuestiones de género el trato es igualitario” (Ad1)

“La medicina y la salud ya no da plata, los hombres se dedican a estudiar otras carreras y se nos dio lugar a las mujeres porque estas carreras son mal pagas” (Ped1)

“Personalmente creo que a mí me tomaron de punto, porque no caí bien (...) yo los abordé para saber qué problemas tenían conmigo y tuvieron respuestas sin sentido” (...) “Dicen: Mira que tonta esta... (Refiriéndose a ella), no paró en todo el día, y vos los ves ahí sentados” (AyE3)

Del registro de observación participante surge que existe más presencia masculina durante los turnos noches, esta tendencia se observa en el personal administrativo, de enfermería y ayudantes de enfermería, estos reconocen que en general, el personal de dicho turno, independientemente del género, realizan otra actividad, tienen otro trabajo o estudian una carrera terciaria/universitaria.

En relación a los ayudantes de enfermería se encuentra mayor presencia masculina en todos los turnos laborales, pero existe una tendencia a la división de tareas, que surge de común acuerdo, entre varones y mujeres. El turno de SaDoFe no es ajeno a esta tendencia, y además la mayoría también se encuentra estudiando una carrera terciaria/universitaria.

En general, el personal de enfermería de todos los turnos, independientemente al género, se encuentra terminando la licenciatura o realizando algún tipo de post grado, ya que existe desde hace unos años el incentivo de ascender en el tramo de la carrera hospitalaria.

En el grupo de enfermería, ampliamente feminizado, se observa que de los 5 turnos laborales, 3 de ellos poseen referentes hombres.

Existe gran presencia masculina en relación al personal jerárquico: Jefe de administrativos, jefe de enfermería, coordinador de enfermería y coordinador médico del servicio. Si bien la supervisión de enfermería es mayoritariamente femenina, las decisiones del servicio relacionadas a enfermería son tomadas por el coordinador. En cuanto a los jefes médicos del servicio se encuentran 2 obstetras hombres y 1 pediatra mujer.

En el personal médico de todos los turnos, mayoritariamente se observa personal femenino.

10. Recomendaciones de gestión

A partir de la información obtenida en la presente investigación se formulan algunas recomendaciones para la gestión que buscan ser una guía en el proceso de mejorar el clima laboral y el cumplimiento de la normativa legal.

1.- Estabilidad laboral y formalización: De los puntos críticos en los que el estado nacional y la institución debieran trabajar es en resolver la estabilidad laboral de los trabajadores ya que es una irregularidad que persiste y empeora con el paso del tiempo, genera precarización laboral y claramente influye en el desempeño de los trabajadores.

2.- Gestión eficiente de recursos humanos: Para lo cual además debería llevar a cabo concursos públicos de oposición y antecedentes; desarrollar una carrera profesional, promover la capacitación continua. En particular dada la relevancia que tiene el personal jerárquico en los diferentes turnos y el rol que ejercen de liderazgo, es necesario asegurar la apertura de concursos transparentes para la elección de los jerárquicos por idoneidad, capacitación, experiencia y orden de mérito, desestimando y denunciando los actuales mecanismos de ascenso “a dedo” de los puestos, proporcionando a los agentes iguales posibilidades a acceder a un puesto jerárquico. Por otro lado, mejorar el incremento de sueldos, de modo de abordar la problemática de pluriempleo y pluriocupación, que afecta fundamentalmente a las mujeres en la institución analizada.

3.- Cambio cultural: Promover procesos de sensibilización en el personal de salud en relación a la necesidad de generar un cambio cultural en la organización, en el que se promuevan valores institucionales, las misiones, y funciones, a fin de evitar conductas informales, anómicas que parecieran ser comunes a cualquier institución estatal.

Elaborar mecanismos de incentivo para el trabajador que muestra un buen desempeño y llamado de atención de las conductas no apropiadas.

4.- Abordar situaciones de violencia en los servicios. Desnaturalizarlas: Trabajar en crear mejores condiciones de trabajo, reflexionar respecto de la violencia institucional que se encuentra invisibilizada en los trabajadores ya que

es inconcebible, de acuerdo a lo expuesto en las entrevistas, la naturalización acerca de la inexistencia de un mecanismo de reemplazo entre los pediatras o la disposición del recurso de enfermería para cualquier sector del hospital, desestimando su especialización y la presencia de la histórica imposición del modelo médico-hegemónico.

5.- Protocolización de procesos: Es necesario trabajar en procesos participativos, simétricos para la elaboración de manuales de procedimiento exclusivos del servicio, que además sean conocidos y aplicados. La participación será fundamental para la implementación de la normativa nueva. Es necesario consensuar las prácticas de todos los agentes teniendo en cuenta las particularidades de cada turno laboral, pero también una mirada institucional y global, es necesario abordar los procesos de cambios institucional, mediante la incorporación de la mirada del paciente y del personal de salud.

6.- Capacitación permanente: Incentivar la capacitación permanente del personal de acuerdo a la función que desarrolle, mediante estrategias que aseguren la accesibilidad de los agentes a los cursos y trabajar en un proceso de inducción a la tarea en el personal ingresante.

7.- Mejora en los procesos de comunicación interna: Incentivar la comunicación entre el personal y los jerárquicos, mediante la realización de reuniones de equipo interdisciplinarias a fin de afianzar los vínculos entre las diferentes profesiones/ocupaciones. Democratizar las decisiones, hacer partícipes a los agentes en el tratamiento de ciertas problemáticas del servicio.

8.- Fomentar liderazgos positivos: El personal jerárquico debiera trabajar en legitimar su liderazgo, ya que, como lo afirma Tyler (2006) uno de los factores organizacionales que influyen en el cumplimiento de las normas es la legitimidad (13)

9.- Fortalecimiento de la Comisión de Igualdad de Oportunidades y Trato: Trabajar en el fortalecimiento, difusión de las actividades y discusiones que se generan a partir de la comisión, para asegurar el tratamiento efectivo, por parte de la institución, de situaciones de conflicto y violencia, y en particular abordar

aquellas inequidades de género, tal cual lo garantiza el convenio colectivo de trabajo.

Todo esto serían grandes estímulos y factores motivacionales para los trabajadores que redundarían en mejoras en el clima laboral y la institucionalidad.

11. Conclusiones

A partir de las entrevistas realizadas a los diferentes agentes del servicio de guardia pediátrica del Hospital Prof. Dr. A. Posadas, se puede señalar que se lograron cumplir los objetivos propuestos en el presente trabajo. Se ha podido describir el perfil sociodemográfico de los mismos, caracterizar el clima organizacional en cuanto a los factores organizacionales y personales o individuales que reconocen, identificar y describir factores de la organización que obstaculizan y/o facilitan la implementación de normas según turno laboral y ocupación, así como también analizar la existencia de cuestiones de género que ejercen influencia en el clima laboral y en la dinámica profesional.

