

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE PERIODISMO Y COMUNICACIÓN SOCIAL

Trabajo de tesis realizado como requisito para optar al título de
Doctor en Comunicación

**Contribución al estudio de las estrategias comunicativas en
hospitales pediátricos de la ciudad de La Plata**

AUTOR: Lic. Pelitti, Pamela

DIRECTOR: Dra. Remorini, Carolina

CODIRECTOR: Prof. Uranga, Washington

- Cohorte 2009-

Agradecimientos

Muchas han sido las personas e instituciones que me ayudaron a transitar el Doctorado en Comunicación. A todos ellos mi agradecimiento sincero.

A la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata, a la Secretaría de Posgrado y al Doctorado en Comunicación por todo el apoyo brindado durante el proceso.

A Carolina Remorini y Washington Uranga, Directora y Codirector de Tesis, por su interés en el trabajo, la confianza que pusieron en mí en todo momento, sus palabras de aliento, enseñanzas y acompañamiento durante este largo camino.

A todos los trabajadores de salud del Hospital Sbarra y Hospital Sor María Ludovica que me ayudaron a transitar estos años de trabajo enseñándome el respeto por el trabajo, la profesión y el amor por los niños en la mayoría de los casos.

A mis afectos por sobre todo. A Nicolás y Helena, las razones de mi vida.

Hernán, por estar, comprender mis ausencias y acompañarme siempre.

A mi familia por acompañarme e incentivar me para continuar con mi formación.

A Martha y Celia Miguel por ayudarme con el cuidado de los chicos mientras realizaba el trabajo de campo.

Resumen

El presente trabajo de investigación indaga en las estrategias de comunicación de los trabajadores en su relación con los usuarios de dos hospitales públicos pediátricos de la ciudad de La Plata: el Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría “Sor María Ludovica” y el Hospital Zonal Especializado “Dr. Noel H. Sbarra”.

El objetivo de esta tesis fue caracterizar las estrategias y prácticas de comunicación que ponen en juego los trabajadores en sus interacciones con los usuarios de estos servicios de salud.

Las investigaciones realizadas desde la comunicación en salud han evolucionado en las últimas décadas desde concepciones que ponen el foco en el carácter instrumental, hasta aquellas que plantean perspectivas relacionales de la comunicación. En su desarrollo la tesis expone y describe la transformación del campo de la comunicación en salud tanto en América Latina como en Argentina, caracterizado por una transición desde una perspectiva instrumental a una procesual de los procesos comunicacionales.

Desde el punto de vista metodológico, esta investigación se basa en un diseño de tipo cualitativo que implica la utilización de técnicas adecuadas para el relevamiento de información observacional y discursiva principalmente. El relevamiento de información empírica en cada hospital se realizó mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas a trabajadores y usuarios y observaciones sistemáticas durante los años 2010 y 2014.

El análisis y descripción de las estrategias de comunicación utilizadas se realizó distinguiendo los ámbitos donde se producen estas interacciones (salas de espera, áreas de atención de personal administrativo y consultorios), los trabajadores de estos hospitales pediátricos (personal administrativos, cuidadores hospitalarios, médicos, enfermeros, odontólogos, entre otros) y las particularidades

de los usuarios que concurren a estos hospitales pediátricos de la ciudad de La Plata.

Los resultados obtenidos en esta tesis destacan que las estrategias de comunicación utilizadas por los trabajadores en este tipo de instituciones pediátricas tienden a fortalecer las relaciones con los usuarios. Al mismo tiempo que muestran similitudes en las modalidades de atención de los dos hospitales, de modo que las estrategias implementadas por los trabajadores en la interacción con los usuarios no difieren en función de cuestiones estructurales o de funcionamiento institucional.

Es así como se destaca la implementación de estrategias de comunicación que tienden a configurar relaciones estrechas entre usuarios y personal de salud, tales como la personalización e identificación de los usuarios, la realización de consultas en espacios cerrados con mobiliario que posibilita el diálogo, la explicación detallada del diagnóstico y/o tratamiento poniendo en juego distintas habilidades y técnicas a partir de la utilización de la oralidad, la escritura y/o la explicación práctica.

Por otro lado, el trabajo resalta la importancia de todos los trabajadores como partícipes del proceso de atención y componentes fundamentales en todas las instancias del tránsito de los usuarios por cada una de estas instituciones.

Para finalizar este trabajo se discuten las hipótesis planteadas al inicio de la investigación por referencia a los resultados del trabajo de campo y al marco teórico que orientó la investigación.

Sumario

Introducción.....	7
A. Presentación del tema de investigación y construcción del objeto de estudio .	7
B. Objetivos de la investigación	13
C. Interrogantes e hipótesis que orientaron la investigación	14
D. Algunas precisiones conceptuales.....	16
E. Los hospitales bonaerenses: breve caracterización de las instituciones pediátricas estudiadas	22
F. Breve descripción de cada uno de los capítulos.....	32
CAPÍTULO 1	34
Estado del Arte.....	34
1.1. La Comunicación en el ámbito de la salud: breve reseña sobre el desarrollo del campo	35
1.2. Perspectivas y antecedentes: surgimiento y evolución del campo	41
1.3. Investigaciones contemporáneas sobre comunicación en salud	49
1.4. La comunicación médico- paciente en el contexto de la atención en instituciones de salud	55
1.5. Comunicación y calidad de la atención.....	71
CAPÍTULO 2	76
PROPUESTA METODOLÓGICA.....	76
2.1. Diseño de la investigación	76
2.2. Trabajos de campo	80
2.3. Análisis e interpretación de los datos	86
CAPÍTULO 3	88
ACTORES Y SITUACIONES DE COMUNICACIÓN: CONVERGENCIAS Y DIFERENCIAS ENTRE LAS INSTITUCIONES EN ESTUDIO	88
3.1. Situaciones de comunicación: delimitación del contexto donde se realizó el trabajo de campo.....	89
3.2. Breve caracterización de los usuarios que asisten a cada hospital	95
3.3. Las perspectivas de los trabajadores en torno a la comunicación con usuarios: convergencias y divergencias	98
CAPÍTULO 4	109

ESTRATEGIAS COMUNICATIVAS EN LOS HOSPITALES PEDIÁTRICOS: SU RELACIÓN CON MODOS DE ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL Y PERSPECTIVAS DE LOS ACTORES.....	109
4.1. Estrategias de Comunicación visual.....	110
4.2. Estrategias para facilitar el ingreso y trayecto de los usuarios en el hospital	131
4.3. Estrategias y prácticas de comunicación de los trabajadores en su interacción con los usuarios	136
4.3.1. Las salas de espera como espacios de interacción.....	137
4.3.2. Personal administrativo: acceso y organización de la consulta	140
4.3.3. Relación con los profesionales: estrategias de comunicación utilizadas en la consulta	150
4.3.3. Interacciones de los profesionales con los niños/as.....	170
4.3.4. Adaptación de las estrategias según las características de los usuarios	177
4.3.5. Valor del tiempo para los usuarios: duración de la consulta.....	181
4.3.6 Las historias clínicas como situaciones de comunicación entre los trabajadores	185
4.3.7. Contribución de las estrategias de comunicación a la calidad de la atención y satisfacción del usuario	188
DISCUSIONES Y CONCLUSIONES	195
BIBLIOGRAFÍA.....	213
APÉNDICE	229

Introducción

A. Presentación del tema de investigación y construcción del objeto de estudio

Esta investigación aborda las estrategias de comunicación de los trabajadores¹ en su relación con los usuarios de dos hospitales públicos pediátricos de la ciudad de La Plata: el Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría “Sor María Ludovica” y el Hospital Zonal Especializado “Dr. Noel H. Sbarra”.

A través de la exploración de estas estrategias se propuso identificar, caracterizar y comparar factores que afectan la interacción y comunicación entre trabajadores y población usuaria y elaborar hipótesis sobre su incidencia en ambas instituciones. Este trabajo de tesis se basó en un estudio cualitativo descriptivo y comparativo de las estrategias de comunicación en instituciones de salud seleccionadas, a través del cual no sólo se observaron, desde una perspectiva comunicacional, las prácticas y estrategias de los trabajadores y las interacciones de usuarios y trabajadores, sino que también se consideraron los discursos de los actores a fin de dar cuenta de la diversidad de perspectivas y valores asociados a estas interacciones tanto desde la mirada de los trabajadores como de los usuarios.

La comunicación en tanto producción social de sentidos atraviesa y se manifiesta en todos los ámbitos de la vida cotidiana. En las interacciones con otros las personas son y se construyen en un proceso en constante transformación en el marco de un contexto dinámico y cambiante. En este marco, Díaz y Uranga le asignan un valor preponderante en la cotidianeidad de los actores, al caracterizarlo

¹ Con este término nos referimos a todo aquel personal que se desempeña en las instituciones hospitalarias que por sus funciones, tienen contacto directo y frecuente con los usuarios y/o sus familiares o allegados. Ellos pueden ser profesionales médicos, enfermeros, psicólogos, odontólogos, terapeutas de diferente tipo, trabajadores sociales, técnicos, administrativos, entre otros.

como un “componente ineludible para comprender la dinámica de la vida social” (Díaz y Uranga, 2011: 116).

Es en este sentido que Alfaro (1993) plantea que “lo comunicativo es para nosotros una dimensión básica de la vida y de las relaciones humanas y socioculturales. Es el reconocimiento de la existencia de actores que se relacionan entre sí dinámicamente, a través de medios o no (...) con quienes cada sujeto individual o colectivo establece interacciones objetivas” (Alfaro, 1993: 27).

Según Kaplún (1987), la comunicación como producción social de sentidos permite ampliar la mirada hacia el terreno de la cultura. Los procesos culturales, de esta manera, son los espacios donde los sujetos (individuales o colectivos) interpelan y se ven interpelados en una puja constante por la significación. Desde esta perspectiva, Massoni (2008) refiere a la existencia de un diálogo entre matrices culturales, que permite reconocer y dar cuenta de las trayectorias de los actores.

El campo de la salud y de la comunicación, puede ser analizado desde su aspecto relacional o procesual como una construcción en donde intervienen factores sociales y culturales. En este sentido, es un campo que se ha caracterizado por su interdisciplinariedad, ya que a él aportan diversos saberes y áreas de conocimiento que entran en juego y se relacionan en una creación conjunta.

Partiendo de este encuadre general, el objeto de la presente investigación - las estrategias de comunicación de los trabajadores en su relación con los usuarios de dos hospitales públicos pediátricos- y la elección de los hospitales públicos bonaerenses como referente empírico se fundamenta en un conjunto de razones.

En primer lugar, si bien el estudio de las interacciones sociales en instituciones de salud es un tema ampliamente estudiado desde diversas disciplinas sociales -especialmente antropología y sociología-, en el campo de la comunicación social las investigaciones se orientan principalmente hacia las estrategias de comunicación institucional y a los modos en que se difunden contenidos vinculados a la educación y promoción de la salud.

En este marco, son aún escasas las investigaciones que abordan las estrategias de comunicación que ponen en juego el personal de salud y los usuarios de las instituciones de salud públicas, así como las interacciones cotidianas entre ellos, en tanto procesos microsociales que configuran la vida institucional.

En segundo lugar, el abordaje de las estrategias de comunicación al interior de las instituciones de salud permite conocer las características que asumen las interacciones entre los diversos individuos que forman parte y dan vida a cada institución, así como reconocer los factores que las afectan. Al respecto, el análisis realizado no sólo pone el foco en los individuos, sino también en el contexto más amplio de cada institución para comprender la relevancia de las estrategias comunicativas implementadas por los actores institucionales, los criterios utilizados para desarrollar sus actividades y el diseño de resolución de problemas que lleva a cabo el personal (Uranga, 2011).

En tercer lugar, toda institución -en este caso un hospital público- tiene un fin organizacional, una razón de ser, que establece los objetivos que perseguirá (Coe, 1984); éstos dan lugar a prácticas y a la interacción de diversos actores sociales según roles y contextos específicos, los que involucran a los usuarios y al personal de salud en diverso grado.

Con relación a ello, entidades sociológicas tales como “hospital”, “médicos”, “trabajadores” o “usuarios” son categorías clasificatorias que implican un conjunto de expectativas aprendidas y compartidas sobre lo que un hospital, un médico, un trabajador de salud o un usuario o “paciente” deben ser y/o hacer. Al mismo tiempo, implica un modelo cultural reconocido denominado “institución tipo” (Coe, 1984). De este modo, las categorías que refieren a roles y posiciones frente componente normativo se ponen en juego en las rutinas, actividades e interacciones que se dan en los diversos contextos institucionales.

En este sentido, y siguiendo a Douglas (1986), las instituciones no sólo “ordenan” a sus miembros, sino que también les otorgan identidad y un estilo, un modo de hacer las cosas particular. Por eso esta autora considera que las instituciones son “reglas de juego” que se actualizan e integran en prácticas. De esta manera, “cualquier institución reducida a su mínima expresión es una

convención” (Douglas, 1986:74). Desde su perspectiva, en tanto que convenciones sobre modos de actuar, las instituciones “realizan” las siguientes acciones:

- dan cuenta de la memoria y el olvido. Mientras algunos hechos o sucesos se revalorizan e institucionalizan, otros pasan al olvido. Las experiencias pasadas que sobreviven quedarán en el imaginario como “guías” de las proyecciones futuras.
- clasifican y otorgan identidad a sus componentes (Douglas, 1986).

Desde otra perspectiva, Vizer sostiene que “las instituciones pueden ser caracterizadas como la articulación de los dominios sociales, culturales e intersubjetivos” (Vizer, 2006: 214). Es por ello que las instituciones se “materializan” en las estructuras de sus organizaciones; en sus procesos, en sus prácticas materiales y simbólicas, en la reproducción de los recursos necesarios para los procesos de reproducción- reconstrucción material y social.

Siguiendo estas ideas, en este trabajo de tesis la observación y registro de las estrategias de comunicación que ocurren en cada una de las instituciones y que forman parte de la cultura organizacional, otorgándole una identidad propia y estilo a sus miembros, permite identificar, caracterizar y comparar aquellos factores, normas y valores que se ponen de manifiesto a través de la interacción entre trabajadores y población usuaria. Ello supone entonces no sólo describir y caracterizar los aspectos organizacionales clásicos, sino recuperar los discursos y prácticas que allí suceden² a partir de la decodificación realizada tanto por usuarios como por trabajadores de salud.

En cuarto lugar, razones de índole teórico-metodológica subyacen a la elección de un tipo de abordaje que privilegia técnicas cualitativas de relevamiento de la información empírica. El uso combinado y complementario de técnicas de observación y entrevista (en sus diferentes variantes) resulta adecuado al tema y

² De acuerdo a la conceptualización que realiza Kaminsky (1994) el estudio de las instituciones de salud no sólo debe incluir aspectos vinculados a la organización material -edificio, mobiliarios, instrumentos-, sino también aquellos relativos a su organización normativa -leyes, reglamentos, disposiciones internas- así como las prácticas a las que dan lugar.

ámbito de estudio, y permite obtener información empírica como base para la elaboración de hipótesis acerca de los factores que afectan los procesos comunicativos en estas instituciones. En este sentido, y siguiendo a Crivos, “debido a su configuración socio-espacial estas instituciones son susceptibles de ser analizadas como ‘pequeñas comunidades’ en tanto se organizan como sistemas complejos de interacción humana dentro de un edificio, área o espacio delimitado en el que se realizan ciertas tareas” (Crivos, 1988: 127). Estas técnicas de investigación cualitativa, favorecen el reconocimiento de aspectos significativos de los hechos (Crivos, 1995) desde la perspectiva de los actores involucrados en una situación y, de este modo, poseen un valor heurístico para el reconocimiento de las particularidades de cada contexto y, en consecuencia, la elaboración de hipótesis y explicaciones adecuados a ellos.

Es así como la elección de una metodología de investigación acorde con la tradición etnográfica permite mostrar cómo se articulan los procesos comunicativos que ocurren a nivel microsocioal (interacciones entre los actores sociales en situaciones específicas) con aquellos que a nivel macrosocioal delimitan las condiciones en las que estas instituciones funcionan, la atención que brindan a los usuarios y el comportamiento de los usuarios en relación con estos servicios de salud.

En función de lo dicho hasta aquí, para la realización de esta investigación fue necesario articular los enfoques y metodologías tanto de la comunicación como así también aquellos de la etnografía, ya que esta última proporcionó técnicas acordes para el trabajo de campo y herramientas conceptuales relevantes al planteo de las preguntas e hipótesis y en la elaboración de los resultados. Sin embargo, al ser una tesis realizada en el marco de un Doctorado en Comunicación, el análisis de los datos obtenidos se realizó fundamentalmente apelando a los desarrollos teórico metodológicos recientes del campo de la comunicación, que ponen el acento en la consideración de los sujetos como partícipes del proceso de comunicación y en la producción de significados.

Como se mencionó anteriormente, el análisis de las relaciones e interacciones de los distintos individuos puede ser enmarcarlo en contextos específicos. Es allí donde, los actores construyen sus tramas de sentidos en un proceso en donde se generan encuentros, pero también son aquellos lugares en los cuales existen procesos de comprensión, diálogo y escucha.

Las interacciones están atravesadas en todos los casos por relaciones de poder y negociaciones constantes que definen los límites o posibilidades de la comprensión mutua por parte de los actores que participan de ellas. Es así como cada interacción es única de acuerdo a las características de los sujetos y las circunstancias que dieron origen a ese vínculo (en este caso la consulta al personal de salud a raíz de un problema de salud de un niño). En este sentido, también es necesario considerar estos procesos dentro de un momento histórico en particular. Desde esta perspectiva la comunicación no es unívoca, ni direccional, sino que se produce en el contexto de una “creación conjunta de saberes en un momento de la historia, en un espacio y en el marco de una cultura” (Vargas y otra, 2010: 9). Por lo que cada actor da forma a esa interacción de acuerdo a sus experiencias y conocimientos previos.

Finalmente, para este trabajo de investigación se tuvo en cuenta la factibilidad como otro criterio determinante a la hora de seleccionar como referente empírico hospitales del territorio bonaerense. Mi actividad profesional en el marco del Programa de Mejora de la Atención a la Comunidad en los Hospitales Públicos³ me permitió un acercamiento a las instituciones y a su personal y autoridades, a partir de la realización de una serie de estudios, asistencias técnicas, capacitaciones e intervenciones a lo largo de los últimos 9 años.