La metodología elegida fue consistente con los objetivos planteados, así se realizó un estudio descriptivo, observacional, de diseño no experimental, transversal, cuali-cuantitativo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y se llevó un registro de observación participante. La muestra fue intencional se seleccionando informantes clave. La información fue analizada por medio de método de análisis temático.

Entre los principales resultados se encontró que la mayoría del personal entrevistado recurre al pluriempleo y pluriactividad. La mayoría de los entrevistados trabajan más de 36 hs semanales, es decir, poseen un trabajo y realizan horas extras, o poseen 2 trabajos; dentro de este último grupo se encuentra personal femenino, lo que acentúa diferencias de género.

El personal de salud en todo los turnos se encuentra feminizado. Las percepciones del personal de salud se encuentran atravesadas por esquemas de género, sin embargo suelen no ser percibidas o problematizadas las diferencias dentro de los servicios, naturalizándose las desigualdades. Se observaron modalidades irregulares y coexistencia de diferentes formas de contratación, que se han sostenido en el tiempo, sin concursos de cargos, todo esto es percibido como uno de los principales problemas que afecta el clima laboral y el acatamiento de normas del servicio. Se describieron conductas informales por parte de los trabajadores vinculadas al acceso de los cargos jerárquicos por amiguismo o afinidad ideológica o a falta de responsabilidad en el puesto de trabajo.

Se señalaron otras deficiencias por parte de la institución que llevan al funcionamiento anómico, en cuanto al tratamiento de cuestiones conflictivas, la falta de incentivos, capacitación y escasa gestión del recurso humano, fragmentación del servicio y diferencias significativas según los turnos, tanto en el acatamiento de las normas, la disponibilidad de personal, la cantidad de insumos y equipamiento disponible, la obediencia e implementación de procesos uniformes o protocolos. Aun así se evidenció un clima laboral ambivalente, expresado por sentimientos de amor-odio hacia la institución. Respecto de la caracterización del clima organizacional los principales hallazgos se centraron en una descripción anómica del servicio, una concepción ilegítima y arbitraria de las disposiciones comunicadas.

Hacia el interior de cada turno laboral, se pudo observar que gran parte de las opiniones de los entrevistados reconocen un tipo de liderazgo democrático o participativo, este aspecto es favorecido por la presencia de un referente, en los casos donde existe esa figura. Respecto de la opinión en relación del tipo de liderazgo de los jerárquicos (no médicos), las opiniones están divididas entre quienes reconocen un tipo de liderazgo democrático y participativo, – turno mañana, noche B y menor proporción el turno tarde – y un liderazgo ausente o con tendencia al autoritarismo y verticalismo – turno SaDoFe y en menor medida el turno noche A.

En relación a los factores que resultarían ser facilitadores de la implementación de normas, éstos estarían vinculados a reforzar la comunicación y las reuniones de equipo, la protocolización de normativas y la presencia activa de los jefes en todos los turnos laborales. Como factores obstaculizadores tuvieron lugar la ausencia de control y la falta de recursos humanos, la falta de procesos consultivos y participativos, también se encontró la falta de responsabilidad en el puesto de trabajo.

Dentro de los principales aportes de esta investigación se generó conocimiento acerca de los motivos por los cuales los trabajadores no adhieren al cumplimiento de las normas, se crearon propuestas para mejorar el clima organizacional del servicio y se establecieron sugerencias y recomendaciones para sensibilizar la adherencia a las normativas mediante la revisión y autoevaluación de la práctica diaria, asegurando una atención de calidad.

Se puede señalar como limitaciones de la investigación la inaccesibilidad a los datos sociodemográficos por parte de los jefes de las diferentes profesiones/ocupaciones, al no existir un registro unificado por parte de la oficina de recursos humanos. Otra de las limitaciones fue acceder a entrevistar al jefe y coordinador de enfermería y al coordinador médico del servicio, ya que los primeros se encontraban en reuniones de trabajo y el segundo se encontraba con licencia médica.

Se recomienda profundizar las principales líneas de investigación: 1) Comparar y analizar las condiciones laborales con otro hospital de similar característica. 2) Evaluar la incidencia de infecciones nosocomiales. (En relación a la existencia de manuales de procedimiento).

Dentro de los principales aportes de esta investigación fue generar un espacio donde cada uno de los agentes pudo expresar opiniones acerca de su experiencia laboral en la institución, la mayoría se refirió a la investigación como una propuesta innovadora, a la que no habían tenido acceso anteriormente, resultó muy bien recibida y aceptada, significando ser un medio de expresión de variados pensamientos y sentimientos. La deuda histórica que tiene el estado con los trabajadores respecto a la estabilización laboral, la ausencia de protocolos, las situaciones de violencia laboral que no son tratadas por la institución, la ausencia de concursos y disposición de puestos “a dedo”, fueron algunos de los temas más denunciados por los entrevistados. Expresaron que no poseen un canal para expresar sus reclamos y a la vez ser escuchados.

Otro aporte interesante fue demostrar la resistencia y el deficiente acatamiento que se evidencia por parte de los entrevistados a causa del déficit comunicacional y las imposiciones arbitrarias por parte de los jerárquicos, situación empeorada por la presencia del modelo médico hegemónico en la comunicación de ciertas normativas.

Otra contribución considerable es respecto a la perspectiva de género, invisibilizada en la mayoría de los agentes, descubriéndose conductas discriminatorias que han llegado a ser alarmantemente naturalizadas.

Además se generó conocimiento acerca de los motivos por los cuales los trabajadores no adhieren al cumplimiento de las normas, se crearon propuestas para mejorar el clima organizacional del servicio y se establecieron sugerencias y recomendaciones para sensibilizar la adherencia a las normativas.

De los resultados obtenidos se evidencia la necesidad de iniciar procesos de reformas, modernización y gestión eficiente del recurso humano, basadas en perspectiva de derecho y de género, en pos de cumplir con las obligaciones que le caben al Estado -en tanto Hospital perteneciente al sub-sector público-, en estos procesos, teniendo en cuenta la efectividad, la eficiencia, pero por sobre todo la equidad en la asignación de recursos, todo ello orientado en mejorar el clima laboral y con ello el cumplimiento de las normas del servicio.

12. Referencias Bibliográficas

(1)- Disponible en www.hospitalposadas.gov.ar/

(2)- Disponible en:
www.hospitalposadas.gov.ar/institucional/pei/recursos/hap_planestrategico_14_16.pdf

(3)- Chiang Vega, M. M., Salazar Botello, C. M., Huerta Rivera, P. C., & Nuñez Partido, A. (2008). Clima organizacional y satisfacción laboral en organizaciones del sector estatal (Instituciones públicas) Desarrollo, adaptación y validación de instrumentos. *Universum (Talca)*, 23(2), 66-85.