³ El Programa, dependiente de la Subsecretaría de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, se propuso desarrollar acciones de diagnóstico e intervención sobre los centros hospitalarios con el fin de alcanzar una mayor satisfacción de los usuarios, y de esta manera, asegurar el derecho de los ciudadanos de la provincia a acceder a niveles de salud dignos. En este sentido, constituyó una experiencia de trabajo interdisciplinaria –ya que su diseño e implementación requirió la articulación de enfoques y metodologías de diferentes disciplinas- e intersectorial, ya que fue indispensable que todos los sectores involucrados tengan la posibilidad de expresar su perspectiva y de esta forma, aportar al diseño de acciones tendientes a mejorar no sólo la atención de la comunidad sino también las condiciones de trabajo y la formación de quienes representan el sector salud (Poccioni y otros, 2007).

Esta tesis busca entonces entrecruzar aportes provenientes de diversos campos disciplinares de la comunicación y la salud en el desarrollo de investigaciones científicas de comunicación dentro de instituciones de salud. Al mismo tiempo, pretende contribuir a develar la trama de las estrategias de comunicación que utilizan los trabajadores dentro de las instituciones de salud, ya que describe y reflexiona acerca de las características de las interacciones entre usuarios y personal de salud, ejemplificando a partir del caso de los dos hospitales pediátricos seleccionados.

Como expectativas y proyecciones, se espera que los resultados de este trabajo de tesis contribuyan a la reflexión en el seno de las instituciones de salud, lo que eventualmente podría traducirse en la revisión y ajuste de las estrategias que se utilizan para la comunicación con los usuarios, y de este modo, mejorar la calidad de atención y el nivel de satisfacción de trabajadores y usuarios de las instituciones hospitalarias.

B. Objetivos de la investigación

Objetivos Generales:

1. Caracterizar las estrategias y prácticas de comunicación de los trabajadores de las instituciones hospitalarias pediátricas de la ciudad de La Plata.
2. Examinar comparativamente los factores y procesos que intervienen en la comunicación entre trabajadores y usuarios en ambas instituciones y proponer hipótesis sobre las convergencias/divergencias halladas a la luz de desarrollos teóricos actuales.

Objetivos Específicos:

1. Describir las modalidades de organización y funcionamiento de las instituciones pediátricas seleccionadas y sus consecuencias sobre el proceso de atención de los usuarios.
2. Caracterizar las interacciones entre trabajadores y usuarios en contextos específicos de atención.
3. Indagar y comparar las estrategias y prácticas específicas que utilizan los trabajadores en su comunicación con los usuarios en cada contexto institucional.
4. Caracterizar las representaciones de los trabajadores respecto de los usuarios y evaluar su impacto en las modalidades de interacción y comunicación.
5. Reconocer los factores que intervienen en el diseño y planificación de las estrategias de comunicación en cada institución.
6. Analizar las consecuencias de las estrategias de comunicación adoptadas a la luz de los objetivos y metas de cada institución.

C. Interrogantes e hipótesis que orientaron la investigación

Con el propósito de dar cuenta de las particularidades que asumen las interacciones entre trabajadores y usuarios de hospitales públicos pediátricos bonaerenses y los múltiples factores que intervienen en tales interacciones, este trabajo se centra en la exploración de las estrategias comunicativas, específicamente, se propuso identificar, caracterizar y comparar todos los factores, normas y valores que afectan la interacción y comunicación entre trabajadores y

población usuaria, y elaborar hipótesis sobre los factores que intervienen en estos procesos.

Esta indagación, se orientó en un conjunto de interrogantes que se exponen a continuación:

- ¿Cuál es la valoración de trabajadores y usuarios respecto a la comunicación durante el proceso de atención?
- ¿Cómo podrían caracterizarse las interacciones entre usuarios y trabajadores en el proceso de atención en cada hospital?
- ¿Qué particularidades pueden advertirse en cada una de las situaciones de comunicación analizadas? ¿A qué se deben las similitudes/diferencias encontradas en cada una de ellas?
- ¿Qué estrategias de comunicación utilizan los trabajadores en su interacción con los usuarios? ¿Existen diferencias de acuerdo a las representaciones de los trabajadores respecto a los usuarios? ¿Cómo son justificadas por el personal de salud?
- ¿Los comportamientos y estrategias de comunicación del personal de salud son consecuentes con objetivos y metas institucionales?

En base a tales interrogantes y los objetivos generales y específicos propuestos, se elaboraron un conjunto de hipótesis que orientaron el diseño teórico-metodológico.

- Los hospitales estudiados poseen diferentes formas de organización y funcionamiento, por lo que las relaciones e interacciones entre sus trabajadores y los usuarios serán distintas.

- Los trabajadores se comunican con los usuarios sin considerar sus atributos y contextos particulares (conocimientos, experiencias y valores socioculturales, origen y trayectoria, situación socioeconómica, entre otros). De esta manera, sostienen una visión homogeneizadora de los usuarios lo que conduce, en muchos casos, a estereotipar sus comportamientos.
- Las estrategias de comunicación implementadas en los hospitales estudiados tienden a ser espontáneas y no organizadas y planificadas.
- Los trabajadores de las instituciones elaboran y sostienen un conjunto de argumentos para justificar las normas instituidas y así conseguir el mantenimiento de una forma institucional identificable y perdurable.
- En los establecimientos de salud la comunicación ocupa un lugar secundario privilegiando las cuestiones técnicas y científicas por sobre los vínculos interpersonales.

D. Algunas precisiones conceptuales

En esta sección se definen conceptos clave del campo de la comunicación que fueron utilizados para el análisis de los datos obtenidos en el trabajo de campo. Al mismo tiempo, estos conceptos permitieron dar cuenta de las perspectivas teóricas desde las que se realizó este trabajo y los autores considerados de relevancia teórica a los fines de este análisis.

Puede afirmarse que la comunicación es un proceso de producción social de sentido que se origina mediante la interacción de los individuos o colectivos a través de los actos comunicativos.

Desde el nivel interpersonal, la **comunicación** es pensada y estudiada como un conjunto de interacciones sociales, mediante las cuales “se construye una trama de sentidos que involucra a todos los actores en un proceso de construcción colectivo que va generando claves de lectura comunes, sentidos que configuran modos de entender y de entenderse, modos interpretativos en el marco de una sociedad y de una cultura” (Uranga, 2007: 4). Es por ello que las interacciones se producirán en el marco de prácticas sociales en donde los actores construirán sentidos a partir de sus contextos e historias personales.

Beltrán realiza una distinción entre las conceptualizaciones realizadas de la comunicación y la información, a partir de la cual resalta la ambidireccionalidad de la comunicación y su papel dialógico (Beltrán, 2011), mientras que la información es lineal y permite que sólo uno de los actores pueda llegar a emitir un mensaje (en este marco se habla de retroalimentación, pero sólo como la posibilidad de responder ese mensaje tal cual llegó y no desde un análisis procesual de la comunicación).

Por su parte, Pasquali subraya que “sólo hay verdadera comunicación en caso de auténtica acción recíproca entre agente y paciente, en que cada interlocutor habla y es escuchado, recibe y emite en condiciones de igualdad” (Pasquali, 1985: 47). En relación a ello, Pasquali alude a la “dialéctica del diálogo” como la posibilidad que tienen los sujetos de generar/propiciar un espacio para la comunicación en circunstancias iguales.

Asimismo, el estudio de estos vínculos e interacciones puede ser planteado analizándolos a partir del concepto que desarrolla Prieto Castillo de “**situaciones de comunicación**”. Según expresa Prieto Castillo “leer situaciones sociales desde lo comunicacional lleva a leer entonces situaciones de comunicación” (Prieto Castillo, 1999: 98). Entendiendo que una situación de comunicación comprende las relaciones inter e intrapersonales, esta unidad de análisis permitirá describir y analizar las estrategias de comunicación que utilizan los trabajadores en cada una de las instituciones.

Siguiendo a Uranga “la ‘situación de comunicación’ se transforma en unidad de análisis para analizar desde la comunicación las prácticas sociales. Entendiendo también que “una situación de comunicación comprende relaciones intrapersonales (yo conmigo mismo), grupales, sociales en general; las circunstancias económicas, políticas, culturales, el desarrollo de ciertas tecnologías, de ciertas formas de enfrentar y resolver los problemas de la naturaleza y la sociedad” (Uranga, 2007:7).

Esta conceptualización que plantea Prieto Castillo (1999) es más abarcativa que la perspectiva instrumental de la comunicación, en donde el emisor ocupa un lugar preponderante, ampliando la mirada a instancias de reciprocidad e intercambios en las interacciones.

Las situaciones de comunicación son de esta manera en un contexto y un proceso en particular. “Es la institución y sus sistemas de relaciones, sus conflictos. Es su comunicabilidad, es decir, la forma en que se utilicen los medios y la manera de acercarse a sus interlocutores. Es su imagen y la forma en que la construye. Se entiende y desenvuelve en la vida cotidiana, en el lugar de las personas y grupos se constituyen como sujetos de las prácticas sociales” (Perelló, 2001: 3). Por ejemplo, en el caso de una institución de salud, la lectura de una situación de comunicación permite reconocer las relaciones que allí se generan, las características de los mensajes, los métodos de acercamiento a los destinatarios, entre otros (Prieto Castillo, 1999).

La situación de comunicación que se vive en el marco del consultorio, en la sala de espera, en otro ámbito hospitalario o a través de las historias clínicas está inserta en una situación de comunicación institucional, que es el hospital como sistema, y que está constituida a su vez por estrategias de comunicación con los usuarios y/o con la comunidad en general.

En esta línea, estará presente también el estilo y la identidad institucional (Douglas, 1986) que pueden estar plasmados en distintos tipos de soportes o ser parte del sentido común de las personas que participan de la institución. Sin embargo, no todas los trabajadores actuarán conforme a ese estilo o identidad.

De acuerdo a lo que establece Vizer, esta categoría comunicacional de análisis “corresponde a la comunicación en tanto acción y práctica social (qué es lo que la gente efectivamente hace, cómo lo hace, cuándo lo hace y para qué)” (Vizer, 2006: 16). En este sentido, también deben incluirse factores propios de la institución (cómo es cada situación de comunicación) para analizarla como parte de un contexto más amplio “como rearticuladoras del tejido común de relaciones y vínculos sociales, y como ‘reproductoras’ o bien transformadoras de las instituciones, tanto en sentido material como simbólico e imaginario” (Vizer, 2006: 16). De esta manera, cada proceso comunicativo difiere en función de las características y status de los actores en el contexto específico de cada institución pública hospitalaria en el que están insertos.

En el caso particular de las interacciones entre trabajadores y usuarios en las instituciones de salud, la mayor parte de los usuarios concurren a los hospitales por un problema de salud, por lo que están posicionados en un lugar de poder diferente respecto a los trabajadores de salud (médicos, psicólogos, personal administrativo, cuidadores hospitalarios, entre otros) quienes tienen los medios, formación, experiencia y los conocimientos específicos para resolver ese problema. Es por ello que, en los casos que prevalecen estos aspectos por sobre la búsqueda de un entendimiento mutuo, no se produce una comunicación fluida (planteada según la concepción relacional de la comunicación). De esta manera, la posibilidad de que pueda existir un diálogo entre ambos grupos reside en la perspectiva que tiene sobre el modelo de salud el personal hospitalario, ubicados en una relación de poder que se pone de manifiesto en el modo de comunicación que utilicen.

Asimismo, deben asociarse los contextos específicos en los que están insertas estas relaciones (diferenciadas en este caso por las situaciones de comunicación estudiadas en este trabajo) así como también la condición de los actores en relación ya que brindan el marco para que esa comunicación sea viable. Es así como las características propias de los sujetos (factores sociales, culturales, ideológicos, entre otros) condicionan los vínculos que se producen.

En este sentido Mata, desde una perspectiva de la comunicación como hecho y matriz cultural, refiere a la comunicación como un “terreno de disputas y negociaciones, conflictos y acuerdos del orden del sentido” (Mata, 1985: 7) en el que los sujetos ocupan distintos espacios según el lugar en el que se encuentren del proceso comunicativo. Es así como Mata (1985) alude a la caracterización de los actores en función de tres factores a considerar:

- los hábitos culturales de los sujetos
- sus modalidades comunicativas
- y los modos de relacionarse con otros.

Para situar el encuadre teórico-metodológico de este trabajo de investigación resulta fundamental definir el concepto de estrategias de comunicación que permite dar cuenta cuáles son los criterios y/o modos de resolver los problemas por parte de los trabajadores durante las interacciones con los usuarios.

Las **estrategias de comunicación** son un “conjunto de procesos, criterios, acciones y recursos organizados de manera coherente, racional y sistemática que se ponen en marcha con el propósito de alcanzar un objetivo o meta, desde la comunicación” (Rombolá, 2006: 16).

Rombolá agrega que estas estrategias permiten definir “los sentidos que se buscarán crear y compartir con los interlocutores” (Rombolá, 2006: 16) decidiendo y seleccionando los modos de interacción y comunicación con los otros. De modo que, la elección de una estrategia de comunicación indica “qué hacer, qué decir, cómo hacerlo y con quiénes decir y hacer” (Vargas y otro, 2010:125).

Uranga agrega que una estrategia de comunicación “es una directriz o conjunto de directrices que se adoptan con la finalidad de abordar una situación, por lo que estarán intrínsecamente emparentadas con la acción, con las formas de hacer o de generar criterios para el hacer” (Uranga, 2011: 1). Es por ello que para el desarrollo de estrategias de comunicación, los actores deben analizar el escenario

comunicativo (organizacional y comunitario), para luego poder realizar las acciones que contemplen la realidad desde su complejidad, esto es desde una dimensión ética, política, social, económica, cultural y por supuesto, comunicacional.

Por su parte, Matus considera que una estrategia “es un cálculo de interacción social que toma conciencia de la existencia del otro para alcanzar el resultado perseguido” (Matus, 2007: 380).

A partir de las estrategias que emplean los trabajadores en las interacciones con los usuarios se intenta lograr el diálogo entre los sujetos, ya que, según reflexiona Sandra Massoni, “una estrategia de comunicación es un proyecto de comprensión, un dispositivo que trabaja en evitar el malentendido ocupándose de convocar a los actores a partir de reconocer sus diferencias” (Massoni, 2007: 6). Es así como esta autora menciona que a partir de estas estrategias se busca lograr la comprensión, el entendimiento y el encuentro de los actores.

Las **prácticas comunicativas** son otro concepto fundamental para definir en este apartado. Esta conceptualización puede ser entendida como los espacios de interacción entre los actores en donde se verifican los procesos de producción de sentido; aquellos lugares donde se produce la significación y se manifiestan los discursos. En este trabajo de investigación, se analizan las prácticas comunicativas que se producen como resultado de la implementación de las estrategias de comunicación por parte de los trabajadores. De esta manera, se analizan las prácticas comunicativas como parte constitutiva de las estrategias.

Otro término que es utilizado en este trabajo de investigación es el de **conversación** que, de acuerdo al desarrollo conceptual que realiza Picard (1992), “remite a los intercambios lingüísticos cotidianos tal como se desenvuelven en la situación de co-presencia de los que hablan. Se trata de una forma dialógica de la comunicación” y añade que “no delimita enteramente el concepto de discurso en la medida en que subraya la dimensión interaccional del intercambio” (Picard, 1992:123).

Esta autora propone que para el análisis de las conversaciones se consideren tres planos diferenciados pero estrechamente articulados: el contexto⁴, las regulaciones⁵ y la dinámica de los intercambios (Picard, 1992). Al tiempo que agrega que estos tres planos no deben ser analizados de manera independiente, sino como parte de un todo que conforma la institución hospitalaria.

Desde esta perspectiva, los conceptos de conversación y diálogos tienen similares características y con fines prácticos para este trabajo de investigación pueden ser considerados como sinónimos.

E. Los hospitales bonaerenses: breve caracterización de las instituciones pediátricas estudiadas

Este trabajo de investigación se llevó a cabo en dos hospitales públicos pediátricos de la ciudad de La Plata, dependientes del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Desde el punto de vista de la organización sanitaria, la provincia de Buenos Aires se divide en 12 Regiones Sanitarias en las cuales funcionan 79 hospitales públicos. En este marco, la ciudad de La Plata forma parte de la región sanitaria XI⁶ y posee 15 hospitales públicos, de los cuales 3 son pediátricos, 9 de agudos y crónicos destinados a la atención en general de la comunidad y 3 locales o especializados.

⁴ El contexto está constituido por elementos lingüísticos y extra-lingüísticos como la situación -el marco, la institución, los participantes y su relación- (Picard, 1992).

⁵ Con respecto a este plano, Picard alude que “la conversación obedece a ciertas limitaciones y ciertos principios de organización que revelan un aprendizaje sociocultural” (Picard, 1992: 123). Entre ellos se pueden destacar los rituales sociales y reglas de cortesía.

⁶ Comprende los municipios de: Pila, Dolores, Tordillo, Castelli, General Belgrano, Chascomús, Lezama, Punta Indio, Monte, General Paz, Brandsen, Berisso, La Plata, Ensenada, San Vicente, Cañuelas, Presidente Perón y Magdalena.

Para realizar esta investigación se seleccionaron inicialmente los hospitales públicos pediátricos de la ciudad de La Plata. Ellos son el Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica, el Hospital Zonal Especializado Dr. Noel Sbarra y el Hospital Zonal especializado en odontología infantil Dr. Adolfo Bollini. No obstante la tercera institución fue descartada para este trabajo por ser un hospital especializado en atención odontológica⁷ y, en consecuencia, posee características diferenciales respecto de los demás hospitales seleccionados, lo que podría limitar el alcance de la comparación⁸.

A diferencia de otros países, la particularidad que presentan los hospitales públicos en Argentina es que son subvencionados por el Estado (nacional, provincial o municipal) y gratuitos para toda la comunidad. Gracias a ello son accesibles a toda la población y cualquier ciudadano (argentino o extranjero, residente o no, sin distinción alguna) tiene el derecho a ser atendido. Eso lleva a que la población que acude a estas instituciones sea diversa y variada en torno a sus características sociales, culturales, étnicas incluso su lenguaje.

De acuerdo a la descripción que hace el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, las funciones de los hospitales públicos son⁹:

⁷ Un Hospital Especializado, según la definición realizada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Ley 7878), es aquel que está en condiciones de recibir solamente pacientes con riesgo de sufrir un tipo determinado de patología. Se considerará en esta categoría aquel cuya estructura está destinada a recibir un tipo determinado de patología con una incidencia no menor al 50% de la capacidad instalada.

⁸ El Hospital Zonal Especializado en Odontología Infantil "Dr. Adolfo M. Bollini" es una institución de odontopediatría de referencia provincial en su especialidad. Atiende en sus consultorios externos a niños hasta los 14 años y en la guardia también a adultos. Dentro de su tarea asistencial además de los servicios de odontología y ortodoncia, se encuentran los de cirugía y prevención. Asimismo posee áreas de docencia e investigación. Además de las características de infraestructura, organizativas y funcionales, entre las diferencias más relevantes de los tres hospitales pediátricos de la ciudad de la Plata se destaca la conformación del grupo de trabajadores (núcleo central de la investigación) con los que cuenta cada institución, ya que en el caso del Hospital Bollini los profesionales sólo son odontólogos, administrativos y técnicos, presentándose un obstáculo para la comparación de los resultados.

⁹ Plan Quinquenal de Salud 2011-2015. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/uploads/2014/01/Plan-Quinquenal-2011-2015.pdf>

a) Atención Médica Integral e Integrada abarcando las siguientes acciones de salud:

- Fomento
- Protección
- Recuperación
- Rehabilitación

b) Integración y/o coordinación con otros Hospitales, UPA's y unidades Sanitarias del área.

c) Programación de actividades de salud del área de la zona o región.

d) Docencia.

e) Investigación.

En cuanto a sus particularidades como hospitales pediátricos puede agregarse que estas instituciones se caracterizan por atender, cuidar la salud y prevenir las enfermedades de los niños desde su nacimiento hasta los 14 años de edad, y en algunos casos durante la adolescencia.

El Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría “Sor María Ludovica”¹⁰, conocido también como “Hospital de Niños”, es la institución de máxima complejidad para la atención pediátrica en la provincia de Buenos Aires (complejidad IX). Es un centro de referencia de alta complejidad en las redes provinciales de prestación sanitaria y de mediana y baja complejidad para las redes regionales y locales¹¹.

¹⁰ Un Hospital Interzonal es aquel con una capacidad de más de 300 camas con un perfil de equipamiento que le permita cumplir cualquier acción de atención médica. Su área de influencia sobrepasará al de una zona o región sanitaria, pudiendo llegar, en ciertos casos, a ser de influencia Provincial.

Con respecto a su denominación “de Agudos” puede decirse que son aquellas instituciones destinadas al diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades de comienzo brusco y/o evolución breve.

¹¹ Página web del Hospital Sor María Ludovica: <http://www.ludovica.org.ar/>

La población que atiende es, en su mayoría, de bajos recursos económicos que no poseen cobertura médica. Al mismo tiempo, no sólo atiende a niños de la región, sino también aquellos derivados de diferentes localidades de la provincia de Buenos Aires y otras provincias del país.



Figura 1: Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica¹²

El Hospital de Niños de La Plata se creó en el año 1889 para atender la demanda de la atención pediátrica de la ciudad. En el año 1907 se incorporó la religiosa Superiora María Ludovica de Angelis, quien trabajó como administradora del hospital. Gracias al trabajo realizado en la institución, en el año 1962 el Hospital de Niños pasó a llamarse “Hospital Sor María Ludovica” en reconocimiento a la trayectoria de la religiosa.

En el año 1968, se produjo una de las transformaciones más importantes que tuvo el hospital ya que se incorporaron las residencias de clínica pediátrica. De esta manera, a partir de ese momento, dentro del hospital no sólo se desarrolla la tarea asistencial, sino que también están presentes las actividades académicas a través de la enseñanza, el aprendizaje y la investigación, interviniendo tanto en la docencia

¹² Fotografía extraída del blog del área de Prensa del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. <http://blog1.ms.gba.gov.ar/prensa/?m=201004&paged=4>. Fecha de consulta 03-11-11.

de pre-grado como en las actividades de post-grado de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, y la formación especializada como capacitación en servicio¹³.

En la actualidad el Hospital cuenta con más de 2.000 empleados, entre profesionales (médicos, odontólogos, bioquímicos, psicólogos, etc.), técnicos (estadísticos, de laboratorios, Rx, etc.), enfermeros (licenciados y auxiliares), personal administrativo, mantenimiento, entre otros.

En el Hospital funcionan tres servicios de Terapia Intensiva (Neonatal, Pediátrica y Cardiovascular) y 2 servicios de terapia intermedia (Clínica y Quirúrgica) -para más información ver Apéndice 1: Misión, visión y valores-.

La articulación con la comunidad se realiza a través de trece grupos de padres; grupos de autoayuda que se apoyan mutuamente para afrontar las necesidades de la enfermedad de sus hijos y colaboran con el Hospital. De esta manera, se generan redes de ayuda para los padres de aquellos niños que deben permanecer internados por largos periodos o que poseen enfermedades crónicas.

Además, cuenta con el Hogar de Tránsito “Casa Ludovica” destinado al hospedaje de los niños (junto a sus padres) que no residen en la ciudad de La Plata y que se encuentran en tratamiento que requiere estrecho cuidado y control, pero no hospitalización, como así también aquellas altas que necesitan controles transitorios hasta el alta definitiva¹⁴.

El Hospital Zonal Especializado “Dr. Noel H. Sbarra”¹⁵, por su parte, es una institución de mediana complejidad, fundada en el año 1942 como Casa Cuna e Instituto de Puericultura. En el año 1972 se lo denominó Hospital Zonal

¹³ Rodney Coe (1984) define al hospital moderno como aquel lugar en donde la comunidad puede obtener servicios destinados a devolverles o prevenir problemas de salud y agrega que también es un lugar de enseñanza y aprendizaje de los futuros profesionales y un centro de investigación donde se “amplía el conocimiento científico de las enfermedades” (Coe, 1984:271). Es así como se reconocen las funciones del hospital moderno la asistencia, la enseñanza y la investigación tal como se da cuenta en los hospitales en los que se realizó este trabajo.

¹⁴ Página web del Hogar de tránsito “Casa Ludovica” <http://fhnlp.org.ar/casa-ludovica/la-casa/>

¹⁵ Un Hospital Zonal es aquel con una capacidad de 150 a 299 camas con un perfil de equipamiento que le permita cubrir las funciones de Pediatría - Obstetricia - Ginecología – Clínica Médica - Clínica Quirúrgica - además de las especialidades que de ellas derivan. Su área de influencia estará determinada por la población de la zona o región sanitaria correspondiente.

Especializado y el 25 de marzo de 1974 se lo bautizó con el nombre de "Dr. Noel H. Sbarra" en homenaje a la trayectoria de quien fuera durante 27 años su director.

Por iniciativa del Dr. Noel Sbarra, la institución tuvo desde sus comienzos una "estructura médico-social" que respondía a una idea rectora: “sostener la crianza de los niños en el seno de sus familias, aun en situaciones de pobreza extrema” (Vojkovic y otros, 2007: 50). En este marco institucional nació en el año 1945 el Programa de Ayuda de Crianza¹⁶ como extensión comunitaria del consultorio externo, en esos años denominado "centro de crianza".



Figura 2: Hospital Zonal Especializado Dr. Noel Sbarra¹⁷

A partir del año 1999 el hospital cuenta con consultorios externos destinados a la atención de la comunidad en general¹⁸ en donde se atiende especialidades de pediatría, odontopediatría, psicología, entre otras. Además posee programas especiales para el control y el cuidado de la salud, prevención de la

¹⁶ “Ayuda de Crianza permite evitar la separación del niño del ambiente familiar mediante la ayuda económica o subsidio que se concede a la madre para que se constituya en la “cuidadora pagada de su propio hijo”. Los niños en dichas condiciones son vigilados por el Servicio Social y las madres tienen la obligación de concurrir con sus hijos a la Casa Cuna donde son revisados por un médico” (Registro de la memoria del Hospital detallado en Vojkovic y otros, 2007: 50).

¹⁷ Fotografía extraída de la página web del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires <http://www.ms.gba.gov.ar/HSbarra/galeria.html>. Fecha de consulta 02/11/11.

¹⁸ Hasta ese momento se atendían sólo los niños judicializados que se encontraban en el hospital.

morbilidad prevalente, crecimiento y desarrollo, problemas de aprendizaje, estimulación temprana, entre otros¹⁹.

Desde el año 2004 se desarrolla en el hospital la residencia de clínica pediátrica con orientación comunitaria con una fuerte impronta de los valores y objetivos de la atención primaria de la salud en donde los profesionales se forman no sólo en cuestiones vinculadas a la medicina en general, sino también incluye temáticas comunitarias y de promoción y educación para la salud²⁰. De esta manera, no sólo realizan la residencia en el hospital, sino que también acuden a los centros de atención primaria para realizar trabajo de prevención y promoción de la salud en esos lugares.

Asimismo, esta institución asiste a niños desde el nacimiento hasta los 3 años de edad con problemas de salud provocados por situaciones de violencia (abandono, maltrato, abuso, negligencias) o de alto riesgo social (desnutrición, SIDA, retraso en el desarrollo, etc.) que requieren internación. Sus acciones están orientadas hacia modelos alternativos de atención, centrados en la preservación de la salud y la prevención del daño psíquico (Vojkovic y otros, 2007).

Junto con la tarea asistencial, busca enseñar y capacitar acerca de la problemática de salud del niño abandonado o en riesgo social a estudiantes de distintas disciplinas e integrantes de la comunidad. De esta manera, trabaja en la difusión de las problemáticas de importancia para la institución.

Las investigaciones que se desarrollan dentro del área de docencia e investigación están vinculadas con el crecimiento y desarrollo, violencia y maltrato, adopción, nutrición, SIDA y la morbilidad prevalente, entre otras²¹.

¹⁹ Página web del Hospital Noel Sbarra: <http://www.hospitalsbarra.com.ar/paginas/hospital.htm>

²⁰ Desde el año 2013 el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires unificó los programas de todas las residencias de clínica pediátrica de la provincia, incluyendo estos aspectos que contenían los programas de la residencia con orientación comunitaria. La responsable de la Sala de Docencia e Investigación del Hospital Sbarra, María Clementina Vojkovic, dio cuenta en una de las entrevistas realizadas para este trabajo, que estos nuevos programas “cuentan una serie de módulos que tienen que ver con la experiencia ya probada y realizada del Sbarra”.

²¹ Página web del Hospital Sbarra: <http://www.hospitalsbarra.com.ar/>

En lo que concierne a las particularidades y diferencias entre ambas instituciones, los dos hospitales están organizados a partir de áreas y servicios, algunos de los cuales poseen consultorios externos y otros además cuentan con internación.

En el Hospital Sor María Ludovica, los servicios que atienden consultas ambulatorias son: alergia, cardiología, cirugía general, clínica pediátrica, dermatología, diagnóstico por imágenes, endocrinología, gastroenterología, genética, ginecología infanto juvenil, hematología, infectología, inmunología, nefrología, neumonología, neonatología, neurocirugía, neurología, nutrición, odontología, oftalmología, oncología, otorrinonaringología, rehabilitación, reumatología y toxicología.

Por la diversidad y especificidad de servicios (inexistentes algunos de ellos incluso en sectores privados como puede ser el servicio toxicología o quemados dentro del área de internación) concurren usuarios de distintos lugares de la provincia, del país e incluso países limítrofes.

En cambio, el Hospital Noel Sbarra es una institución zonal a la que concurren usuarios de la ciudad de La Plata y alrededores. Sólo en algunos servicios específicos (neurología o psiquiatría, por ejemplo) concurren usuarios que fueron derivados de otros centros de salud u hospitales de la provincia de Buenos Aires (como puede ser de Florencio Varela u otros partidos cercanos).

Este hospital articula su atención con el primer nivel de atención del área programática de la ciudad de La Plata y alrededores (Unidades Sanitarias, Hogares de Niños, Comedores Comunitarios, etc.) y el tercer nivel de alta complejidad (Hospital “Sor María Ludovica”) de manera de lograr una cobertura adecuada dentro del área programática.

El hospital cuenta con los siguientes servicios: control del niño sano, dermatología, fonoaudiología, neurología, odontopediatría, pediatría, psicología, radiología, vacunatorio y alimentación y dietología.

En cuanto al área de internación la atención en este sector está dirigida a niños de 0 a 3 años provenientes de la Justicia de Menores de la provincia de Buenos Aires. También son internados niños con enfermedades de moderada

complejidad atendidos la mayor parte de ellos en los consultorios externos del hospital (en caso de complicación de la patología deben ser trasladados al Hospital de Niños).

En ambos casos existe una planificación en la interacción y coordinación entre los distintos niveles de atención mediante mecanismos adecuados de referencia y contrarreferencia implementados y coordinados desde la Región Sanitaria XI. Para que ello suceda, deben generarse procesos de comunicación en donde se cumplan los protocolos preestablecidos y se establezcan criterios comunes de acción, de modo de poder lograr la articulación entre los distintos niveles.

En muchos casos el proceso de referencia/contrarreferencia se ve limitado por una débil comunicación de los profesionales de salud entre sí y entre los niveles de atención, llevando a que los canales formales de comunicación (redes de la Región Sanitaria XI) se vean alterado por otros medios para lograr referenciar a un niño internado.

En este sentido, el Hospital Sor María Ludovica atiende a niños de toda la provincia de Buenos Aires con problemas de salud y enfermedades que sólo pueden ser tratados y curados en ese centro de salud (por la complejidad con la que trabaja el hospital y la aparatología con la que cuenta). La derivación de los niños en estos casos muchas veces se realiza a través de canales formales de referencia/contrarreferencia ya sea a través de un contacto telefónico o por nota a través de un fax, pero en las situaciones en los que las instituciones no brindan los medios para la articulación (ya sea porque el problema no es de gravedad o atención inmediata) los usuarios deben acudir por su cuenta al hospital para lograr la atención necesaria.

Por su parte, el Hospital Noel Sbarra recibe niños que son derivados de los centros de atención primaria de la región de La Plata y alrededores para ser atendidos en sus consultorios externos y en los casos que es necesario derivarlos a centros de mayor complejidad. En este caso, la referencia y contrarreferencia sólo requiere de la comunicación (en muchos casos telefónica) entre el centro de salud para obtener un turno para un consultorio en particular o una práctica de diagnóstico por imágenes.

Como ya se expresó los hospitales en los que se realizó el trabajo de campo pertenecen al segundo (Hospital Sbarra) y tercer (Hospital Sor María Ludovica) nivel de atención, por lo que las atenciones que brinda el Hospital Sbarra deberían centrarse en aquellas realizadas en consultorios externos (control y atención de las especialidades que posee) y la internación de baja complejidad y el Hospital Sor María Ludovica debería ocuparse de los casos complejos que requieren no sólo de la diversidad de profesionales y especialistas, sino también de una sofisticación tecnológica para la atención.

Sin embargo, en la actualidad existe una falta de coordinación entre los distintos niveles de atención lo que lleva a que el segundo y tercer nivel de atención se encuentren sobresaturados de usuarios que por la baja complejidad de la patología podrían acudir al primer nivel de atención.

Debido a la falta de profesionales y recursos que existen en los centros de atención primaria (falta de medicamentos, ausencia de profesionales y horarios de atención), los usuarios concurren en primer término a los hospitales de segundo o tercer nivel. Ésto hace que estos establecimientos atiendan consultas “menores” (o que claramente podrían ser tratadas en un centro de salud como puede ser una gripe, un resfrío, diarrea, etc) sobrecargando y congestionando las salas de espera y la disponibilidad para que los profesionales puedan atender a otros usuarios, hecho que también tiene incidencia directa sobre el tiempo que los profesionales destinan a cada usuario.

Otra de las razones por la que los usuarios concurren a estas instituciones es por el prestigio que tiene cada una de estos hospitales no sólo a nivel provincial, sino también a nivel nacional (principalmente el Hospital Sor María Ludovica en este último caso).

F. Breve descripción de cada uno de los capítulos

En el primer capítulo de esta tesis se desarrollan los antecedentes del tema. La selección bibliográfica realizada buscar dar cuenta del estado del conocimiento en relación al campo de la comunicación en salud. Allí se detallan los antecedentes y propuestas teóricas en relación con los procesos comunicativos en el ámbito de la salud.

Luego se detallan algunas de las investigaciones desarrolladas en el campo de la comunicación en salud pública, tanto desde su rol en relación con los medios masivos de comunicación como también en el marco de instituciones de salud.

Finalmente se describen estudios realizados desde el ámbito de las ciencias sociales en torno a relación médico- paciente, enfatizando en los modos de comunicación y sus efectos sobre el proceso total de atención. En este sentido es necesario aclarar que si bien este trabajo de tesis no sólo analiza las interacciones entre médicos y usuarios, sino también la relación de los usuarios con otros trabajadores de las instituciones de salud, la mayor parte de la bibliografía analizada da cuenta de las interacciones que se generan entre médicos y “pacientes”, lo que ha dado lugar a numerosas reflexiones y conceptualizaciones en torno a la asimetría y las relaciones de poder, con consecuencias sobre la calidad de atención en las instituciones de salud pública.

En el segundo capítulo se describe el marco metodológico a partir del cual se realizó este trabajo, indicando los procedimientos y técnicas implementadas para el relevamiento de la información durante el trabajo de campo y en el análisis e interpretación de los resultados.

Los resultados del proceso de investigación son presentados y discutidos en los capítulos tres y cuatro.

En el capítulo tres se describen y analizan las situaciones de comunicación delimitadas como objeto de observación y análisis para este trabajo. En este contexto, se describen las características distintivas de los usuarios de cada una de las instituciones, a fin de comprender las semejanzas y diferencias en las estrategias implementadas en ambos hospitales, objeto del próximo capítulo. Por último, se

caracterizan las perspectivas de los trabajadores en torno a su comunicación con los usuarios, enmarcadas en procesos de atención complejos en los que están presentes condicionantes sociales, culturales, ideológicas y experiencias previas que influyen directa o indirectamente el estado físico, mental y social de la persona.

Es así como en este capítulo se tomarán como dimensiones de análisis el Modelo Médico Hegemónico y el Modelo Biopsicosocial, como dos instancias contrapuestas del abordaje de la medicina.

En el capítulo cuatro se desarrollan las características que asumen las interacciones entre trabajadores y usuarios, así como también las estrategias comunicacionales de los actores en cada institución. Asimismo, se describen las estrategias de comunicación visual presentes en cada una de las instituciones, analizando su incidencia en el proceso de atención.