(4)- Caraveo, M. D. C. S. (2004). Concepto y dimensiones del clima organizacional. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, 27, 78-82.

(5)- De Lima Trindade, L., Coelho Amestoy, S., Adyles Muniz, L., Biolchi, T., Pires de Pires, D. E., & Schubert Backes, V. M. (2011). Influencia de los estilos de liderazgo del enfermero en las relaciones interpersonales del equipo de enfermería. *Enfermería global*, 10(22), 0-0.

(6) Guirado, M. I. C., Navas, M. S., & Alonso, F. M. (2004). El acceso de las mujeres a puestos directivos: Género, contexto organizacional y estilos de liderazgo. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 57(2), 181-192.

(7) Sauter, S. L., Murphy, L. R., Hurrell, J. J., Levi, L., Levi, L., Levi, L.,... & Monk, T. H. (2012). Factores Psicosociales. *MAGER Jeanne. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo*, 34-2.

(8) Arias Jiménez, M. (2007). Factores del clima organizacional influyentes en la satisfacción laboral de enfermería, concerniente a los cuidados intensivos neonatales del Hospital Nacional de Niños, 2004. *Rev Enf Costa Rica*, 28(1), 12-19.

(9) de Programación Técnica, S. LOS CONFLICTOS LABORALES EN LA SALUD PÚBLICA EN LA ARGENTINA. Disponible en: http://www.trabajo.gob.ar/left/estadisticas/descargas/toe/toe_09_05.pdf.

(10)- Real academia española (2016), Definición de Norma. Disponible en: www.dle.rae.es

(11)- Jorge Daniel Lemus, Salud Pública, Marco conceptual e instrumentos operativos, CIDES 2001. Disponible en: <http://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud%20Comunitaria/M6/6.%20ORGANIZACIONES%20DE%20ATENCI%D3N%20DE%20LA%20SALUD.doc>

(12)- Catoira, P. F. (2009). Burocracia y Anomia. Un análisis de la informalidad en el comportamiento de los empleados estatales. Isuani Ernesto Aldo (1999), "Anomia social y anemia estatal: sobre integración social en la Argentina" en Los noventa: política, sociedad y cultura en América Latina y Argentina de fin de siglo, Buenos Aires, Eudeba.

(13)- Martín, F. D., González, A. B., & Román, C. P. (2010). Legitimidad como factor clave del éxito organizativo. Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa, 16(3), 127-143.

(14)- Guevara, L. E. M. (2016). El uso del lenguaje, más allá de las normas. Sophia: Colección de Filosofía de la Educación, 1(20), 245-264.

(15)- Morales, A y Pons, O., 2002, Influencia de la organización en la motivación laboral. Aplicación al caso de una Administración Pública, Capital Humano, nº 151, pp. 26-36.

(16)- Hernández, J. M., Shih, P. C., Contreras, M. J., & Santacreu, J. (2001). El efecto de la competencia y la eficacia en la evaluación objetiva de la transgresión de normas. Análisis y modificación de conducta, 27(112), 205-227.

(17)- Carmona, F. (2004) Gestión del recurso humano en la empresa. Bogotá: Tecno Press Ediciones Ltda.

- (18)- Martínez, R. G., López, J. M., & Rivas, M. O. A. (2003). Actitud del personal de enfermería ante el proceso administrativo de rotación por los servicios hospitalarios. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 11(1), 35-42.
- (19)- Azcorra, A., Buchter, I., Catoira, P., & González, I. UNA MIRADA SOBRE TRANSFORMACIONES Y SINGULARIDADES DEL APARATO ESTATAL.
- (20)- Reeve, J (2003) Motivación y emoción. México: Mc Graw Hill.
- (21)- Forero Aparicio, L., León Gómez, S., Murcia Jaramillo, L., & De Uribe, S. (2013). ¿Cuáles son las necesidades que direccionan el comportamiento humano identificadas en teorías contemporáneas de la motivación y su relación con la cultura y la satisfacción laboral? (Doctoral dissertation).
- (22)- Herzberg, F. (1954). La Teoría de la Motivación-Higiene. Recuperado de http://materiales.Untrefvirtual.edu.ar/documentos_extras/1075_Fundamentos_de_estrategia_organizacional/10_Teoria_de_la_organizacion. Pdf ISSN, 1729-4827.
- (23)- Nino, C. S. (2005). *Un país al margen de la ley: estudio de la anomia como componente del subdesarrollo argentino*. Ariel.
- (24)- Beramendi, M. R., & Zubieta, E. M. (2012). Norma perversa: transgresión como modelado de legitimidad. *Universitas Psychologica*, 12(2), 591-600
- (25)- Menéndez, E. L. (2016). El Modelo Médico Hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu D'Etnografía de Catalunya*, (3), 84-119.
- (26)- Bronfman, C. (2002). Propuesta para el análisis de una relación compleja. *Género y Salud*: 101-121.
- (27)- Esteban M.L. (2006). El estudio de la Salud y Género. Las ventajas de un enfoque antropológico feminista, *Salud Colectiva*, 2 (1): 9-20
- (28)- Lamas, M. (2000). *El género es cultura*. Campus Euroamericano de Cooperación cultural. Portugal: Awada.

- (29)- Bergesio, L. (2006). Mujeres visiblemente invisibilizadas. La antropología y los estudios de la división sexual del trabajo. *Revista del Centro de Estudios Históricos e Interdisciplinarios Sobre las Mujeres, Tema de Mujeres, 2(2)*.
- (30)- Valderrama Ponce, M. J. (2006). El cuidado, ¿una tarea de mujeres? *Vasconia, 35*, 373-385.
- (31)- Candido, A. D. S. C. (2015). 53• Influencia del poder disciplinar en la formación y en la práctica del profesional de enfermería: una reflexión foucaultiana. *e-Universitas UNR Journal, 1(15)*, 261-2279.
- (32)- IMAGINARIOS Y DECISIONES MIGRATORIAS DE LOS JÓVENES PROFESIONALES DE LA SALUD; UNA PERSPECTIVA DE ANÁLISIS PARA LA CARENCIA DE RECURSOS HUMANOS ESPECIALIZADOS EN EL SUBSECTOR PÚBLICO. Estudio Exploratorio cuali-cuantitativo. Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación. Mayo de 2014. Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.
- (33)- Ramos, A., Sarrió, M., Barberá, E., & Candela, C. (2002). Mujeres directivas y demandas organizacionales. *Revista de psicología social, 17(2)*, 183-192.
- (34)- Molyneux, M. (2011). Justicia de género, ciudadanía y diferencia en América Latina. *Studia historica. Historia contemporánea, 28*, 29.
- (35)- Costa, M. (2010). El debate igualdad/diferencia en los feminismos jurídicos.
- (36)- Maceira D. y Cejas C. (2010). Salud y recursos Humanos en Salud. Documento de Trabajo, *CIPPEC: 46*, 1-55.
- (37)- Pautassi, L. C. (2001). Equidad de género y calidad en el empleo: las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina: síntesis. *En: Hacia la institucionalización del enfoque de género en las políticas económico-laborales en América Latina: informe del Seminario Regional-LC/L. 1667-P-2001-p. 37-41*.