Por otro lado, el estudio de las estrategias de comunicación utilizadas por los trabajadores en su interacción con los usuarios diferencia tres espacios dentro de los hospitales como son las salas de espera, los ámbitos de atención del personal administrativo y los de atención de los profesionales, distinguiendo al mismo tiempo las interacciones de estos trabajadores con los adultos de aquellas con los niños. De esta manera, a partir de la descripción de las situaciones de comunicación presentes en cada uno de esos ámbitos se busca dar cuenta de las características distintivas de esas interacciones que se producen cotidianamente en las instituciones de salud.

En el último capítulo, Discusiones y conclusiones, se debaten las hipótesis resultantes del trabajo de campo en relación a las interacciones entre trabajadores y usuarios en las instituciones de salud. Al mismo tiempo se contrasta la información obtenida en el trabajo de campo con el marco teórico que guía este trabajo.

CAPÍTULO 1

Estado del Arte

En este capítulo se presentan los antecedentes y desarrollos teóricos del campo de la comunicación en el ámbito de la salud, seleccionados en función de su relevancia y pertinencia en relación al tema de este trabajo de tesis

En primer lugar se esboza una conceptualización y antecedentes del campo, destacando las transformaciones que ha sufrido y sus consecuencias en las diferentes propuestas y formulaciones teóricas en torno a la comunicación en el ámbito de la salud. En este sentido, se analizan las contribuciones realizadas desde la comunicación social que trascendieron los enfoques inicialmente propuestos, en los que se privilegia una perspectiva instrumental hasta llegar a aquellos más recientes que abordan la comunicación desde un modelo relacional.

En el desarrollo de investigaciones en el ámbito de la comunicación y salud en este trabajo se distinguen tres líneas de trabajo. Mientras que la primera se centra en el estudio del uso de los medios masivos de comunicación asociados a las campañas o a la problemáticas de la salud, otra línea que focaliza en el rol o la función de la comunicación en la promoción, prevención y educación para la salud, desde una perspectiva comunitaria y territorial y la tercera caracteriza las relaciones, interacciones y procesos comunicativos que se registran en las instituciones orientadas a la atención de la salud.

El análisis de las investigaciones centradas en la relación médico- paciente permite dar cuenta de las interacciones sociales producidas al interior de las consultas desde las ciencias sociales en general, y desde el ámbito de la comunicación en particular. La pertinencia de incluir este tipo de estudios reside en considerar las distintas dimensiones que involucran las interacciones entre médicos y pacientes (estrategias de comunicación, lenguaje verbal y no verbal, entre otros) como aspectos claves a la hora de estudiar los procesos comunicacionales en las instituciones hospitalarias.

Finalmente, se describen los estudios relacionados con la comunicación en este tipo de instituciones de salud en el marco de la calidad de la atención.

1.1. La Comunicación en el ámbito de la salud: breve reseña sobre el desarrollo del campo

La comunicación social está presente en todos los ámbitos de la vida humana. Watzlawick (1997) reflexiona acerca de la imposibilidad de los sujetos de vivir en sociedad sin que exista un proceso comunicativo, ya que incluso en los casos en los que no esté emitiendo una palabra, igualmente se estaría comunicando a través del lenguaje corporal, sus gestos, actitudes y modos de desenvolverse en la vida. De esta manera, la comunicación social es intrínseca a los sujetos y da forma/conforma sus relaciones con los otros. En esta línea, Vizer considera que la cultura produce “los códigos que regulan las creencias y las prácticas que hacen posible la vida en sociedad” (Vizer, 2003: 29) y permite las interacciones entre los individuos, y los procesos comunicacionales en sentido amplio

Las investigaciones desarrolladas desde el campo de la comunicación social han evolucionado en las últimas décadas desde aquellas que ponen el foco en el carácter instrumental de la comunicación, pasando por diversas teorías que priorizan la recepción de los mensajes y los cambios de actitud (efectos que

producen)²², hasta aquellas concepciones que plantean la perspectiva relacional de la comunicación.

Dentro del primer conjunto se destacan aquellas perspectivas que le confieren un carácter instrumental a la comunicación, en donde se prioriza el valor funcional de las estrategias realizadas por los actores. En este marco, la comunicación tiende a asociarse a la transmisión eficaz y eficiente de la información (emisor-mensaje-receptor)²³, más que a un diálogo entre sujetos. Desde esta concepción se asume que el emisor tiene todo el poder sobre el proceso de comunicación ya que lo inicia, impone los contenidos y sus propios códigos, mientras que el receptor ocupará un rol pasivo. No obstante se considera su capacidad de responder (retroalimentación), el punto de vista del receptor no es considerado a la hora de emitir el mensaje.

Por el contrario, la concepción relacional considera que la comunicación es un proceso de producción social de sentidos que tiene lugar durante la interacción social. Es así como Mata (1985) concibe a las prácticas comunicativas como “espacios de interacción entre sujetos en los que se verifican procesos de producción de sentido” y agrega que dentro de esta perspectiva “los emisores ya no transmiten mensajes –significados elaborados en virtud de un instrumento neutro- a partir de los códigos que son recibidos y decodificados más o menos adecuadamente por los receptores en función de su utilización equivalente del mismo instrumento” (Mata, 1985: 5). Es así como cada uno de los actores dotarán de un sentido a cada discurso emitido, adaptándolo a sus conocimientos previos y particularidades y, como consecuencia, modificándose a sí mismos a partir de su participación en esa interacción.

²² Entre los que pueden destacarse a Lazarsfeld, Lasswell, Hovland y Wright, entre otros autores de reconocida trayectoria en el campo de la comunicación quienes desarrollaron sus teorías principalmente durante de las décadas de 1940 y 1950.

²³ Shannon y Weaver (1948) son los autores más representativos de estas teorías, pertenecientes ellos al ámbito de la informática. Desde su perspectiva, las personas se asocian a máquinas enviando un mensaje que luego sería recibido por otras tal cual fue emitido. También puede mencionarse a Roman Jakobson (1958), quien desde su desarrollo teórico alude a las funciones del lenguaje (expresiva, la apelativa, la representativa, la fática, la poética y la metalingüística).

Esta concepción incluye a los actores participantes del proceso en cuanto productores de sentido y deja de lado la caracterización de los sujetos como seres pasivos, sin poder de reflexión/acción e incapaces de comprender y resignificar los mensajes recibidos. En esta línea de pensamiento se destacan los desarrollos teóricos de Martín Barbero, Beltrán, Pasquali (sólo por nombrar algunos autores representativos de esta línea de comunicación en América Latina) que tuvieron su auge durante los años '80 y '90. De acuerdo a estos teóricos, la comunicación no debe ser pensada ni analizada en tanto información (lineal y unidireccional) sino como “procesual, ambidireccional e interactiva y dialógica” (Beltrán, 2011: 66). Es importante resaltar que esta perspectiva, desarrollada fundamentalmente en América Latina, ha sido pionera y permitió investigaciones posteriores en el campo.

En esta línea, Vizer argumenta que “las acciones de los individuos en sociedad no son aleatorias, pero tampoco predeterminadas: la propia cultura produce los códigos que regulan las creencias y las prácticas que hacen posible la vida en sociedad” (Vizer, 2006: 30). Por lo que existen determinados factores que entrarán en consideración en los procesos de resignificación de sentidos. De este modo, cada contexto define la relevancia de las creencias, normas y valores culturales, al mismo tiempo que ofrece un espacio para la acción en donde puede ser posible la reproducción, el cuestionamiento o la transformación de aquello que está presente en la cultura.

Por su parte, Massoni agrega a esta caracterización de la comunicación las nociones de matrices socioculturales y negociaciones para configurar significado a los “argumentos circulantes” (Massoni, 2007), mientras Vargas y Zapata la caracterizan como una “construcción colectiva de vínculos y sentidos, una creación conjunta de saberes en un momento de la historia, en un espacio y en el marco de una cultura” (Vargas y otro, 2010: 9). Estos “encuentros”, en donde estarán presentes los intercambios y el diálogo entre los actores que participan del proceso de comunicación, tendrán lugar en un contexto con características específicas ya que “es importante reconocer a la comunicación como inherentemente social, una práctica de producción y circulación significativa que subyace (y posibilita) la interacción humana” (Cuberli, 2007: 3).

A partir de esta consideración de la cultura como un espacio de lucha por el sentido, un campo de negociaciones y tensiones o también como el lugar en el cual se configura la identidad, “la comunicación puede ser planteada desde una perspectiva que implica recuperar el contexto en el cual los sujetos le dan sentido a sus prácticas” (Spinelli, 2004: 4). Es así como las experiencias previas, las normas, valores, vivencias y particularidades de cada uno de los actores será parte constitutiva de los procesos de comunicación que se generen.

Siguiendo con esta perspectiva, Massoni (2008), en su reflexión acerca de los desarrollos teóricos realizados por Martín Barbero, identifica y reconoce mediaciones en la articulación de mensajes con los contextos socioculturales, los contenidos y las formas de relación de cada grupo o sector social. De esta manera, el modelo de comunicación que plantea esta autora busca analizar las situaciones de comunicación desde las matrices socioculturales complejizando así estos tipos de estudios.

Massoni plantea que “se trata a la vez de una lógica de funcionamiento, una narrativa y de una trayectoria operacional que puede reconocerse a partir de la observación comunicacional” (Massoni, 2003: 8) y que permite diferenciar a los grupos y/o sectores en relación a una problemática en particular.

Siguiendo esta línea de pensamiento y más específicamente introduciendo ya el campo de la comunicación en salud, Beltrán lo define como “la aplicación, planificada y sistemática, de instrumentos de comunicación social al logro de comportamientos de la población compatibles con sus necesidades de bienestar y con las finalidades de servicio expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública” (Beltrán, 2010: 35).

Por su parte, Silva Pintos analiza cinco perspectivas o contextos desde los que se pueden abordar las investigaciones en comunicación y salud:

- El contexto médico asistencial: relaciones médico-paciente y aspectos organizacionales relacionados con la prestación de servicios.

- El contexto cultural: percepciones colectivas y las prácticas en salud.
- El contexto económico y político: vinculado a los recursos de la salud y los aspectos de la política.
- El contexto filosófico- antropológico: la salud entendida como elemento clave de la realización y crecimiento personal.
- El contexto ideal y utópico: “un abordaje integral y holístico sobre la salud individual y colectiva” (Silva Pintos, 2001: 131).

Tanto en los desarrollos teóricos que plantea Beltrán como las perspectivas de Silva Pintos, se resalta la necesidad de adaptar las estrategias a implementar a través de los planes de salud a los espacios específicos donde se lleven a cabo, al mismo tiempo que estos autores destacan su vinculación directa a las particularidades de los sujetos partícipes del proceso de comunicación.

Waisbord, por su parte, en la presentación del libro “Comunicar la Salud” reflexiona sobre las dimensiones del campo al expresar que “la comunicación en/para la salud por sí sola es insuficiente, si no se considera cómo se construye la idea de salud en una sociedad a través de prácticas y discursos” (Waisbord en Del Valle Rojas, 2003: 6). Este autor agrega el concepto de contextos de producción de los discursos, relacionándolos con las prácticas y estrategias de comunicación de los distintos actores para poder estudiar la comunicación en/ para la salud.

Por otro lado, Del Valle Rojas (2003) plantea a la comunicación como estrategia para la salud, aduciendo las posibilidades y ventajas que brinda fortalecer la comunicación en las interacciones sociales que se producen al interior de los servicios de salud.

De esta manera, a partir de los cambios y transformaciones del campo “la comunicación ha dejado de ser un ‘instrumento al servicio de’, para convertirse en una dimensión estratégica en el campo de la salud. Es el espacio común donde las

interacciones posibilitarán nuevos sentidos y mejoras en la salud de la comunidad”²⁴.

Por otro lado, una de las características distintivas según diversos autores que han analizado el campo es su interdisciplinariedad (Petracci y otro, 2011; Obregón, 2010), teniendo en cuenta que no puede pensarse el campo sin considerar procesos de carácter social, cultural, económico y político, en donde tienen responsabilidad una gran variedad de áreas de conocimiento que permiten enmarcar las estrategias de comunicación a implementar.

En este orden puede mencionarse el trabajo de Kreps en el cual convergen las investigaciones y las teorías de “varias áreas de estudio de la comunicación a nivel interpersonal, grupal, organizacional, estudios de medios, relaciones públicas, comunicación intercultural, estudios de retórica, y nuevas tecnologías de información y comunicación” (Kreps, 2010: 581).

Finalmente, en función a la posibilidad de diferenciar las competencias de la comunicación en salud, Bustamante (2013) las agrupa en 5 grandes procesos:

- “Promover el empoderamiento individual y comunitario para la gestión y acción de salud”
- Propiciar diálogos y encuentros entre los actores sociales y las instituciones, para facilitar la gestión social y promover comportamientos saludables.
- Abogar por políticas públicas favorables a la salud.
- Desarrollar intervenciones de comunicación que proporcionen condiciones favorables para la adopción individual y colectiva de comportamientos saludables.
- Reconocer y analizar los determinantes de salud y enfermedad y la diversidad de respuestas en una realidad concreta con el fin de orientar estratégicamente las intervenciones de comunicación en salud” (Castro, Coe y Waisbord, 2003:22, citado en Bustamante, 2013:116).

²⁴ Serie Comunicación y salud desde una perspectiva de derechos. Guía de comunicación para equipos de salud. Ministerio de Salud de la Nación. 2010: 9.

De esta manera, se puede ver como diversos autores conceptualizan el campo de la salud no sólo a partir de su carácter relacional, sino también enfatizando en los contextos sociales y culturales en los cuales están insertos los actores.

1.2. Perspectivas y antecedentes: surgimiento y evolución del campo

La comunicación en salud es un área de investigación de reciente desarrollo que a lo largo de los últimos 40 años ha evolucionado tanto en América Latina como en el resto del mundo. Los primeros ámbitos o espacios en donde los dos campos comenzaron a converger fueron aquellos relacionados con la promoción y educación para la salud ya que en ese marco fue posible la incorporación de conceptos y nociones provenientes de las ciencias sociales, en primer lugar, y luego específicos de la comunicación, para la planificación e implementación de estrategias de prevención de enfermedades y cuidado de la salud.

Es así como el foco de interés se fue complejizando incluyendo diversos aspectos como las características sociales, culturales, entre otros, de los individuos y no abocándose exclusivamente en cuestiones meramente biológicas provenientes del campo de la medicina.

La reflexión académica en el campo de la comunicación en salud comenzó a desarrollarse durante las décadas de 1960 y 1970 en Estados Unidos y algunos países europeos. De acuerdo a la exploración desarrollada por Cuberli, la Comunicación en Salud “tiene como antecedente a la Comunicación para el Desarrollo (CpD), perspectiva que surge en el marco de las primeras concepciones de la comunicación que se desarrollan en Estados Unidos, en el marco de procesos de transferencia de tecnología y de la cultura sociopolítica desde las sociedades ‘desarrolladas’ hacia las sociedades ‘tradicionales’, surgen las primeras unidades de

comunicación para el desarrollo; con el propósito de implementar programas en ámbitos como la educación, la agricultura y la salud” (Cuberli, 2008: 2).

En este sentido, uno de los primeros antecedentes tangibles que puede destacarse es, en la década de 1970, el informe Lalonde que introduce a través de la utilización del concepto de “campo de la salud” un modelo de análisis que permite comprender cómo la conjunción de diversos componentes afecta la salud. Este trabajo identifica -mediante el examen de las causas y los factores básicos de la enfermedad y la mortalidad en Canadá- cuatro componentes que afectan la salud de una población en particular, ellos son: la biología humana, el medio ambiente (social, psicológico y físico), el estilo de vida (trabajo, estándares de consumo y riesgos asociados a las actividades de ocio) y la organización de la atención -curativos y preventivos- (Lalonde, 1996). De este modo, este informe conceptualiza los problemas y necesidades de salud a partir de su clasificación en cuatro componentes, al mismo tiempo que propone la promoción de la salud, la investigación, la eficiencia en la atención y el establecimiento de objetivos como estrategias de intervención para el cuidado de la salud de la población (Casas, 2008).

En relación al enfoque de Promoción de la salud, que busca “acercar” la salud a la comunidad a través de la producción de mensajes destinados a una comunidad en particular²⁵, un punto de quiebre en donde la comunicación comenzó a cobrar mayor preponderancia dentro del campo de la salud fue la Carta de Ottawa²⁶ que puso el énfasis en la importancia de la participación comunitaria como componente fundamental para intervenir en los procesos que hacen a la salud y la enfermedad, asumiendo que la participación es posible a partir del manejo oportuno de la información sanitaria y la correcta instrucción de la sociedad en estas temáticas (Carta de Ottawa, 1986).

²⁵ Esta perspectiva analiza y trabaja la dimensión de la salud como bienestar y calidad de vida (Bustamante, 2012).

²⁶ La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emitió la Carta de Ottawa dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2.000". La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria y el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud.

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud la define como "el proceso de facultar a las personas para que aumenten el control que tienen sobre su salud y para mejorarla". En este sentido, y en estrecha relación con la comunicación, establece que los medios de comunicación son actores claves para la promoción de la salud (Coe, 1998)²⁷.

Es así como la agenda para impulsar las acciones se convierte en parte fundamental del documento y constituye la herramienta que ha hecho posible concretar las acciones propias de la Promoción de la Salud (Bustamante, 2012). Este documento contempla cinco grandes áreas estratégicas a saber:

1. Construir Políticas Públicas Saludables
2. Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales)
3. Fortalecer la acción comunitaria
4. Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida)
5. Reorientar los servicios de salud

De esta manera, la Carta de Ottawa incluye nuevas variables a las del concepto de campo de la salud, por lo que se complejiza la perspectiva desarrollada por Lalonde en la década de 1970.

Por su parte, Gumucio Dagron amplía aún más los conceptos desarrollados en la Carta de Ottawa al explicar que "los desafíos que se plantea la promoción de la salud incluyen el respeto a las diferencias, la equidad de género e intercultural, los valores de la democracia participativa, la descentralización del poder, la diversidad de saberes y culturas" (Gumucio Dagron, 2010: 71). Al mismo tiempo agrega que

²⁷ También en los años '80 debe destacarse el "Informe Mac Bride", denominado "Un solo mundo, voces múltiples" que buscaba "tomar conocimiento de los problemas de comunicación a nivel global luego de advertir las desigualdades en la infraestructura y en los términos de intercambio de la información. Este documento define la comunicación democrática y describe experiencias de comunicación desarrolladas en varios países, así como las situaciones de desequilibrio, efectuando recomendaciones. La comunicación democrática, dice este informe, es aquella en la que las personas pueden dejar de encontrarse en el extremo receptor y convertirse en "socios activos del proceso de comunicación" (Casas, 2008: 7).

desde la perspectiva de la participación comunitaria “es fundamental diferenciar las acciones de difusión y la información relativa a la problemática de salud, de las de educación, (y) que es imprescindible emprender en la tarea de estimular un definitivo crecimiento de la conciencia popular sobre el tema” (Gumucio Dagrón, 2002: 2). Este autor pone el acento en la necesidad de privilegiar la comunicación alternativa en las campañas de promoción y educación de la salud teniendo en cuenta las particularidades de la comunidad en la que se realiza la campaña antes que la masividad de los mensajes a difundir²⁸.

En este contexto, la educación para la salud cobra un valor preponderante en la comunicación en salud. Waisbord, resalta esta dimensión y considera que su desarrollo acompañó la evolución del campo de la comunicación a partir de la afirmación que “la educación para la salud estuvo inicialmente dominada por enfoques educativos convencionales que, al igual que los modelos de la modernización/difusión, fueron influenciados por los modelos de comportamiento individual que enfatizaban la transmisión y adquisición de conocimiento y los cambios en el conocimiento, las actitudes y las creencias” (Waisbord, 2007: 13).

En la década del 1990, la concepción de la comunicación en el campo de la salud pública que proponía la Organización Mundial de la Salud (Healthy People 2010, Volumen I) ejemplificaba la perspectiva instrumental de la comunicación. Ésta establecía, entre otros aspectos, que “la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud”. De este modo, se plantea la necesidad de informar a la población acerca de aquellos aspectos necesarios para la prevención de enfermedades o la promoción de la salud, desde un enfoque instrumental que asume la homogeneidad de las características y condiciones de vida de las personas y comunidades a las que se dirigen tales estrategias, eludiendo la consideración de la diversidad y desigualdad existente en contextos específicos.

²⁸ La crítica que realiza este autor radica en la necesidad de pensar las características de la población donde se realizará la campaña de promoción y prevención de la salud antes que realizar mensajes masivos destinados a diversos públicos o audiencias en general.

Esta mirada instrumental de la comunicación, concibe al receptor como *tabula rasa* que recibe la información del mismo modo que es transmitida y actúa en consecuencia, acorde a esta información, como si no mediara ningún tipo de reelaboración y/o resignificación según sus marcos de referencia étnicos, lingüísticos, socioculturales, económicos y políticos, ni sus características individuales tales como su condición de salud, nivel educativo, condición laboral, edad y género, entre otras variables relevantes para comprender los comportamientos en torno a la salud y la enfermedad.

Hacia finales de la década del '90 e inicios del siglo XXI, esta perspectiva ha cambiado y en diversos documentos de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud se expresa que “la comunicación en salud busca constituirse en un proceso de carácter social que posibilite el reconocimiento, encuentro y diálogo de los diversos saberes, contribuyendo a consolidar la articulación entre los diferentes sectores sociales en torno a la salud” (Diez y otros, 2004: 1). A diferencia de las conceptualizaciones desarrolladas durante la década de 1980 y comienzos de 1990 esta visión pretende establecer un diálogo entre los diferentes actores que participan del proceso de comunicación dentro de la salud, considerando sus particularidades y marcos de referencia.

En concordancia con los cambios y transformaciones de los paradigmas comunicacionales en donde las teorías críticas pasaron a ocupar un lugar preponderante, las concepciones de la comunicación en el ámbito de la salud pública desarrolladas desde fines de la década del '90 hasta la actualidad tendieron a considerar a los actores como partícipes de los procesos sociales. Al tiempo que se comenzó a reflexionar sobre su rol en el marco de contextos sociales y culturales amplios.

En este orden, Mosquera plantea que en las últimas décadas “se ha observado un desplazamiento cualitativo en el pensamiento de la salud y la comunicación en salud, al menos conceptualmente, de un enfoque efectista, individualista y bio-médico hacia un enfoque en donde la cultura, las relaciones sociales y la participación activa de las personas directamente afectadas por el problema, se constituyen ahora en referentes esenciales para el diseño de programas de comunicación en salud” (Mosquera, 2003: 3).

Es así como en la actualidad “las iniciativas de comunicación apuntan prioritariamente a conocer los lenguajes, el modo de relacionarse y los vínculos y mediaciones existentes en cada comunidad, para desde allí trabajar las problemáticas de salud sin escisión posible del espacio de lo cotidiano, de la cultura local, como ámbito ineludible de la representación de los problemas” (Díaz y otro, 2011: 119). De esta manera, se intenta interactuar con los destinatarios para construir sentidos acordes a sus espacios y contextos específicos.

Obregón (2010), a partir de la conceptualización que realiza Kreps (1998), uno de los investigadores más reconocidos en la comunicación en salud, distingue dos enfoques en los que se pueden ubicar las investigaciones y la práctica en comunicación en salud: prestación de servicios y promoción de la salud. En el primer caso se destacan los procesos comunicativos al interior de los servicios de salud, en donde se distinguen las interacciones interpersonales entre otras cuestiones de menor relevancia para este trabajo, mientras que el segundo se orienta a la prevención y promoción de hábitos saludables y la educación para la salud.

El estudio de la comunicación en la prestación de servicios es un ámbito que aún no ha sido ampliamente estudiado sino que se registran investigaciones específicas en determinados espacios o ámbitos de atención (Casas, 2008; Cuberli, 2007 y Petracci, 2005).

En contraposición, la promoción para la salud como ámbito de estudio de la comunicación ha tenido un fuerte desarrollo en los últimos 30 o 40 años (Alma Ata, 1978; Carta de Ottawa; 1986) a partir de los cambios en las conceptualizaciones de la comunicación y el “reconocimiento de los diferentes actores implicados en los procesos de salud y sus particularidades sociales y culturales -OPS, 2001; Instituto Nacional del Cáncer, 2004; Cuesta y otros, 2008; Díaz y Uranga, 2011; Díaz, 2011-” (citado en Díaz, 2014: 10).

En esta línea, Petracci y Waisbord refieren que la comunicación proporciona saberes y herramientas que “pueden contribuir al logro de objetivos propios de la salud. De ahí que históricamente la comunicación aparece como indistinguible de la educación y la promoción de la salud en tanto actúen como soportes de objetivos específicos de salud” (Petracci y Waisbord, 2011: 11).

Al mismo tiempo, Prieto Castillo (1997) vincula a la promoción de la salud como una estrategia para la comunicación educativa y lo contextualiza en América Latina con la perspectiva de cambio social y participación comunitaria²⁹.

Es así como desde el marco conceptual y estratégico que plantea la promoción de la salud, se observa una evolución “hacia un modelo que considera a la salud como una dimensión integradora de todos los aspectos del bienestar humano, desde la satisfacción de las demandas básicas hasta el ejercicio de sus derechos y la realización de sus aspiraciones” (Gambacci y otros en Petracci y Waisbord, 2011: 66).

En este sentido, en este trabajo no pueden ser analizados los procesos comunicacionales que se producen al interior de una institución de salud sin considerar las nociones y aspectos básicos de la promoción y educación para la salud ya que en las interacciones entre equipo de salud y usuario necesariamente deberán considerarse “los códigos culturales, las mediaciones tecnológicas y las representaciones ideológicas” (Cuberli, 2007: 10) que se producen en ese tipo de relaciones.

En el caso específico de los hospitales pediátricos, objeto de estudio de esta tesis, la prevención, promoción y educación para la salud además están presentes en todos los ámbitos ya que no sólo son instituciones que se ocupan exclusivamente de la enfermedad y su curación, sino que también tienen como funciones incentivar y promover el cuidado de la salud a través de la adopción de hábitos saludables en las áreas y servicios destinadas a tal fin.

En décadas recientes se produjo el desarrollo y la evolución de perspectivas en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención realizados desde la comunicación, nutridas de antecedentes de otros campos de las ciencias humanas y sociales tales como la antropología, la sociología y la psicología, entre otras.

²⁹ “Sus propuestas pedagógicas coinciden con las propuestas declaratorias de la estrategia de Promoción de la Salud de la Carta de Ottawa (1986), donde se asume que la participación requiere acceso a la información e instrucción sanitaria” (Petracci y otros, 2010: 4).

Del Valle Rojas y Cofré Soto (2009), investigadores chilenos especializados en el campo de la comunicación y la salud, plantean que las prácticas en salud son legitimadas institucionalmente (por el sistema de salud y las entidades formadoras), por lo que los discursos y prácticas deben ser analizadas a través del contexto en el que se producen (Del Valle Rojas y Cofré Soto, 2009). Es así como las conceptualizaciones en torno a la salud exceden su consideración como un proceso meramente biológico, sino también ponen el acento en una serie de condicionantes socioculturales que afectan o inciden en parte del proceso de producción individual y colectiva de sentidos donde también entran en juego las representaciones, normas y valores culturales de los actores que participan de diversos contextos.

Al mismo tiempo, pueden mencionarse las corrientes de pensamiento en el campo de la comunicación social que ponen el foco en las nociones de enfermedad/curación por sobre aquellas que focalizan en la prevención, promoción y educación para la salud. Desde esta última perspectiva, el objetivo principal de la comunicación es “promover estilos de vida saludables y prevenir las enfermedades” (OPS, 2001), mientras que en el primer caso se busca informar sobre los pasos a seguir para afrontar determinado cuadro clínico.

Diversos autores refieren a los cambios y transformaciones de las perspectivas en torno a la salud y la comunicación. Entre ellos puede destacarse a Silva Pintos (2001), Petracci (2010) y Pittman (1999) quienes analizan a la salud desde categorías que tienden a ampliar la noción biologicista de enfermedad/curación para dar paso a categorizaciones, valoraciones y percepciones de los distintos actores sociales involucrados.

Es así como Silva Pintos reconoce que las concepciones acerca de la salud han sufrido “un cambio sustancial de paradigma en los últimos años. De una perspectiva que privilegiaba la medicina como único factor de protección sanitaria se ha llegado a una visión que trasciende el problema médico para implicar el entorno físico-ambiental y la situación económico-social del individuo” Silva Pintos, 2001: 123).

Pittman, por su parte, analiza a la salud como una construcción social y concibe a la relación de la salud - enfermedad como “productos sociales, tomando en cuenta las representaciones/ interpretaciones sociales de la ‘realidad’” (Pittman, 1999: 110)³⁰.

Los nuevos paradigmas del campo de la salud y la comunicación plantean su conceptualización desde una perspectiva relacional en las interacciones entre usuarios y personal de salud (Petracci y otros, 2010), en donde se producirán/reproducirán distintas prácticas y estrategias que estarán enmarcadas en estas interacciones. Por lo que la comunicación en salud se presenta como un acto de dar voz al otro (Castro, Coe, Waisbord, 2003).

1.3. Investigaciones contemporáneas sobre comunicación en salud

La comunicación en salud, tal como se mencionó en este trabajo, es un campo de incipiente y constante evolución que ha sufrido cambios y transformaciones de acuerdo al desarrollo de las dos disciplinas que lo conforman. Pueden reconocerse dos perspectivas a destacar en este trabajo de tesis. Una centrada en el uso de los medios masivos de comunicación asociados a las campañas o a la problemáticas de la salud, de menor relevancia para este trabajo y sólo mencionada a fin de dar cuenta de la evolución del campo de la comunicación en salud. La perspectiva se corresponde con una concepción más reciente de comunicación en salud que busca caracterizar las relaciones, interacciones y procesos comunicativos que se registran en las instituciones orientadas a la atención de la salud.

³⁰ Al hablar de “visiones críticas” la autora se diferencia de aquellas que presentan tensiones con la mirada positivista de la medicina tradicional.

Regís considera que el abordaje de la comunicación se ha realizado principalmente a través de la aplicación de “teorías, principios y técnicas comunicacionales con el objeto de difundir y compartir información, conocimientos y prácticas que contribuyan a diagnosticar y mejorar los sistemas de salud y el bienestar de la población” (Regís, 2006: 2).

Respecto de la primera perspectiva mencionada, diversos autores abordan el rol de los medios masivos de comunicación en la prevención, la promoción y educación para la salud (Regís, 2006; Pereira, 2003; Coe, 1998).

Dentro de este conjunto de estudios, no sólo se incluyen análisis de las campañas de prevención desarrolladas por instituciones sociales o gubernamentales, sino también acerca del rol de los medios masivos de comunicación al momento de registrarse brotes o epidemias de distintas enfermedades (como pueden ser el Cólera, el Sida, la Fiebre Amarilla, el Ébola o la Gripe A). Como ejemplo de ello puede citarse el estudio sobre el tratamiento que hicieron los medios de comunicación durante el brote de Gripe A en Argentina que realizó un grupo de investigadores de la Universidad Nacional de Lanús (Spinelli y otros, 2009). La reflexión en torno al tema fue desarrollada en función de dimensiones económicas, epidemiológicas y sociales dando cuenta los factores que entran en juego a la hora de informar -o “(des) informar” según expresan los autores- a la población acerca del avance de la enfermedad y de los cuidados que debían tener.

Según este estudio, los periódicos nacionales han llegado a publicar hasta doce noticias diarias sobre el tema, afirmando “una cosa y su contraria, sin temor a las contradicciones o a los efectos en la población” (Spinelli y otros, 2009: 1). Este trabajo puso en evidencia que “un problema de salud es también un problema social, político, económico y legal” (op. cit.: 1), ya que a través de la difusión de este tipo de contenidos (relacionados con la salud de los ciudadanos) entran en juego diversos factores que repercuten de diferentes formas en la vida cotidiana de la población. En estos casos no sólo los medios masivos de comunicación informan a la ciudadanía acerca de las conductas a implementar para prevenir esas enfermedades, sino que en muchos casos la falta de capacitación/información con la que cuentan los periodistas lleva a que los datos suministrados no sean los

apropiados u oportunos y en lugar de ser una herramienta de ayuda para la sociedad puedan actuar como un medio de des-información, tal como señalan estos autores.

Siguiendo con esta temática, Eynard (2011) afirma que los medios masivos de comunicación se han convertido en una de las principales fuentes de información para la sociedad en general y que esta función se ha visto exacerbada “a la luz de la epidemia global de gripe A (H1N1), asumiéndose como representantes legitimados para la enunciación de normas y que en algunos momentos han contribuido a la generación de preocupaciones extremas y temores exacerbados, respecto a la posibilidad de contagios masivos o en cuanto a la sospecha de que los gobiernos ocultan cifras y manipulan la información brindada” (Eynard y otro en Petracci y Waisbord, 2011: 91).

Es en este sentido que Loewy y Petracci (2014) reflexionan acerca de que en estos casos el mensaje transmitido a partir de los distintos medios de comunicación (gráficos, radiales, audiovisuales o digitales) generalmente está destinado a una audiencia en particular, sin considerar las diversidades sociales de la población.

Respecto a los estudios de opinión pública en el ámbito de la salud, Petracci (2004) realizó otra investigación en donde se evidencia la demanda y aceptación de la transmisión de información por parte de diferentes audiencias a través de los medios de comunicación masivos con temáticas como el aborto y los derechos sexuales y reproductivos en Argentina. Este trabajo analizaba las consecuencias sobre un porcentaje de la población de distintas campañas de prevención, así como también demostraba el impacto que las campañas tenían sobre la población y cómo eran recibidos por cada uno de los individuos. Los resultados obtenidos dieron cuenta de la existencia de un fuerte consenso sobre el respeto a esos derechos por parte de los individuos encuestados y la necesidad de políticas que aseguren la igualdad de oportunidades en el acceso a la información y los servicios de salud (Petracci, 2004).

Otra de las vertientes desarrolladas desde la comunicación centra su atención en el rol de la comunicación en el diseño de políticas públicas de salud y el análisis de las estrategias comunicacionales utilizadas de acuerdo a las características de los escenarios políticos (Petracci y otros, 1994). En este tipo de trabajos no sólo se estudian las campañas realizadas, sino también aspectos relacionados con las políticas públicas de salud a nivel gubernamental.

Particularmente, la investigación realizada por Petracci, Quevedo y Vacchiero (1994), a partir de un análisis comparativo de las estrategias comunicacionales implementadas en relación a las epidemias de sida y cólera durante los años 1991-1993 en Argentina, evidenció que las campañas de comunicación oficiales en relación a estas enfermedades tienen características disímiles y no poseen la misma significatividad en los distintos sectores de la población.

La planificación de una política de salud que apunta a la promoción y prevención de la salud requiere de una propuesta comunicacional como instrumento estratégico para su implementación. González Gartland da cuenta que “en la mayoría de los casos, uno de los principales rasgos que éstas asumen es el diseño bajo un modelo denominado difusionismo” (González Gartland, 2007: 8), en donde un mensaje es realizado para personas de distintas características y particularidades. Allí se trabaja con una perspectiva unilateral de la comunicación y no como una construcción social. En este sentido, Martín- Barbero expresa que “confundir la comunicación con las técnicas o los medios es tan deformador como pensar que ellos son exteriores y accesorios a la (verdad de la) comunicación, lo que equivaldría a desconocer la materialidad histórica de las mediaciones discursivas en que ella se produce” (Martín- Barbero, 2002: 4).

En lo que concierne a este tipo de trabajos se puede considerar que las investigaciones dentro del ámbito de la comunicación en salud no deben estar asociadas solamente a campañas de prevención de enfermedades y promoción de la salud en los medios masivos de comunicación o a través de los canales implementados por un organismo gubernamental, sino que también deben considerarse aquellas problemáticas vinculadas a los procesos comunicacionales no

mediáticos en otros ámbitos/contextos particulares como puede ser el contacto cara a cara en un centro de salud, hospital o en un barrio.

Es así como puede identificarse una segunda línea de investigación que comprende los desarrollos teóricos y metodológicos que ponen su foco en diversos aspectos relacionados con la comunicación en el marco de las instituciones de salud (Beltrán, 1985; Pittman, 1999; Poccioni, 2007; Silva Pintos, 2001; entre otros). Estas investigaciones ponen de manifiesto la importancia de considerar las particularidades de los actores y las características de cada contexto institucional y, en función de ello, las modalidades que asumen sus interacciones sociales.

En cada una de las instituciones los procesos comunicativos serán diferentes según las características y especificidades de cada una de ellas, tales como las “reglas” propias de cada institución que definen su comportamiento esperado (Parsons, 1981), las normas instituidas en cada una de ellas (Berger y Luckmann, 1969; Castoriadis, 1974), los procesos simbólicos y rituales (Vizer, 2006), entre otros.