- (38)- Burin, M. (2008). Las “fronteras de cristal” en la carrera laboral de las mujeres. Género, subjetividad y globalización. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 39(1), 75-86.
- (39)- Gosálbez, M. I. P. (2012). Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad/Women in the health profession: between equality and inequalities. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30(2), 497-518.
- (40)- Lagarde, M. (1996). Identidad de género y derechos humanos. La construcción de las humanas. *Guzmán Stein, Laura y Silvia Pacheco (comps.) Estudios básicos de derechos humanos IV. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José, Costa Rica.*
- (41)- Castellón, D., & María, A. (2012). Hostigamiento laboral: amenaza permanente para enfermería. *Enfermería Global*, 11(28), 120-136.
- (42)- Fernández, J. M. F. (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica. *Cuadernos de trabajo social*, 18, 7-31.
- (43)- Sistema de Salud de Argentina 2011, Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/06.pdf>.
- (44)- Norma de Organización y funcionamiento de los servicios de guardia en los establecimientos asistenciales 2001, Disponible en: www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/428_2001.pdf
- (45)- Normas de Organización y funcionamiento de Servicios de Pediatría 2004, Disponible en: servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/96320/norma.htm
- (46)- Régimen legal del ejercicio de la Medicina, odontología y actividades auxiliares de las mismas, Ley 17.132, Disponible en: estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/.../Leyes%20Nacionales/Ley%2017132.pdf
- (47)- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (1996). Metodología de la investigación. Edición McGraw-Hill. Pag 92.

- (48)- Lemus, J. D., & Aragües y Oroz, V. (2007). Investigación en sistemas y servicios de salud: Bases epistemológicas, metodología, abordaje operativo y formación de recursos humanos. Corpus. Pag 65.
- (49)- López, M. J., Marí-Dell'Olmo, M., Pérez-Giménez, A., & Nebot, M. (2011). Diseños evaluativos en salud pública: aspectos metodológicos. Gaceta Sanitaria, 25, 9-16.
- (50)- Lemus, J. D., & Aragües y Oroz, V. (2007). Investigación en sistemas y servicios de salud: Bases epistemológicas, metodología, abordaje operativo y formación de recursos humanos. Corpus. Pag 66.
- (51)- Ulin, P., Robinson, E., Tolley E., (2006) Investigación aplicada en Salud pública, Organización Panamericana de la Salud.
- (52)- Tonon, G (2009) Reflexiones latinoamericanas sobre investigación cualitativa, San Justo. Prometeo. UNLaM, Pag 56, 57
- (53)- Cosentino A, Castro Solano A. Adaptación y validación argentina de la Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. Interdisciplinaria [online]. 2008; .25(2): 197-216 [citado 2016-12-26]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272008000200003
- (54)- Tolley, E. E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos* (No. 614). Pan American Health Org.
- (55)- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research New York: Aldine Publishig Company, Capítulo 3: "El muestreo teórico", pp 45-77.
- (56)- Barroso, N. B. (2016). Estudios cualitativos en calidad de vida. Teoría y práctica. Redes: revista hispana para el análisis de redes sociales, 27(1), 144-147.

12. Anexos

12.1 Aprobación del plan de tesis

COMITÉ DE BIOÉTICA "Dr. Vicente Federico Del Giudice"
COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS

El Palomar, 10 de marzo de 2017

COORDINADOR
Carlos Apezteguía
Médico intensivista
Investigador

SECRETARIA
Noemí Casace Linares
Diploma Superior en Bioética
Médica Farmacóloga

SECRETARIA DE ACTAS
Mirta di Michele
Médica neonatóloga
Pediatra

TITULARES
Lidia Albano
Médica intensivista pediátrica
Investigadora

Graciela Andrián
Lic. en Psicología
Mda. en Bioética

Pablo Díaz Aguiar
Médico internista
Auditor

C. Alicia García Otero
Médica oncóloga
Mg. en Física Aplicada

Santiago Repetto
Médico nefrólogo pediátrico
Investigador

Ma. Fernanda Sabio
Prof. en Filosofía
Dra. Humanidades Médicas

Maria Clelia Orsi
Médica intensivista pediátrica
Docente de Bioética (UBA)

Sra. Investigadora:
Lic. Isabel Nogueiras Alcayaga
Coordinación de Docencia e Investigación
Sra. Norma Guadagna
Sr. Director Nacional Ejecutivo
Dr. Pablo Enrique Bertoldi Hepburn
S. ____ / ____ D


Ref 132 LUPeSo/17: "Clima organizacional y factores que obstaculizan y/o facilitan la implementación de normas en el personal de salud la guardia de pediatría del Htal. Prof. Dr. A. Posadas, durante el primer trimestre del año 2017 desde una perspectiva de género y de derecho"

La documentación evaluada es la siguiente:

• Protocolo	30 pág.
• Anexos: Consentimiento Informado	02 pág.
• Anexos: Guía para la entrevista para el personal de salud de la guardia de pediatría del Hospital Posadas	05 pág.
• Anexos: Guía de observación participante	01 pág.
• Anexos: Sector internación	03 pág.
• Anexos: Presentación de los resultados	01 pág.

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, de diseño no experimental, cuali-cuantitativo. Este trabajo será presentado como tesina de la maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Centro de Estudios Interdisciplinarios. Universidad Nacional de Rosario. La directora de esta tesina es María Natalia Etchegoyemberry.

El protocolo respeta los lineamientos de la Declaración de Helsinki, las Guías de la CIOMS (2002), la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 1480/11 y la investigadora se compromete a respetar la Ley 25.326 de Protección de Datos Personales (Ley de Habeas Data). Por lo tanto, este Comité APRUEBA el protocolo para ser implementado en este Hospital.


Pablo Díaz Aguiar María Fernanda Sabio Noemí Casace Linares
Mirta di Michele María Clelia Orsi

Plz. Illia s/N y Marconi, El Palomar (1684), Provincia de Buenos Aires
Correo electrónico: comitedebioetica@gmail.com
Teléfono: (011) 4469-9300 interno N° 5207/5214
FAX: 4469-9210

12.2 Consentimiento informado

La presente entrevista permitirá profundizar acerca de los factores que componen el clima organizacional y su relación respecto al cumplimiento o no de las normas del servicio por parte del personal de la guardia pediátrica del hospital Prof. Dr. Alejandro Posadas.