Como resultado de las interacciones y procesos que se dan al interior de las instituciones se define un “estilo de pensamiento” que ejerce coerción sobre el pensamiento individual (Douglas, 1996). Ello imprime identidad a las instituciones y a sus miembros, además de reproducir una imagen institucional hacia el exterior.

Quijano (1993) define a las organizaciones como “formaciones sociales complejas y plurales, compuestas por individuos y grupos, con límites relativamente fijos e identificables, que constituyen un sistema de roles, coordinado mediante un sistema de autoridad y de comunicación, y articulado por un sistema de significados compartidos (que incluyen interpretaciones de la realidad, normas y valores) en orden a la integración del sistema y a la consecución de objetivos y fines” (Quijano, 1993: 8).

Todos estos aspectos serán fundamentales a la hora de analizar cómo se producen las interacciones sociales y los procesos de comunicación al interior de cada institución, ya que no sólo tendrán que contemplarse las características de los actores (tanto usuarios como trabajadores), sino también las dinámicas internas, historia y modos de organización de cada uno de los hospitales.

En relación al análisis de las interacciones al interior de los servicios de salud también se han realizado diversas investigaciones que analizan los factores intrínsecos a las relaciones entre el personal de la institución y los usuarios, ya que los procesos comunicativos difieren en función de un conjunto de factores tales como las características de cada uno de los actores que entran en relación (Mata, 1985), la naturaleza del vínculo (asimetrías), los modos en que se construye la legitimidad de los roles que representan, la significación de las prácticas comunicativas para cada uno los actores³¹ (Bruno, 2007), el modo en que utilizan el lenguaje (Picard, 1992), incluyendo todos los elementos de la comunicación no verbales (gestuales, mímicas, posturas, emociones, entre otros) presentes en las interacciones (Bateson, 1976; Hall, 1978; Birdwistell, 1970, entre otros).

En este sentido, los vínculos que se establecen al interior de este tipo de instituciones tienden a ser diferentes de acuerdo a las situaciones comunicacionales que se plantean y analizan en los distintos ámbitos de interacción entre el personal de salud entre sí y entre éstos y los usuarios. De esta manera, los roles que ocupen cada uno de ellos en los diversos momentos sufrirán modificaciones y serán legitimadas o no por los otros actores.

Retomando la conceptualización en torno a la importancia de analizar los elementos de la comunicación no verbal en cada una de las instancias de interacción, para algunos de los autores mencionados, como por ejemplo Bateson o Birdwistell, según expresa Winkin “la comunicación es, pues, un proceso social permanente que integra múltiples modos de comportamiento: la palabra, el gesto, la mirada, la mímica, el espacio interindividual, etc (...) La comunicación es un todo integrado” (Winkin, 2008: 22). Watzlawick, establece que a través del lenguaje, las actitudes, los gestos y todas las formas de expresión se está comunicando, ya que todas las acciones de los sujetos comunican en alguna medida (Watzlawick, 1997), por lo que no sólo la oralidad entrará en juego en el proceso de comunicación sino el lenguaje no verbal también estará presente.

³¹ En el que se destacan “rasgos culturales, conductuales, ideas predominantes, acuerdos o conflictos, sentido que adquieren para los sujetos que intervienen en ellas” (Bruno, 2007: 4).

Por ello, dentro de las relaciones interpersonales más allá de considerar la comunicación verbal, el lenguaje, para este tipo de estudios también estará presente la multiplicidad de modos de comunicación que forman parte de esas interacciones. Birdwhistell sostiene que “si el modo verbal lleva con mayor frecuencia la información intencional explícita, otros modos aseguran funciones igualmente necesarias para el buen desarrollo de la interacción” (Birdwhistell, 1967 citado en Winkin, 2008: 74, 75).

Hall, por su parte, considera que “la comunicación no verbal siempre se debe interpretar en el contexto; en realidad suele ser una parte destacada del contexto en que se sitúa la parte verbal del mensaje” (Hall, 1978: 77). Ello se debe a que todos los sujetos son distintos así como también sus actitudes y comportamientos individuales o sociales, por lo que se debe considerar el marco que da forma a cada situación.

Picard (1992) agrega que también existen normas sociales que pueden llegar a limitar las interacciones verbales. De esta manera, dentro de las interacciones no sólo están presentes los aspectos verbales y no verbales, sino también elementos que forman parte de las normas y convenciones de cada sociedad. Por ejemplo, “las normas de cortesía implican que se abordan ciertos temas y se evitan otros, que una petición esté precedida de excusas, que atenúe aquello que podría ser una crítica, etc. Hay, pues, toda una serie de limitaciones que revelan presupuestos sobre las conductas normales de interacción y que regulan la interpretación de una conversación, sin ser de naturaleza lingüística” (Picard, 1992: 133).

1.4. La comunicación médico- paciente en el contexto de la atención en instituciones de salud

Si bien este trabajo de tesis no analiza solamente las interacciones entre usuarios y médicos, sino también entre éstos y otros trabajadores de las instituciones de salud, la mayor parte de los estudios realizados desde las ciencias

sociales dentro de este ámbito dan cuenta de las relaciones que se generan entre médicos y “pacientes”.

La consideración de los sujetos que concurren a las instituciones como “pacientes” se diferencia de la perspectiva que los categoriza como usuarios es decir, sujetos de derecho con un rol activo a la hora recibir la atención en el hospital. En el primer caso, se focaliza en la caracterización de los “pacientes” en tanto sujetos pasivos que reciben la información brindada en cada institución. En cambio, al orientarse hacia el usuario, se reconoce que las inquietudes y preferencias del usuario también son válidas e importantes.

Según expresa Shvartz “esta perspectiva busca diferenciarse del modelo tradicional de relación médico-paciente, el paternalismo, en el cual encontramos a un paciente pasivo y un médico que toma todas las decisiones. En éste, lo que prevalece es la autoridad del doctor legitimada por la confianza y las expectativas que el paciente deposita en él” (Shvartz en Petracci y Waisbord, 2011: 203).

La relación médico-paciente ha sido objeto de innumerables análisis en el campo de las ciencias sociales a partir de la década del '50, tanto desde la sociología como también desde la antropología médica.

Este tipo de estudios se inició con Parsons (1984), quien propone que tanto el rol del médico como el del paciente cumplen funciones latentes con respecto al equilibrio motivacional del sistema social, que son de “considerable significación” (Parsons, 1984).

Entre las investigaciones realizadas por Parsons se destaca el análisis de la estructura institucional y su relación con las interacciones que allí se generan, con el objetivo de agrupar los elementos comunes (los procesos de interacción médico-paciente, por ejemplo), y los que operan en otros tipos de situaciones. Para Parsons la unidad más elemental de los sistemas sociales es el acto, que al mismo tiempo forma parte de un proceso de interacción entre su autor y otros actores. “Una unidad de orden más alto que el acto y que resulta útil a los fines del análisis más microscópico de los sistemas sociales es el status-rol de los actores” (Parsons, 1984: 20). De esta manera, este autor distingue dos dimensiones:

a) el aspecto posicional o status: aquel en que el actor en cuestión se encuentra localizado en el sistema social, en relación con otros actores

b) el aspecto procesual o rol: es lo que el actor hace en sus relaciones con otros, considerado en el contexto de su significación funcional para el sistema social.

La tercera unidad que debe contemplarse a la hora del análisis de sistemas sociales y que resulta ser la más abstracta es “el actor mismo, como unidad social, el sistema organizado de todos sus status y roles, como objeto social y como autor de un sistema de actividades de rol” (Parsons, 1984: 20).

El rol del médico pertenece al tipo general de roles “profesionales”. Por ello hace referencia a que su institucionalización se produce en torno al contenido técnico de su función y agrega que “la neutralidad afectiva se encuentra también implicada en el rol de médico en cuanto su actividad es ciencia aplicada” (Parsons, 1984: 279).

En torno al rol del paciente Parsons expresa que es un rol “dependiente” y que es un caso “típico temporal” ya que su estado de enfermedad puede ser transitorio (dependiendo de la naturaleza y gravedad de la enfermedad). Otros rasgos con los que lo caracteriza son “desamparo y necesidad de ayuda, incompetencia técnica e implicación emocional” (Parsons, 1984: 282). De esta manera, para este autor existe una relación verticalista en donde el paciente necesita de los conocimientos técnicos del médico y en virtud de un status institucionalmente validado, el profesional está calificado para “ayudar” al paciente.

El análisis funcional propuesto por Parsons para caracterizar la relación del médico con el paciente supone un sistema en donde los roles y status se abordan estáticamente y no como objeto de negociación y cambio. Allí, los pacientes indefensos acuden a un profesional experto para que solucione su problema de salud.

No obstante el valor teórico de la propuesta de Parsons, en el contexto de los estudios sociológicos de las prácticas médicas³² en las instituciones de salud, a partir fundamentalmente de la década del '70, aparecieron nuevos enfoques en el abordaje de esta interacción con miradas diferentes a las que plantea Parsons.

Desde estas nuevas perspectivas, se reconfigura el rol del paciente ya que no se lo posiciona como un sujeto pasivo y “objeto” de las intervenciones médicas, desamparado, desposeído, sin capacidad de elección y negociación, así como de conocimientos y experiencias en torno a su salud.

El trabajo de Goffman³³ puede ser considerado uno de los más relevantes al momento de analizar los procesos de interacción social, comunicación y construcción de identidades en el contexto institucional. Sus investigaciones en instituciones de salud dan cuenta de las relaciones sociales entre profesionales y pacientes a partir del análisis de sus formas, las reglas a las que responden y los roles que desarrollan los diferentes interlocutores, los cuales le permiten, al mismo tiempo, observar y analizar las prácticas comunicacionales específicas en el marco de esas instituciones (Goffman, 1967).

Este autor reflexiona acerca de dos tipos de comunicaciones: las expresiones dadas compuestas por “los símbolos verbales –o sustitutos de éstos– que confiesa usar y usa con el único propósito de transmitir la información que él y los otros atribuyen a estos símbolos. Esta es la comunicación en el sentido limitado y tradicional del término” (Goffman, 1967: 14) y las que emanan del individuo que incluyen “un amplio rango de acciones que los otros pueden tratar como sintomáticas del actor, considerando probable que hayan sido realizadas por razones ajenas a la información transmitida en esta forma” (Goffman, 1967: 14).

³² Estudios realizados previos a Parsons, enfocaban sus análisis en la dimensión simbólica y cultural de la enfermedad y la curación, en contextos rituales o de sociedades exóticas. La contribución que realiza Parsons se basa en aplicar el análisis funcional a la sociedad occidental como un modelo que también se aplica a otras dimensiones.

³³ “Su influencia a través del interaccionismo simbólico ha sido importante en Antropología y en la psiquiatría radical británica e italiana. La complementariedad entre su postura y la de Foucault, explica la influencia de ambos en las investigaciones sobre procesos de institucionalización” (Comelles y otros, 1993: 47).

Por otra parte, existen estudios contemporáneos acerca de la comunicación entre médicos y pacientes entre los que pueden destacarse, en primer lugar, aquellos que describen esa relación a través del análisis de la insatisfacción de los pacientes por la información recibida por parte del personal médico y no médico (Cartwright, 1964 citado en Taylor y Bogdan, 1984).

De esta manera, la interpretación que realicen los pacientes de aquello que comunican los médicos, forma parte del proceso de comunicación en estos espacios. En este sentido, Taylor y Bogdan (1984) ponen de manifiesto la existencia de estudios que dan cuenta que los pacientes tienden a estar más insatisfechos con la información que obtienen y con el modo en que la reciben que con cualquier otro aspecto del cuidado de la salud.

Al respecto, resultan de especial relevancia las investigaciones realizadas por estos autores en el marco de una unidad de cuidados intensivos neonatales, cuyo objetivo era analizar quiénes eran los encargados de comunicar la información a los padres sobre el estado y progreso de la salud de los niños internados. Para ello utilizaron técnicas tales como observaciones participantes en la unidad neonatal, que incluían visitas periódicas a lo largo de cuatro meses, y entrevistas a médicos, enfermeros, progenitores, además de revisar documentos oficiales.

La investigación se centró en la comunicación de los padres con el personal de la unidad neonatal desde el punto de vista de los participantes y en la comprensión de las características del contexto que afectaba el modo en que aquella comunicación se producía. Los resultados obtenidos a partir de este estudio revelaron que “con frecuencia lo que el personal cree que está comunicando no es lo que los padres oyen” (Taylor y Bogdan, 1984: 224) debido a que la percepción de los padres se ve modificada por los acontecimientos del nacimiento de su hijo y su experiencia en la unidad neonatal.

De esta manera, aquello que los padres oyen y comprenden se verá alterado/modificado/tergiversado en relación a los problemas de salud que pudiesen tener sus hijos. Los autores concluyen que en los casos en que el personal (médicos o enfermeros) no se comunica oportunamente con los padres o no existe un

contacto diario, esto puede generar malentendidos en torno al estado de salud de los niños (Taylor y Bogdan, 1984).

En relación a ello, resultan de interés los aportes realizados por Byron Good (1994) quien trabajó, entre otros aspectos, la relación entre cultura, enfermedad y conocimientos médicos a través de un estudio antropológico en la Escuela de Medicina de Harvard. Good dio cuenta no sólo de la importancia de los conocimientos biológicos o técnicos dentro de la formación de los estudiantes de medicina, sino también debían estar presentes aquellos aspectos relacionados con las interacciones comunicacionales con los pacientes.

Es así como plantea que los conocimientos que deben adquirir los alumnos no sólo deben ser aquellos básicos de la medicina, sino también aquellos saberes que el autor llama “especializados” relacionados con ver, escribir y hablar (Good, 1994).

Entre los diversos estudios que enfocan sobre las interacciones entre personal y usuarios pero en el ámbito de Argentina, se destaca el estudio de Schwartz en la Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Este trabajo busca dar cuenta de la relación que se establece con los pacientes en esta área orientada a la atención primaria de la salud, cuyo campo de acción son los problemas prevalentes de las personas, las familias y las comunidades. En esta investigación, las entrevistas realizadas por la autora dieron cuenta que la experiencia lleva a los profesionales a adquirir habilidades para poder interpretar lo que “dicen” los pacientes con su cuerpo (Schwartz en Petracchi y Waisbord, 2011). Desde esta perspectiva el diálogo fluido y la “escucha” dentro de la consulta médica, tanto por parte de los pacientes como así también de los profesionales, serían componentes necesarios para que exista una comunicación.

En el contexto de la atención en las instituciones de salud, la comunicación interpersonal adquiere modalidades que pueden ir desde una interacción estructurada (mediante reglas y códigos preestablecidos) a un diálogo natural entre trabajadores y usuarios. Este último caso sería “la comunicación entre personas médico/paciente, médico/enfermero, enfermero/paciente, médico/familia sin

mediación tecnológica alguna” (Silva Pintos, 2001: 127). En este sentido, Bohórquez resalta la importancia del “papel dialógico y dialéctico de esta interacción, que permite descubrir el sentido que tiene la enfermedad, motivando comprensión, acuerdos y aprendizajes recíprocos” (Bohórquez, 2004: 1).

“La comunicación como objeto material ocupa entonces un lugar estratégico, es espacio de manifestación de relaciones, conflictos y mediaciones, desde donde se puede analizar la especificidad de las prácticas en el sistema de salud” (Cuberli, 2008: 77). Las estrategias de comunicación que se implementan están intrínsecamente relacionadas con las prácticas de cada institución y con las relaciones o interacciones que allí se producen.

Desde otra perspectiva, y en base a su experiencia como médico en la atención de niños, Marcos Cuminski³⁴ reflexiona acerca de las interacciones entre médicos y pacientes durante la consulta médica, y considera que “la comunicación es la esencia del ejercicio médico, que se pone en juego en cada encuentro, en cada visita, la que nos une o separa definitivamente de la madre y su hijo (...) El dominio verbal es sólo la punta del iceberg. La experiencia comunicativa es mucho más que el diálogo humano que percibe el oído y la relación médico-paciente es, por su esencia, un acto de comunicación que adquiere a nuestro nivel pediátrico una profundidad y una dignidad que deben ser revaloradas” (Cuminski, 2000: 51).

Cuminski sostiene que la comunicación no debe centrarse sólo en los intercambios verbales, sino también en aquellos aspectos no verbales que forman parte de la interacción. Es así como este profesional considera que desde el lugar donde se produce la interacción (ámbito físico del consultorio, por ejemplo), hasta “la forma de estrechar la mano y el efecto de la mirada, todo contribuye a esa comunicación. Los viejos pediatras hablaban de ‘la ojeada previa’ aquella que les permitía apreciar las características de los visitantes. Y también el examen clínico, tocar, palpar, apoyar la mano sobre el niño lleva también un mensaje comunicacional (...) Creo que la mirada debe ampliarse y agudizar los sentidos. Hay nuevos mensajes que deben ser escuchados muy atentamente” (Cuminski, 2000: 51).

³⁴ El Dr. Marcos Cuminski fue Director del Hospital Noel Sbarra entre los años 1970 y 1991.

Los autores mencionados, provenientes de distintos campos de las ciencias sociales, la comunicación y la medicina que analizan las interacciones desde un enfoque biopsicosocial, afirman que el profesional no sólo deberá preocuparse de lograr un diálogo durante la explicación del diagnóstico que realice al paciente/usuario, sino también en torno a las particularidades del tratamiento a seguir. Es así como el interés del médico en lograr el entendimiento mutuo llevará al éxito en la comunicación, al cumplimiento del tratamiento médico que seguirá y, de esta manera, a la mejora de la salud del usuario.

Baylon y Magnot (1994) consideran que en la comunicación médico-paciente tienen lugar tres tipos de diálogos que en muchos casos se pueden encontrar superpuestos:

- un intercambio de palabras en situación desigual: lo verbal, el lenguaje ordinario y, también, la comunicación no verbal;
- un diálogo médico entre síntomas y tratamientos: el médico, la competencia del médico y también el léxico y jerga médica;
- un diálogo subyacente en el que se encuentra lo relativo a la psique, al inconsciente, a la efectividad: en donde está presente lo no dicho, lo supuesto, lo implícito o infraverbal.

De acuerdo a esta caracterización que realizan estos autores se observa que no en todos los casos se genera un diálogo, tal como fue descrito en las conceptualizaciones desde la comunicación realizadas previamente³⁵, sino que en algunas de las situaciones planteadas existe una transmisión de información (a través de un léxico y una jerga profesional) hacia el paciente. Por eso no pueden considerarse como procesos de comunicación, sino que son distintas formas de relación (lineal, unidireccional) que se pueden establecer durante la consulta médica.

³⁵ Kaplún (1987), Mata (1985), Alfaro (1993), entre muchos otros autores que analizan el concepto.

Costa Sánchez (2011) considera que para que exista una relación dialógica entre médico y paciente “el médico debe adaptar el código lingüístico que emplea”, y agrega que los profesionales no utilizan el mismo lenguaje para dialogar con un colega que el que utilizan con los usuarios. Por lo tanto, el médico deberá pasar de “experto a divulgador” para comunicarse con los usuarios. Es así como el profesional deberá adaptar su vocabulario a “un discurso accesible, comprensible, recontextualizado” (Costa Sánchez, 2011: 153).

La siguiente tabla resume la conceptualización de esta autora al respecto:

Tabla 1: Caracterización del lenguaje médico

Rol	Médico- Experto	Médico- Divulgador
Lenguaje	Técnico/científico	Común/ No especializado
Objetivo/s	Incrementar el conocimiento Demostrar datos Compartir descubrimientos	Informar y educar
Destinatarios/s	Otros médicos-expertos Otros investigadores	Usuarios Medios Sociedad

Fuente: Costa Sánchez, 2011.

De esta manera, la caracterización de la relación médico-paciente realizada hasta el momento pone el énfasis en:

- las estrategias de comunicación utilizadas por los médicos en sus interacciones con los usuarios
- el contexto, constituido por elementos lingüísticos (entorno discursivo) y otros extra-lingüísticos -el marco, la institución, los participantes y su relación- (Picard, 1992)

- aspectos verbales y no verbales de la comunicación
- consideración de las perspectivas del “paciente” entendiéndolo como un sujeto activo, que resignifica y negocia (renombrado como “usuario” desde esta mirada).

Teniendo en cuenta lo dicho hasta aquí, resulta pertinente introducir los planteos de Epstein (2004) quien sintetiza los obstáculos más frecuentes en la comunicación médico - paciente:

- involucrimiento emocional: perturbaciones emocionales que pueden tener las personas al momento de acudir a la consulta médica.
- diferencia de estatus: diferencia social de los interlocutores. Las dificultades también provienen del hecho que los mensajes pueden invocar sentidos connotativos diversos.
- tiempo: percepción y valoración de la duración de la consulta tanto de los médicos como de los pacientes.
- diferencias entre el nivel de conocimiento del profesional y del paciente puede generar una situación de incómoda dependencia del segundo en relación al primero.
- comunicación unilateral.

Este autor agrega a esta caracterización que la práctica actual de la medicina se basa generalmente en el conocimiento técnico. Sin embargo, las reformas curriculares introducidas en algunas facultades de medicina de América Latina y la introducción de médicos de familia buscan corregir esta carencia (Epstein, 2004)³⁶.

³⁶ En este caso puede mencionarse la Residencia en clínica pediátrica con orientación comunitaria que se implementó en el Hospital Sbarra desde el año 2004 y luego fue unificada con el resto de las residencias de la provincia de Buenos Aires, ampliando los contenidos y metodologías de trabajo comunitarias a todas las residencias pediátricas bonaerenses.

A la hora de analizar las relaciones de los médicos con los pacientes la consideración de estos potenciales obstáculos resulta útil para entender la multiplicidad de significados, perspectivas, conocimientos, valores que se ponen en juego durante las interacciones entre estos dos grupos y las modalidades que adquieren las mismas.

En cuanto a las características propias que adquieren las interacciones entre médicos y pacientes, Menéndez sostiene que “la relación médico/paciente debe ser analizada en tanto relación diádica a partir del encuentro técnico y social producido. Pero dicha relación además de ser descrita y analizada en este nivel, debe ser referida a las múltiples relaciones dentro de las que intervienen entre otras: las institucionales, las étnicas o socioeconómicas, y que remiten a otros niveles de análisis que debieran ser articulados con el primero, pero a partir de análisis específico de la relación señalada” (Menéndez, 1994: 73). En este encuentro es donde cobra especial relevancia el proceso salud/enfermedad/ atención (S/E/A).

Este “enfoque relacional” que plantea Menéndez asume la existencia de diferencias en las interacciones que se producen tanto a nivel interpersonal, microgrupal y/o comunitario. De esta manera el eje no estará en las características económicas de las personas que participan -en alusión exclusiva a los grandes conjuntos sociales: clases, estratos, niveles, “pobres”, grupos étnicos, etc- (Menéndez, 1994).

Es así como enfatiza que deben considerarse aquellos aspectos propios de la interacción entre médicos y pacientes³⁷, en donde también están presentes los conocimientos específicos de los profesionales. Dichos actores sociales pueden tener representaciones y prácticas similares, pero también saberes diferenciales, conflictivos y hasta antagónicos respecto, por ejemplo, de los procesos de salud/enfermedad/atención (Menéndez, 1997).

Al mismo tiempo, deberán contemplarse todos aquellos factores que rodean y dan forma a esa interacción como pueden ser las características de la institución y aquellas que son propias de los participantes de las interacciones. En este sentido,

³⁷ En este trabajo también se incluyen otros trabajadores de los hospitales en los que se realizó el trabajo de campo como puede ser personal administrativo, enfermeros, odontólogos, psicólogos, entre otros.

es necesario incluir las características sociales, económicas y culturales de los actores, como también el sistema de relaciones que se generan, diferenciado del análisis de cada una de sus partes.

El modelo biologicista tradicional de la medicina tiene una orientación dominante de la perspectiva médica hacia los problemas de salud/enfermedad. Este modelo se diferencia de la perspectiva planteada por los autores anteriormente mencionados ya que desvincula al individuo de su contexto social e histórico.

A este modelo de atención Menéndez (1988) lo denomina “Modelo médico hegemónico”, el que está comprendido por aquellas prácticas y saberes establecidos como válidos para la comunidad científica en un momento en particular, al mismo tiempo que lo identifica como “la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el estado” (Menéndez, 1986: 1). Este autor establece como rasgos estructurales el biologismo, la ahistoricidad, la asocialidad, el pragmatismo, el individualismo, la asimetría, la participación subordinada y pasiva del paciente, entre otras características.

En relación a esta nueva perspectiva desde la cual analizar la práctica médica, Laurell (1982) fue una de las primeras investigadoras en plantear el carácter histórico y social de los conceptos de salud y enfermedad. El aporte de Laurell radica en el énfasis puesto en el análisis de las condiciones colectivas de salud de diferentes sociedades en un mismo momento histórico para dar cuenta del proceso salud enfermedad.

Es así como salud y enfermedad son momentos de “un mismo proceso donde se encuentra la atención, no sólo en su dimensión curativa, sino en las dimensiones sociales y culturales que generalmente se presentan ocultas por la mirada médica-biologicista” (Barzani et al, 2001 citado en Petracchi y otros 2010: 5).

El proceso salud-enfermedad-atención no sólo es emergente de determinadas condiciones de vida en el contexto donde se produce, sino que en su dinámica social está atravesado por una red de significados y relaciones de poder (Grimberg y otros, 1994).

De esta manera, las interrelaciones que se generan al interior de las instituciones de salud pueden ser pensadas a partir de las relaciones de poder que allí se producen. Foucault considera que “las relaciones de comunicación implican actividades dotadas de un fin (aunque sólo sea la utilización ‘correcta’ de elementos significantes) y producen efectos de poder por el sólo efecto de que modifican el campo informativo de quienes participan en ella” (Foucault, 1984: 2).

En este sentido, este autor en “Las redes de poder” (Foucault, 1991) plantea tres interrogantes en función al concepto de poder:

- ¿Quién ejerce el poder y sobre quién?
- ¿De qué manera lo hace y cómo consigue hacerlo?
- ¿Cuáles son las consecuencias de estas relaciones de poder sobre el que ejerce el poder y del que está sometido a él?

En el contexto específico de las instituciones de salud, estas relaciones de poder/ subordinación tendrán como trasfondo los motivos por los que los adultos llevaron al niño al hospital, condicionando este tipo de relaciones y ubicándose muchas veces en un posicionamiento inferior tal como se describirá a continuación.

En esta línea, Foucault (1984) refiere que el poder puede lograrse a través de la violencia o del consentimiento. En el caso de la medicina por ejemplo, en la tradición del campo, y asociado al Modelo Médico Hegemónico, siempre existió una legitimación social del posicionamiento de los médicos en una relación de poder por sobre el resto de los “pacientes”. Es así como se produce un consentimiento social en torno al rol de los médicos en función de sus conocimientos profesionales y su posibilidad de “curar” a una persona.

De esta manera las relaciones de poder en lo que respecta a la interacción entre personal de salud- usuario están presentes en distintos momentos/ámbitos de la estadía de los usuarios por el hospital.

Por su parte, Testa (1997), localiza al poder de la sociedad en las organizaciones. Este autor en su análisis distingue dos tipos de poderes:

- el cotidiano
- el societal.

El poder cotidiano se refiere a qué y cómo hacer las cosas, cómo se generan esas relaciones de poder en la cotidianeidad de una organización y, al mismo tiempo, destaca que el poder cotidiano implica el poder societal, aquello que está instituido y forma parte de la institución.

Otro eje de análisis que plantea Testa está asociado a tres tipos de poder en el área de la salud para cada sector: “el poder técnico”, el “poder administrativo” y el “poder político” (Testa, 1997). El poder técnico, se construye con la información (generación, acceso o manejo de la misma); el poder administrativo se construye con la apropiación y capacidad de asignar recursos, y el poder político se construye en base a la capacidad de movilizar grupos sociales en demanda o reclamos de sus necesidades o intereses (Testa, 1997).

Albardonero y Cuberli (2009) expresan que en las relaciones entre usuarios y personal de salud durante el proceso de atención (la atención en área administrativa y profesional, diagnóstico, estudios complementarios, tratamiento y obtención de medicamentos), intervienen significaciones y significantes que deben ser reconocidos, al mismo tiempo que “elementos emergentes, como: cuestiones de poder, subordinación, información y conocimiento que atraviesan los vínculos entre ambos tipos de actores y que son necesarios de evidenciarse en el proceso de salud-enfermedad-atención (PSEA)” (Albardonero y Cuberli, 2009: 1).

De acuerdo a las conceptualizaciones realizadas en torno al poder/subordinación que se puede generar entre usuarios y personal de salud se reconoce que existe una desigualdad de condiciones entre los actores ya que unos poseen mayor conocimiento por sobre los otros, ya sea respecto al ámbito donde se encuentran como también aquel específico del problema de salud del niño.

En torno al rol de la comunicación en la relación médico-paciente dentro de este modelo biomédico, Schwartz afirma que siempre ocupó un lugar secundario, ya que se consideraba que para el diagnóstico y tratamiento sólo era necesario el conocimiento del médico, los estudios clínicos y la tecnología (para realizar los estudios complementarios), dejando la comunicación fuera de esta interacción (en Petracci y Waisbord, 2011). Desde esta mirada, la comunicación entre médico y paciente sólo puede ser entendida como una mera transferencia de información, en donde el médico informa al paciente las causas de su enfermedad y el tratamiento a seguir a partir de un diagnóstico médico del estado del paciente, sin considerar la diversidad y particularidades de la persona inserta en una sociedad.

Al respecto Díaz expresa que este alejamiento entre usuario y personal de salud está “basado en el saber y reforzado a través de la simbología (la bata, el lenguaje inaccesible para los pacientes, etc.). Esta relación desigual está sostenida por la práctica profesional pero también por la formación que reciben los profesionales sanitarios, en la que las habilidades de comunicación interpersonal siguen siendo una materia prácticamente ausente” (Díaz, 2011: 37), o por lo menos que no está presente a la hora de formar/enseñar a los futuros profesionales los aspectos a considerar para realizar el diagnóstico³⁸.

Desde un enfoque bioético, Maglio plantea que este modelo reduce la medicina al cuerpo humano abandonando la concepción de “una medicina de la persona” (Maglio, 2008: 2), hecho que llevó en muchos casos a un descreimiento de la sociedad acerca de la función de los médicos y la medicalización³⁹ de la práctica médica.

Desde los años ‘60 han proliferado análisis críticos en torno a las suposiciones que subyacen al modelo biomédico sostenido por las instituciones “oficiales” de salud. Una de las principales críticas apunta a la consideración del

³⁸ Al respecto también puede mencionarse el trabajo “La comunicación como acto y disciplina en la formación de médicos” realizado por Valeria Albaronedo y Milca Cuberli (2009) en donde se analiza y reflexiona acerca de la inserción curricular de la comunicación en la formación de médicos con perfil generalista.

³⁹ “La medicalización no es una función de la medicina, sino más bien un requisito funcional del sistema para concretar claros objetivos de control social a través de estrategias de normatividad, disciplinamiento y estigmatización. A través de esta medicalización, el Estado y la sociedad se desresponsabilizan de la enfermedad de sus integrantes y, al transformar los conflictos sociales en patologías individuales, éstas deben ser tratadas -medicalizadas-” (Maglio, 2008: 1).

individuo enfermo como “paciente” y en consecuencia, objeto del cuidado y las decisiones de los profesionales, y no como un “sujeto” capaz de tomar decisiones sobre su propia salud y de acordar con el profesional sobre temas tales como el origen de su padecimiento o el tipo de tratamiento a seguir. Por ello la consideración de los actores como usuarios quiebra esta perspectiva y los ubica en una posición activa y partícipes del proceso de salud.

Es así como el modelo médico hegemónico ha ido evolucionando a perspectivas basadas en una concepción integral del hombre y la salud, aunque en la actualidad aún persisten prácticas y forma de organización que formaron parte de las bases del sistema sanitario argentino (Ghitia y otros, 2011).

En consonancia con estas críticas al modelo médico hegemónico, Maglio expresa que “‘Lo social’ no es un eslabón más en la ‘cadena epidemiológica’, sino que es la matriz del proceso salud-enfermedad-atención”⁴⁰ (Maglio, 2008: 2). Es por eso que los cambios de las miradas acerca de la relación médico- paciente tienden a considerar a los individuos como partícipes necesarios del proceso salud-enfermedad-atención.

En esta línea de pensamiento, Rubinstein señala que “la mayoría de las enfermedades y padecimientos de los individuos refleja la compleja interacción de factores genéticos, personales, ambientales y socioculturales” (Rubinstein y otro, 2001: 11), introduciendo información del contexto propio de los usuarios y donde se desarrolla la enfermedad, para realizar el diagnóstico médico.

Más recientemente, se ha incorporado las nociones de derechos de los pacientes⁴¹, así como también su consideración como sujetos con deberes y obligaciones en tanto usuarios que concurren a las instituciones de salud.

⁴⁰ Los resaltados son del texto original.

⁴¹En la República Argentina en el año 2009 se promulgó la Ley 26.529 que establece los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud en donde se le reconocen derechos a los usuarios del sistema de salud en aspectos que antes no estaban contemplados en la normativa vigente.

Esta ley otorga a los ciudadanos el derecho al acceso irrestricto a su historia clínica y a toda la información relacionada con su salud y posibles tratamientos terapéuticos, con el fin de garantizarle las condiciones para el consentimiento o rechazo de las prácticas propuestas por un profesional o institución médica. Asimismo se consideran derechos esenciales de todos los pacientes los siguientes aspectos: asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, información sanitaria e interconsulta médica.

A partir de los cambios sociales acerca del rol de los “pacientes”, Maglio introduce el concepto de bioética enunciando que “la bioética no se opone al desarrollo científico y tecnológico sino que le señala el camino para respetar los principios de beneficencia, autonomía y justicia”. Y agrega que la bioética ha cambiado el modelo tradicional paternalista de la medicina “hacia un nuevo paradigma, para que la relación médico – paciente se convierta en una relación vincular donde saberes y poderes se transmitan en una dirección horizontalmente democrática sin ningún tipo de sometimiento” (Maglio, 2001: 445).

Estas perspectivas incorporan la singularidad como prioridad del modelo de atención en la relación del personal de salud con los usuarios (Basambrío y otros, 2005).

Estas nociones y conceptos se ven materializados en los hospitales a través de los Comités hospitalarios de Bioética cuya función es promover el trabajo interdisciplinario para la toma de decisiones en casos que presenten dilemas éticos (Maglio, 2001).

1.5. Comunicación y calidad de la atención

El abordaje de la comunicación en las instituciones de salud, también forma parte de los análisis relacionados con la calidad de la atención (Donabedian, 1966) que brindan los servicios de salud, intentando ampliar el estudio de la evaluación de la calidad más allá de los aspectos técnicos de la atención médica. En este sentido, cobran valor otras dimensiones del proceso de atención, como son las relaciones interpersonales y las modalidades que asumen los procesos de comunicación como elementos claves para garantizar mayor adhesión al tratamiento así como mayor satisfacción de los usuarios con la atención recibida.

De acuerdo al estudio realizado por Cuberli (2008) las investigaciones sobre la calidad de la atención en los servicios de salud desde la medicina y la psicología clínica tienden a analizar al sujeto aislado, desconociendo a la salud o a la enfermedad como un proceso en el cual intervienen diversos factores, que escapan a las particularidades de los sujetos.

En la mayoría de los casos las personas que acuden a un hospital pediátrico lo hacen para solucionar y/o prevenir un problema de salud de un/su niño. En estas condiciones es importante reconocer la situación particular por la que atraviesa el usuario en un determinado momento, enmarcada en un contexto caracterizado por un estado emocional específico, un estado de vulnerabilidad desencadenado por el problema de salud que afecta al niño, y sus implicancias para el resto del entorno social, a lo que se suma la posibilidad y/o dificultad para acceder a un servicio de salud, recibir atención y contención durante el proceso y fundamentalmente, comprender las explicaciones y recomendaciones que realiza el personal.

Clemente, Molina Derteano y Roffler (2014) reflexionan que al estudiar la accesibilidad en salud deben considerarse las nociones de procesos (que indica algún tipo de secuencia, trayecto que se da en las interacciones de los usuarios con las instituciones) y escenarios donde se dan esos procesos (condiciones físicas, económicas y normativas en las que se produce esa interacción) y que determinan las interacciones.

En este sentido, se alude a la atención como un proceso en el que intervienen diversas personas y se desarrolla en distintos contextos o escenarios, según la denominación de estos autores. Es así como el proceso de atención estará marcado por distintas etapas o fases durante la trayectoria de los usuarios por el hospital, y por diversos factores o hechos que facilitan o dificultan su tránsito.