La información obtenida será analizada con la finalidad de describir el clima organizacional de la guardia pediátrica del Hospital Prof. Dr. Alejandro Posadas, definiendo el perfil sociodemográfico del personal y analizando las diferentes categorías que se desprenden de la dimensión clima organizacional: Por un lado se intentará describir las características del servicio en cuanto a los Factores organizacionales: (Normas de servicio: Conocimiento del personal, disponibilidad, aplicabilidad, características, comunicación, mecanismos, utilidad, cumplimiento e incumplimiento, variación respecto de los turnos laborales, claridad, opiniones y reflexiones. Sección de 8 preguntas cerradas respecto al reconocimiento de conductas informales dentro de la organización. Motivación o presencia de incentivos: Existencia de un plan de carrera, plan de capacitación permanente. Conducta de las autoridades: Sistema de evaluación de desempeño, rotación del personal, opiniones, existencia de castigos. Resolución de conflictos: Canalización de los mismos. Conformidad con el uso de recurso material, equipamiento: Tipo de gestión, suficiencia, calidad, disponibilidad, opiniones respecto al material y equipamiento y además, la descripción de Factores personales/individuales: El instrumento pretenderá describir la opinión del personal de salud respecto a las relaciones interpersonales: Trato entre pares y con otras profesiones, relaciones. Trato con los superiores inmediatos: Tipo de liderazgo percibido, trato con los subordinados, relaciones, conformidad acerca del proceso de planificación de tareas, resolución de conflictos, gestión y la distribución del personal en el servicio realizadas por el jefe/referente de turno y con otros superiores, existencia o no de trato diferencial o situaciones de maltrato. El tipo de comunicación entre pares, con otras profesiones y superiores jerárquicos.

Estos Factores que podrían influir positiva o negativamente en la implementación de normas de servicio en el personal de la guardia de pediatría, se tendrá en cuenta además otros componentes: el turno laboral, ocupación, modalidad de contratación y cuestiones de género y de derecho.

Dicho objetivo se encuentra en el marco de la investigación titulada “Clima organizacional y factores que obstaculizan y/o facilitan la implementación de normas de organización en el personal de salud la guardia de pediatría del Htal. Prof. Dr. A. Posadas, durante el primer trimestre del año 2017, desde una perspectiva de género y derecho”.

La entrevista tendrá una duración de aproximadamente treinta minutos, y como participante se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de sus datos personales y de su desempeño.

Agradezco su participación y contribución a este proceso de entrevista e investigación.

Acepto participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

Al firmar este consentimiento acepto participar de manera voluntaria en este estudio. Se me informó que:

1. En cualquier momento puedo desistir de participar y retirarme de la investigación.
2. Se resguardará mi identidad como participante y se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de mis datos personales y de desempeño.
3. Se me ha brindado información detallada sobre los procedimientos y propósitos de esta investigación. Esa información podrá ser ampliada una vez concluida mi participación.

Firma:.....

Aclaración:.....

Documento:.....

Lugar y fecha:.....

Si tiene dudas respecto de este trabajo de investigación contacte a la investigadora: Licenciada en Enfermería Nogueiras Alcayaga, Isabel, interno 4103, Servicio de Emergencias Pediátricas.

Si Ud. tiene dudas respecto de sus derechos como participante de una investigación, puede dirigirse al Comité de Bioética “Dr. Vicente Federico del Giúdice” se encuentra en el 3º Sector F del Hospital Posadas, se puede contactar con la sede llamando al 4469-9200 interno 5214, o bien con el Dr. Carlos Apezteguia o Dra. Noemí Cacace Linares, en el Interno 5207. También puede mandar un Mail a comitedebioetica@gmail.com

12.3 Guía para la entrevista para el personal de salud de la guardia de pediatría del Hospital Prof. Dr. A. Posadas

Clima organizacional, factores que obstaculizan y/o benefician la implementación de normas

EJE 1 Perfil socio-demográfico:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Antigüedad en el puesto:

Cantidad de horas totales que trabaja semanalmente:

Existencia de pluriempleo:

Modalidad de contratación:

Concurso del cargo:

Turno laboral: Turno mañana-Turno Tarde-Turno noche A-Turno noche B-Turno sábados, domingos y feriados.

EJE 2: Factores organizacionales:

2)- Respecto a las normas de servicio:

1. ¿Qué normas del servicio conoce? ¿Estas se encuentran disponibles ante el requerimiento de cualquier profesional? ¿Considera que la misma se aplica?, ¿Todos las aplican de la misma manera?, ¿Varían según los turnos?
2. ¿Considera que las normas en su práctica cotidiana resultan comprensibles, claras, sin contradicciones? ¿Consideras que la

normativa cuenta con aceptación y consenso por parte del personal de salud?

3. ¿Consideras que la normativa existente puede regular de manera adecuada el comportamiento del personal de salud conforme lo requiere el servicio?
4. ¿Quién comunica la normativa, guías, protocolos, o procedimientos nuevos? ¿Cómo comunica? ¿Por qué canales?
5. ¿Considera que ello es adecuado para su cumplimiento?
6. ¿Cómo se toman las decisiones en el servicio? (de manera vertical, participativa, colaborativa?)
7. ¿Cómo se cumplen las decisiones?
8. ¿Cuáles son las decisiones que mejor se cumplen y cuales la que menos se cumplen? ¿Encuentra alguna explicación a ello?, ¿Existen cuestiones de género implicadas en el acatamiento? ¿Varía según la normativa la comunique una mujer que un hombre?, ¿Varía según profesión?

Claridad de las normas:

1. (Respecto a: “No usar celular en el servicio”-“Límite de hasta 3 salidas del servicio para los agentes fumadores”-“cumplimiento de norma de traslado de pacientes por parte del personal de enfermería” y “Enfermería puede cumplir función en cualquier área del hospital”, desestimando la formación profesional/especialidad del enfermero). ¿Qué opina acerca de la comunicación de las normativas antes expuestas?
2. ¿Existe alguna normativa, disposición que te genera frustración o incomodidad?
3. ¿Considera que hay normativa que no es uniformemente aplicada por todo los empleados o profesiones? ¿Cree que lo que influye es el clientelismo, familiarismo? ¿Considera otras causas?
4. ¿Tiene alguna sugerencia en relación a la forma de comunicación de los nuevos protocolos, normativas a implementar?

A continuación te voy a hacer unas preguntas en relación a tu opinión o conocimiento sobre el **cumplimiento de normas**:

En la guardia pediátrica usted considera que existe: Contestar Si/No/No sabe, no contesta.

1. Flexibilidad en relación a los horarios de ingreso y egreso de la institución, así también en horarios de descanso: Contestar Si/No/No sabe, no contesta.
2. Mecanismo de ascenso dentro de la institución que no condice con la experiencia en el puesto de trabajo ni con las condiciones de idoneidad. Contestar Si/No/No sabe, no contesta.
3. Elección del personal y mecanismos de ingreso a la institución por vías diferentes a las del nombramiento por concurso público y abierto: Contestar Si/No/No sabe, no contesta.
4. Empleo de mecanismos de sanciones o reconocimientos informales condicionados por afinidad ideológica y política, relaciones de amistad o interés personal que determina la función de la tarea. Contestar Si/No/No sabe, no contesta.
5. Uso de mecanismos de evaluación que no representan o no permiten valorar adecuadamente el desempeño de los empleados públicos. Contestar Si/No/No sabe, no contesta.
6. Formas de control de licencias y ausentismos (a veces incoherentes), en algunos casos ausencia de este mecanismo. Contestar Si/No/No sabe, no contesta.
7. Ausencia de compromiso, aptitud y responsabilidad en los diversos puestos de trabajo. Contestar Si/No/No sabe, no contesta.
8. Determinación de decisiones por parte de individuos que no se encuentran facultados para tal fin, sujetos influyentes, que acceden a los cargos jerárquicos más importantes por favoritismo, posición privilegiada de poder o relaciones de amistad y que poseen una influencia importante en los modos de comportamiento del grupo. Contestar Si/No/No sabe, no contesta.

3) Motivación:

1. ¿Reconoce incentivos?: (Francos, días por estudio, días por comisión, día laboral con pago extra, horas extras)
2. ¿Reconoce factores motivadores?: Plan de carrera, plan de capacitación anual: ¿Existen? ¿Lo conoce? ¿La institución lo aplica?

Capacitación permanente:

1. ¿Qué opina de la capacitación que ofrece el hospital? ¿Realizó algún tipo de actualización recientemente? ¿Considera que la organización fomenta a través de la normativa la autoestima y capacidades profesionales?

4) Conducta de las autoridades:

2. Sistema de evaluación hacia el personal: ¿Lo han notificado alguna vez acerca de las evaluaciones de servicio? ¿Qué opina respecto de dichas evaluaciones? ¿Quién evalúa su desempeño laboral? ¿Considera que esa persona es imparcial para realizar tal función?
3. Existencia de castigos: (Amenazas de cambio de servicio, realización de notas, etc.)
4. ¿Se solicita con frecuencia que preste servicio en otro lugar del hospital por falta de personal?, ¿Qué opinión tiene al respecto?

Resolución de conflictos:

1. ¿Cómo se canalizan los problemas de la institución?

5) Respetto al uso de material: (Grado de conformidad)

1. ¿Qué opina respecto de la gestión del material para uso en el servicio? ¿Está conforme con la calidad del material? ¿Está conforme con la suficiencia del material? ¿Qué opinión tiene acerca de los insumos? ¿Qué opinión tiene acerca del equipamiento?

Factores personales/individuales:

6) Relaciones interpersonales:

2. ¿Cómo son las relaciones interpersonales entre pares? ¿Cómo es el trato?
3. ¿Se establece una relación de confianza?
4. ¿Existe un sistema implícito o explícito de premio y castigos? En su caso, ¿En qué se visibiliza?
5. ¿Y en relación a otras profesiones? ¿Qué aspectos cambiaría o mejorará si pudieras? ¿Se establecen relaciones de colaboración entre pares y en relación a otros profesionales?
6. ¿Vivencian situaciones de maltrato? ¿Me podría comentar sobre la dinámica de la misma?
7. Trato con los compañeros: ¿Cómo calificaría su relación con los demás colegas? ¿Recibe colaboración de sus colegas durante el trabajo?, ¿Percibe algún tipo de destrato o maltrato de algún tipo? Entre compañeros-compañero/s hacia Ud. ¿Se toma algún tipo de medida respecto a esto?,
8. Trato con el referente de turno: ¿Qué tipo de liderazgo que reconoce? ¿Cómo es el trato con el referente de turno? ¿Qué opina acerca del proceso de planificación o de la distribución del trabajo por parte del referente? ¿Cómo se distribuye el trabajo en el servicio? ¿El referente de turno interviene en la resolución de conflictos? ¿Percibe algún tipo de destrato o maltrato de algún tipo por parte del referente?
9. Trato con el Jefe de Enfermería del servicio: ¿Cómo definiría el liderazgo (participativo, autoritario)? ¿Es diferente si la orden la imparte una mujer?
10. Trato con el Jefe de Enfermería: ¿Cómo lo definiría? Resolución de conflictos por parte del jefe de servicio: ¿Podría caracterizarlo? ¿Percibe algún tipo de destrato o maltrato de algún tipo por parte del Jefe de servicio?
11. Trato con el supervisor de turno: ¿Qué tipo de liderazgo que reconoce? ¿Cómo es el trato con el supervisor del servicio? ¿Considera que el supervisor del turno resuelve los conflictos que se presentan? ¿Percibe

algún tipo de destrato o maltrato de algún tipo por parte del supervisor de servicio?

12. Trato diferencial: ¿Considera que algún superior (Referente-Jefe de servicio-Supervisor) tiene trato diferencial con algún colega? (¿Lo beneficia o lo perjudica?) Clientelismo, familiarismo...
13. ¿Cómo son elegidos los referentes y jefes en su servicio? ¿Ud. está de acuerdo con ese proceder?

7) Comunicación:

1. ¿Cómo es la comunicación entre pares? ¿Y con otras profesiones? ¿Cómo es la comunicación con los superiores jerárquicos? ¿Se comunican bien las decisiones en relación a la atención de los pacientes? Descripción de cómo es la comunicación: ¿Existen reuniones de equipo, la comunicación es de forma escrita? ¿Es formal o informal? ¿Se contempla las opiniones del grupo?
2. Respecto a la forma de comunicación de las normas del servicio por parte de los superiores, ¿Cómo lo calificaría? ¿Por qué?
3. ¿Considera que sus opiniones son consideradas por sus superiores?

De lo dialogado anteriormente: Para Ud. ¿Cuáles de los factores antes mencionados (u otro que considere) facilitan u obstaculizan la implementación de las normas en el citado servicio?

Para finalizar, ¿Algún aporte que quisiera brindar? (Consideraciones, sugerencias).

12.4 Guía de observación participante

Institución:	Hospital Prof. Dr. A. Posadas
Servicio observado:	Guardia de pediatría
Turno laboral observado:	
Observación del cumplimiento de normas:	
Normas organizacionales: Horario de ingreso/egreso/descansos/Vestimenta adecuada	
Normas de bioseguridad: Lavado de manos, tratamiento de material biológico, cumplimiento de otras técnicas, procedimientos, protocolos, directivas	
Normas de convivencia	
Relaciones entre pares	
Relaciones entre profesiones/ocupaciones	
Relaciones entre el personal jerárquico y el personal no jerárquico	
Lenguaje/comunicación verbal y no verbal	
Otras observaciones	
Inferencias personales	

12.5 Grilla de objetivos específicos/medición

Objetivo	Como se va a medir
<p>Describir el perfil sociodemográfico del personal de la guardia pediátrica: Edad, sexo, ocupación, antigüedad en el puesto, horas de trabajo semanales, existencia de pluriempleo, turno laboral, modalidad de contratación, concurso del cargo y turno laboral</p>	<p>Instrumento: Guía de entrevista semiestructurada al personal de salud. Indagará acerca de todos los ítems de perfil sociodemográfico.</p>
<p>Caracterizar el clima laboral de la institución en cuanto a los factores institucionales y factores personales que reconocen los enfermeros.</p>	<p>Instrumento: Guía de entrevista semiestructurada al personal de salud: Se indagará respecto a la dimensión organizacional: Se desarrolló en base a construcción teórica de la dimensión en: <u>Clima organizacional</u>: Intentará describir las características del servicio en cuanto a los <u>Factores organizacionales</u>: Preguntas respecto de las normas de servicio, motivación o presencia de incentivos, conducta de las autoridades, resolución de conflictos, conformidad con el uso de recurso material, equipamiento y además, la descripción de <u>Factores personales/individuales</u>: El instrumento pretenderá describir la opinión del personal de salud respecto a las relaciones</p>

	<p>interpersonales: Trato entre pares y con otras profesiones y con los superiores inmediatos. Conformidad acerca de la planificación de tareas, resolución de conflictos, gestión y la distribución del personal en el servicio realizadas por el jefe/referente de turno u otros superiores. El tipo de comunicación entre pares, con otras profesiones y superiores.</p>
<p>Identificar y describir factores de la organización que obstaculizan y/o facilitan la implementación de normas de organización del personal de Enfermería según turno laboral.</p>	<p>En base a las respuestas anteriores, se evaluará los factores que obstaculizan y/o facilitan la implementación de normas.</p>
<p>Analizar se existen cuestiones de género que ejercen influencia en el clima laboral y en la dinámica profesional.</p>	<p>En base a las respuestas anteriores, se analizará si existen cuestiones de género que ejercen influencia en el clima laboral y en la dinámica profesional.</p>

12.6 Sector internación

1.- OBSERVACIÓN DE PACIENTES: Boxes y salas de 2 camas para observación de pacientes que no están en estado crítico. El número de camas dependerá del tipo de hospital y la demanda. Se estima un número no menor a 2 camas y de preferencia 4. Estas habitaciones deben contar con cama camilla con cabecera rebatible y barandas laterales, equipamiento mobiliario adecuado (según normas de habilitación jurisdiccional).

2- SALAS DE REANIMACIÓN O SHOCK ROOM: Las medidas de la misma deben permitir la libre circulación de equipos y personal. Se estima como mínimo 12 mts². por cama con puerta de entrada que permita el libre acceso de camillas. Equipamiento ad. Hoc.

3- SALAS DE INTERNACIÓN DE GUARDIA

4- OFFICE DE ENFERMERÍA: Con equipamiento adecuado, sector limpio y sucio con depósito de medicamentos e insumos necesarios. SALA DE REANIMACIÓN Y ESTABILIZACIÓN HEMODINÁMICA (shock room). Superficie 12 mts. Cuadrados por cama. Temperatura 25/26 grados. Humedad ambiente 30 – 60%. Recambio de aire 2 veces por hora. Cama camilla con cabecera rebatible, articulada, con espacio para proceder desde la cabecera a maniobras de reanimación. En la cabecera deben ubicarse: Soportes para sostener monitores y bombas de infusión. Alarmas y sistemas de comunicación. Enchufes en cantidad suficiente y no menos de cinco y a setenta centímetros del suelo. Salidas de oxígeno y aspiración central. De no existir allí, deberán ubicarse tubos de oxígeno con válvula reductora y aspirador eléctrico portátil con un motor de $\frac{3}{4}$ HP como mínimo. Pileta de lavados de manos con canilla operada con el pie o codo y profunda para evitar salpicaduras de agua. Paredes y coberturas de piso lavables y adecuadamente pintadas. Iluminación adecuada general de 100 w. y de gran intensidad focalizada de 150 o 200w y ésta última con algún sistema de aproximación. Conexión al grupo electrógeno. Negatoscopio.

Elementos de examen clínico (Tensiómetro. Estetoscopio adulto y pediátrico. Termómetro). EQUIPAMIENTO: Cardiovascular: Electrocardiógrafo: Monitor con cardioversor y desfibrilador. Con electrodos descartables adultos y pediátricos. Paleta desfibrilador adultos y pediátricos y posibilidad de uso interno. Oxímetro de pulso. Marcapaso interno transitorio (o posibilidad de disponer de él). VÍA AÉREA: Cánulas orofaríngeas. Pinza de Magill. Sets de intubación: laringoscopio de tres ramas rectas y tres ramas curvas con pilas. Tubos endotraqueales con mandril (Adulto, pediátrico y neonatal). Conectores y tubuladuras necesarias. Equipamiento para Cricotricotiroideostomía, traqueostomía con cánulas ad-hoc adulto y pediátrica. Bolsas máscara con reservorio (tipo ambu) para adultos, pediátrico y lactantes si fuera necesario. Máscaras tipo campbell de preferencia con reservorios. Humidificador con calentador para oxígeno aspirado. Respirador de preferencia de transporte y volumétrico. EQUIPO QUIRÚRGICO: Para drenaje de tórax con catéteres adecuados y con tubuladuras, tubos bitubulares y aspirador si fuera necesario. Cajas de cirugía menor: 1 Cajas de suturas: 2; Cajas de punción abdominal: 1. Bandeja sonda vesical canalización. Punción subclavia o yugular, de colocación de sonda nasogástrica. Equipamientos para atención de quemados: irrigador con conexión a canilla. Gasas y geles necesarios. Sábana fría estéril. Otros según necesidad. EQUIPAMIENTO PARA TRAUMA: Tablas largas y cortas con inmovilizadores. Collares tipo Philadelphia de distintos tamaños. Férulas de inmovilización. Camilla para traslados. En el área debe contarse con depósitos de equipos esterilizados de ropa y campos quirúrgicos. Gasas furacinadas, vaselinadas, guantes descartables. Potes de vaselina y pasta para quemados. Material de sutura. Soluciones parenterales y medicamentos de uso común. Es recomendable disponer de “carro de parocardíaco”, que permita el traslado de medicamentos, soluciones parenterales, insumos, dispositivos de uso médico, ropa y elementos de electricidad, de un lugar a otro del shock room y que esté disponible para el resto del sector internación del área. HABITACIÓN DE OBSERVACIÓN: Superficie suficiente para asegurar 6 ms.2 por cama. Temperatura ambiente de 24 – 25 grados, humedad y

recambio de aire adecuados. Iluminación natural por ventana y artificial eléctrica general intensa y focalizada a la cabecera y se recomienda luz de lectura o de noche a la cabecera. Pileta de lavado de manos 1 cada 2 camas. A la cabecera de la cama deberá contarse con soportes que permitan la instalación de equipos diversos (bombas de infusión, monitores etc.), sistema de comunicación, timbres de alarma. Enchufes necesarios no menos de 2 y a 70 cm del suelo. Negatoscopio. EQUIPAMIENTO: Tensiómetro. Estetoscopio, Panendoscopio, termómetro y elementos varios: (orinales, chatas, etc.).Frontoluz, fotófero. Esta habitación será de internación para el paciente que prolongue su estadía en la guardia. Dependiendo de la complejidad del servicio y del hospital se trasladará a una habitación denominada habitación de internación que deberá contar con todos los elementos de la habitación de observación, pero para una o dos camas como máximo B – SECTOR AMBULATORIO CONSULTORIOS: El número total dependerá del tipo de hospital, de la demografía y de la epidemiología, y de otras circunstancias que configuren la demanda. Estos deberán cumplir con las normas de habilitación 6 jurisdiccionales. Los mismos pueden ser generales o de especialidades entre ellas los traumatológicos y ginecobstétricos. Debe considerarse la existencia en el área de una sala de yesos contigua al consultorio traumatológico. Es recomendable una sala para procedimientos médicos (suturas, punciones, etc.). Los consultorios pediátricos deben estar separados del resto. Todos los consultorios deben estar equipados con instrumental y mobiliario adecuado. Debe contar con un lavabo. Debe poseer bolsas en receptáculo para descarte de material y residuos patológicos. Los consultorios ginecológicos y obstétricos deben tener baño. OFFICE DE ENFERMERÍA: Este sector deberá contar con mobiliario adecuado, vitrinas y armarios para el depósito de medicamentos y materiales de uso diario. Heladera para medicamentos y vacunas en el office de enfermería. Cocina de 2 hornallas u horno microonda en el office. Iluminación de emergencia y conexión a grupo electrógeno. C - SECTOR DE ADMINISTRACION: Puede ser el mismo que aquel destinado a la admisión de pacientes, debiendo contar con elementos de comunicación con los consultorios y restos del hospital y

sectores del área. Además contará con equipamiento informático necesario.

D - AREAS DE APOYO. Radiología: Puede ser propia o del hospital según tipo de hospital. Debe contar con equipo convencional con buena resolución como mínimo. Ecógrafo portátil de preferencia. Equipo de radiología portátil opcional. Para hospitales de mayor nivel deberá disponerse de TAC las 24 hs. Laboratorio central del hospital. Propio del área opcional (métodos automáticos al lado del paciente). El laboratorio central deberá remitir de urgencia los siguiente estudios: Hematocrito, recuento y fórmula, ionograma, glucemia, bilirrubina, amilasa, enzimas (TGP, TGOA, CPK) urea. Coagulación (Tiempo de protrombina, coagulación y sangría, KPTT). Estado ácido base. Sedimento urinario. Disponer de elementos y técnicas para recolección de muestras para cultivo y antibiograma. HEMOTERAPIA: Banco de sangre accesible, y la ejecución de técnicas de compatibilización adecuadas y grupos sanguíneo disponibles las 24 hs.

12.7 Tabla 1: Datos sociodemográficos del personal de la guardia de pediatría del Htal. Prof. Dr. A. Posadas, marzo de 2017

Orden	Clave	Edad	Sexo	Profesión/ocupación	Antigüedad en el puesto	Cantidad de hs que trabaja semanalmente	Pluriempleo	Modalidad de contratación	Concurso para el cargo	Turno laboral
1	Enf1	36	F	Lic. en Enfermería	8 años	24 hs + los agregados de feriados	No, estudiante de maestría	Contratada	No	SaDoFe
2	AyE1	32	F	Ayudante de Enfermería	11 años	24 hs + los agregados de feriados + 9 hs de otros trabajos	Si, dicta clases y limpia una casa	Contratada	No	SaDoFe
3	Enf2	50	M	Enfermero	12 años	24 hs + los agregados de feriados + trabajo ad honorem	Si, estudiante de licenciatura	Contratado	Si	SaDoFe
4	AyE2	36	F	Ayudante de enfermería	12 años	24 hs + los agregados de feriados + 35 hs al mes de hs extra	No, realiza horas extra	Contratada	No	SaDoFe
5	Enf3	35	F	Enfermera	2 años	30 hs	No	Contratada	No	Mañana
6	Enf4	58	F	Lic. en Enfermería	9 años	30 hs + 30 hs en otro hospital	Si	Contratada	No	Tarde

7	AyE3	44	F	Ayudante de Enfermería	2 años	30 hs	No	Contratada	Si	Tarde
8	Jenf1	60	F	Personal jerárquico de Enfermería	10 años	24 hs + los agregados de feriados + 30 o 35 hs en la semana como docente	Si	Contratada	No	SaDoFe
9	Ad1	42	F	Administrativa	5 años	24 hs + los agregados de feriados	No	Contratada	No	SaDoFe
10	Enf5	34	M	Lic. en Enfermería, estudiante de maestría	8 años	35 hs semanales + trabajo ad honorem	Si	Contratado	Si	Mañana
11	Ad2	37	F	Administrativa	2 años y medio	35 hs semanales	No	Contratada	Si	Mañana
12	Jenf2	58	F	Personal jerárquico de Enfermería	1 año	30 hs	No	Contratada	No	Tarde
13	AyE4	23	M	Ayudante de Enfermería, estudiante terciario	1 año y medio	30 hs + horas extras	No	Contratado	No	Mañana
14	Ad3	55	F	Administrativa	2 años	40 hs semanales	Si, cuidadora	Contratada	No	Noche B
15	Enf6	41	M	Enfermero	8 años	40 hs semanales	No	Contratado	No	Noche B
16	AyE5	24	M	Ayudante de Enfermería,	3 años	40 hs semanales	No	Contratado	Si	Noche B

				estudiante						
17	Ped1	Grupo	F	Pediatras	Grupo	36 hs semanales	-----	Contratadas	No	Sábados
18	Jenf3	55	F	Personal jerárquico de Enfermería	4 años	24 hs semanales + los agregados de feriados	No	Planta permanente	No	SaDoFe
19	Ped2	36	F	Pediatra	6 años	36 hs semanales	No	Contratada	No	Domingos
20	Enf7	62	M	Enfermero	15 años	40 hs semanales	No	Contratado	No	Noche A
21	AyE6	22	M	Ayudante de Enfermería	2 años y medio	40 hs semanales	No	Contratado	Sí	Noche A

Fuente: Elaboración propia.