Desde esta perspectiva, la accesibilidad está planteada desde la oferta de los servicios de salud, discriminando las representaciones, discursos y prácticas de la población como aspectos a considerar a la hora de evaluar también la accesibilidad de los usuarios a un servicio de salud. Es por eso que autores como Comes y otros analizan el concepto a partir de su aspecto relacional y definen a la “accesibilidad como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros,

contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse” (Comes y otros, 2007: 202). Esta relación de “encuentros/desencuentros” pone de manifiesto la necesidad de pensar la complejidad del concepto a la hora de confeccionar estrategias para mejorar el acceso a los servicios de salud (Stolkiner y Otros, 2000).

En cuanto a este concepto, diversos estudios sobre la temática (Caballero, 2012; Almeida, 2000; Mauro, 2006, entre otros), destacan la importancia de identificar las barreras que dificultan que los usuarios accedan a la atención en alguna de las etapas o en todo el proceso de atención. Entre estas barreras puede destacarse (Comes y otros, 2007):

- geográficas o físicas: imposibilidad por un accidente geográfico o una barrera construida por el hombre. También debe incluirse en ese punto la disponibilidad de transporte para acceder al hospital (Alonso, 2012).
- económica: medios que poseen los usuarios para acceder a los servicios de salud.
- administrativas u organizativas: dificultades de acceso por cuestiones burocráticas de la institución, por ejemplo horario de obtención de turno, la orientación del paciente dentro de la institución, entre otros aspectos.
- cultural o simbólica: diferencias culturales, idiomáticas, entre otros, entre el personal de salud y la comunidad. En torno a esta barrera, también deben considerarse aquellos factores relacionados con la cosmovisión acerca de un problema y los criterios seleccionados para solucionarlo, como también el grado de integración del Hospital a la vida ciudadana (Alonso, 2012).

Por otro lado, la accesibilidad social, es decir, todos aquellos factores relacionados con las relaciones interpersonales que se dan entre el personal de salud y los usuarios (trato amable, adecuación del vocabulario, comunicación fluida, confianza, respeto, información adecuada y oportuna), es una variable que suele adquirir mayor relevancia que otros factores de índole económicos y geográficos (Remorini y otros, 2007).

En relación a la accesibilidad social, los usuarios han demostrado que dentro de esta categoría existe un saber compartido valorado positivamente, en donde factores tales como la posibilidad de comprensión mutua entre el paciente y el personal de los servicios de salud, la relación entablada con el profesional a través del tiempo y su disposición para la escucha y la atención, son priorizados a la hora de elegir un hospital, así como también la posibilidad de participación de la comunidad en la institución (Alonso, 2012).

Por otro lado, la accesibilidad puede ser diferenciada en inicial y ampliada:

- La inicial, es aquella que permite a los usuarios ingresar al sistema. Incluye barreras relacionadas con la oferta, así como también aquellas inherentes a los usuarios del servicio de salud.
- La ampliada abarca todo el proceso de atención de un usuario, en donde quedan contempladas las interacciones entre usuarios y personal de salud.

Asociado a estos conceptos, se encuentra también el de aceptabilidad, que se orienta a determinar el grado de satisfacción del usuario en relación al uso de los servicios de salud (Giffoni Marsiglia y Carneiro Junior, 2009). En este sentido, las investigaciones realizadas dan cuenta que los usuarios valoran la atención médica y la dispensación de medicamentos por sobre la cercanía geográfica de la institución en la que se van a atender.

Por otro lado, puede mencionarse la accesibilidad organizativa referida fundamentalmente a los aspectos burocráticos de la atención, la orientación del paciente dentro del edificio hospitalario, la organización de la demanda, la accesibilidad a la obtención de turnos, los horarios de atención (disponibilidad), los cambios en la organización de los servicios, entre otros (Alonso, 2012).

CAPÍTULO 2

PROPUESTA METODOLÓGICA

2.1. Diseño de la investigación

En las páginas precedentes se exponen las estrategias metodológicas utilizadas para abordar las interacciones entre usuarios y trabajadores de las instituciones de salud estudiadas.

Desde el punto de vista metodológico, esta investigación se basa en un diseño de tipo cualitativo, lo que implica la utilización combinada y/o complementaria de técnicas adecuadas al relevamiento de información observacional y discursiva principalmente, pero que no excluye la triangulación con otras fuentes de segunda mano (documentales, material de archivo, entre otras). En el ámbito de las investigaciones en salud pública, la metodología cualitativa ha abierto, en las últimas décadas, un espacio que convoca a profesionales de las más diversas disciplinas (médicos, enfermeras, psicólogos, sociólogos, antropólogos, trabajadores sociales, etc), lo que aporta una gran riqueza en la producción de conocimiento (Amescua y Gálvez, 2002).

La expresión “metodología cualitativa” refiere, en un sentido amplio, a la investigación que produce datos descriptivos: las palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. Siguiendo esta premisa, el diseño de la investigación se basa en la utilización de técnicas cualitativas por su productividad para “descubrir” preguntas relevantes en relación al tema y, a la vez, adecuadas a cada contexto particular (Glaser y Strauss, 1967). Este tipo de aproximación a los fenómenos sociales, se caracteriza por un diseño flexible y orientado a construir hipótesis mediante procedimientos fundamentalmente inductivos a partir de los hechos. Esto constituye el núcleo de la propuesta de la *Grounded Theory* (Glaser y Strauss, 1967; Cresswell, 1998) o “Teoría Fundada”. Esta expresión significa, en términos de Glaser y Strauss, que las teorías deben estar “fundadamente basadas” (*grounded*) en los datos provistos por el trabajo de campo. En tal sentido, el aspecto central de este modelo de investigación es la generación de hipótesis relacionadas estrechamente con el contexto en el que el fenómeno fue estudiado.

El trabajo analítico con los datos genera a su vez nuevas preguntas que pueden ser respondidas a través de nuevas instancias de recolección de datos. Mediante este proceso, se desarrollan conceptos, que van siendo testeados y articulados hacia el final de la investigación asumiendo la forma de hipótesis o proposiciones (Schwandt, 1997).

El relevamiento de información empírica en cada contexto institucional se realizó mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas a trabajadores y usuarios⁴² y observaciones sistemáticas de las salas de espera, áreas de atención y otras instancias de atención relevantes al tema de este estudio. La utilidad de combinar técnicas observacionales y discursivas reside, por una parte, en que generalmente las personas brindan al investigador sólo la regla, lo prescriptivo, el comportamiento "ideal"; en cambio, la mayor parte del tiempo en su vida cotidiana, su comportamiento se basa en transgresiones a esas normas o modelos ideales de conducta.

⁴² Si bien en principio nos propusimos entrevistar a cualquier cuidador que estuviera a cargo del niño al momento de la consulta, el 90% de los entrevistados fueron las madres de los niños.

Por otra parte, más allá de la posibilidad de reconocer "desviaciones", permite al observador externo "revelar reglas y procedimientos establecidos" es decir, dar cuenta de aquellos acontecimientos que "son vistos sin ser notados" por los actores que, entretanto, presuponen constantemente su existencia y comparten la visión de "un mundo que es evidente" (Coulon, 1995).

En este sentido, retomando a Pritchard (1972), el "diálogo con el otro" es el espacio en donde el investigador descubre la complejidad, particularidades y características de cada uno de los actores. El investigador desconoce a los actores, los espacios y los contextos en los que realizará su trabajo de campo, por eso es importante poner en suspenso prejuicios y saberes previos al inicio de la investigación y dar paso a ese encuentro. Dichos actores sociales pueden tener representaciones y prácticas similares, pero también saberes diferenciales, conflictivos y hasta antagónicos respecto, por ejemplo, de los procesos de salud/enfermedad/atención (Menéndez, 1997: 239).

En esta línea, el observador en su trabajo de campo debe "desnaturalizar" las acciones y conductas realizadas por cada uno de los actores, con el objetivo de dar cuenta de las relaciones e interacciones que allí se generan y de los procesos de significación presentes en el campo. Tal como expresan Taylor y Bodgan "el sentido y el significado de los símbolos verbales y no verbales de la gente sólo puede determinarse en el contexto" (Taylor y Bodgan, 1998: 72).

Como señala Stein (1990), para el investigador comprender el punto de vista del otro a partir del análisis de sus sentimientos, sensaciones y construcciones sociales en contraposición al punto de vista externo del observador.

Según expresa Malinowski (1973) para estudiar el contexto de una comunidad es necesario considerar la sociología, la cultura y la tradición de esa comunidad. Por ello, y apelando a una analogía con las instituciones –consideradas como "pequeñas comunidades" (Crivos, 1973)- el estudio de las estrategias de comunicación en cada una de las instituciones deberá ir acompañado de la descripción y análisis del contexto sociocultural más amplio en que se inscriben, considerando las particularidades de los actores, sus vínculos, prácticas, roles y status junto con las condiciones materiales que configuran el contexto institucional.

Desde el punto de vista metodológico, el uso “de múltiples fuentes de información en las investigaciones cualitativas es una gran ventaja (...) proporciona la base para la triangulación en que distintas clases de información pueden ser sistemáticamente comparadas” (Hammersley y Atkinson, 1996: 39). En este sentido, la observación permite poner en evidencia acontecimientos, modos de interacción y/o situaciones que son "naturalizados" por ser rutinarios, predictibles u ordinarios para las personas que frecuentan o son parte de la institución (Remorini, 2008).

Por su parte, las entrevistas hacen posible acceder a los discursos de los trabajadores y usuarios. El análisis de discursos (Van Dijk, 1983) permite establecer el sentido de los conceptos expresados, a partir de los términos efectivamente dichos. Así, las representaciones de los trabajadores y usuarios son objeto de reelaboración y/o transformación en las interacciones, a través del tiempo, según el uso y el contexto material en el que aparecen (Moscovisci, 1979; Jodelet, 1985).

Para Jodelet (1991; 1985) las representaciones sociales son mediaciones que permiten interpretar la realidad diaria y actuar en el mundo. De acuerdo a la descripción que hace Jodelet (1991, 1996) de este concepto, es una categoría que no sólo posibilita conocer la imagen que un sujeto se hace de un objeto, sino que también da cuenta de la inscripción social de ese sujeto, de su ideología, del lugar desde el cual se concibe esa representación, de los valores del protagonista de la actividad representativa (Tobeña, 2006).

En síntesis, la escala microanalítica y el énfasis en el punto de vista del actor, favorece el abordaje de los factores que intervienen en las estrategias comunicativas diseñadas por las instituciones en su vinculación con los usuarios.

De manera complementaria a las observaciones y entrevistas, el relevamiento documental permitió obtener información acerca de los modos de organización y funcionamiento institucional al mismo tiempo que fue útil como fuente para conocer las características de cada una de las áreas y servicios con las que cuenta cada hospital. Finalmente, el registro gráfico de situaciones o eventos significativos al tema de estudio ha permitido registrar información (visual en este

caso) acerca de la distribución de las áreas y las estrategias de comunicación que se implementan institucionalmente en su relación con los usuarios.

2.2. Trabajos de campo

El diseño del trabajo en terreno se llevó a cabo gracias a la realización de sucesivas visitas a las instituciones seleccionadas. A partir de allí se pudieron establecer vínculos con los integrantes de cada uno de los hospitales en los que se acordaron los términos bajo los cuales se llevaría a cabo el trabajo de campo.

Para este trabajo de investigación se realizaron 4 trabajos de campo comprendidos en las siguientes fechas:

- Octubre a diciembre de 2010: observaciones en ambos hospitales.
- Febrero a mayo de 2011: entrevistas a usuarios en las dos instituciones.
- Febrero a marzo de 2013: entrevistas a trabajadores del Hospital Noel Sbarra.
- Febrero a marzo de 2014: entrevistas a trabajadores del Hospital Sor María Ludovica.

El acceso a los hospitales y la autorización para realizar el trabajo de investigación se canalizó por distintas vías. En el Hospital Sbarra el acercamiento a la institución se efectuó a través de la Sala de Docencia e Investigación. Los responsables del área fueron quienes elevaron y gestionaron el pedido de autorización a las autoridades del hospital y entregaron una carta en donde se

brindaba el consentimiento para realizar el trabajo en los consultorios externos de la institución.

En cuanto al Hospital Sor María Ludovica, la nota de pedido de autorización fue presentada en la Oficina de Derechos Humanos, debido a la proximidad y predisposición que presentaba la encargada del área (trabajadora social). Allí se presentó un obstáculo ya que la Oficina de Derechos Humanos dejó de funcionar un mes después de presentada la nota, por lo que finalmente una de las directoras asociadas del hospital fue la encargada y facilitadora del ingreso a la institución.

Para la realización de las entrevistas a los trabajadores también fue valiosa la colaboración de un Instructor de Residencia (Área de Docencia e Investigación) y de los responsables de los Consultorios Externos, ya que posibilitó el acercamiento al área de consultorios externos y el nexo para realizar las entrevistas al personal de salud.

Los directivos de este hospital autorizaron la realización del trabajo de campo exclusivamente en los consultorios externos, exceptuando los servicios de internación del hospital ya que por la complejidad de las enfermedades que allí se atienden podría afectar la salud de los niños internados. Esta limitación condujo a seleccionar para este trabajo sólo los servicios que poseen consultorios externos de ambas instituciones. Estos servicios -por sus características y organización social y material- son espacios acordes para observar y registrar las interacciones entre usuarios y los distintos grupos de trabajadores.

Asimismo, las relaciones que se generan en los consultorios externos entre trabajadores y usuarios suelen tener cierta continuidad ya que la mayor parte de los usuarios han concurrido en más de una oportunidad a la institución por lo que pueden no sólo dar cuenta de ello, sino también reflexionar acerca de las dificultades y/o fortalezas de la atención pediátrica en este tipo de instituciones. En este sentido, es necesario diferenciar aquellos servicios a los que los usuarios asisten en reiteradas oportunidades al año (como puede ser control del niño sano donde los niños deben acudir una vez por mes a la consulta o en los casos que los niños poseen enfermedades crónicas, por ejemplo) de aquellos servicios a los que

los usuarios son derivados por sus médicos de cabecera y sólo realizan consultas esporádicas por un problema específico de salud.

El trabajo de campo se desarrolló en diversas etapas con intervalos entre sí que propiciaron la evaluación de los datos y, en consecuencia, la adecuación de los instrumentos de trabajo en función de los resultados obtenidos y dificultades halladas durante el proceso.

En virtud de los interrogantes planteados en este trabajo y la evaluación de las condiciones necesarias para el desarrollo del trabajo de campo, se diseñaron tres instrumentos: observaciones (ver protocolo en Anexo II), y entrevista a usuarios (ver Anexo III) con ítems y preguntas-guía que se utilizaron para el relevamiento y registro de información. En una segunda instancia se confeccionó el cuestionario a realizar a los trabajadores (ver Anexo IV), con similares características que el resto (discriminado también entre personal administrativo y los profesionales de la salud).

En la primera etapa se llevaron a cabo las observaciones en las salas de espera de ambos hospitales; luego se realizaron las entrevistas a los usuarios y una vez finalizado el análisis de estos datos⁴³, se iniciaron las entrevistas a los trabajadores.

Las observaciones comenzaron con una primera aproximación al terreno en donde se buscó realizar un reconocimiento de las áreas, servicios, especialidades, espacios de atención y modos de organización de cada una de las instituciones. Luego, se profundizó la investigación a partir de la observación de las interacciones entre personal de salud y usuarios dentro de las áreas de atención seleccionadas.

Estas observaciones, desarrolladas en diferentes ámbitos (salas de espera, farmacia, laboratorio, diagnóstico por imágenes, vacunatorio, consultorios, entre otros) de cada institución, permitieron recolectar la información relevante para el diseño del protocolo de entrevistas semiestructuradas a los usuarios.

⁴³ Es importante aclarar que por la metodología de trabajo implementada, los cuestionarios realizados a los trabajadores fueron reformulados y adaptados a los resultados de los datos obtenidos en las observaciones y entrevistas a los usuarios.

En cuanto al protocolo de observaciones contenía variables relacionadas con las estrategias de comunicación utilizadas por los distintos trabajadores en sus interacciones con los usuarios, modos de organización espacial, accesibilidad a los consultorios, modos de funcionamiento del hospital en general y de los consultorios externos en particular, caracterización de las áreas de atención al usuario, mecanismos de atención, entre otras.

Si bien la instancia de observaciones no contemplaba la realización de entrevistas, en ocasiones fue necesaria la interacción con el personal de salud para reconocer particularidades de cada institución que facilitan la comprensión de aspectos relevantes al registro observacional de las situaciones de comunicación.

Es así como se realizaron aproximadamente 30 horas de observaciones en cada uno de los hospitales distribuidas en distintos días de la semana, horarios y áreas o sectores de cada hospital.

En un segundo periodo (febrero a abril de 2011) se implementaron las entrevistas a usuarios que concurren a los consultorios externos de las dos instituciones. Como en la mayor parte de las investigaciones cualitativas, las entrevistas siguieron un protocolo de preguntas guía, que orientaron la interacción y el relevamiento de temas específicos de interés para el investigador. El diseño inicial de este cuestionario sufrió ajustes en función de los resultados obtenidos en la instancia de observación de las interacciones y de entrevista a los usuarios. Debido al estilo informal y no estructurado que adquieren este tipo de entrevistas fue posible la introducción de temas no contemplados en principio por el entrevistador. Ello permitió formular nuevas preguntas y, de esta forma, ampliar la información obtenida.

Estas entrevistas fueron realizadas en las salas de espera mientras las madres/ padres aguardaban junto a sus hijo/as ser atendidos⁴⁴ con el fin de propiciar una conversación fluida con los entrevistados durante ese tiempo, y aprovechando la disponibilidad de los usuarios durante la espera.

⁴⁴ Antes de realizar la entrevista se consultaba si ya habían acudido al hospital con anterioridad, con ese hijo o con otro, para que la entrevista pudiese dar cuenta de un conocimiento real de la institución y sus trabajadores. No se entrevistaron a aquellas personas que concurrían por primera vez al hospital por considerar que no cumplían con los requisitos mínimos para este trabajo de investigación.

Las variables que contenía el protocolo de entrevistas eran similares a las utilizadas durante las observaciones (estrategias de comunicación empleadas por los trabajadores antes, durante y después de la consulta, modos de organización y funcionamiento de cada hospital y del área de consultorios externos, entre otras), pero en este último caso la información obtenida fue relevante para reconocer y caracterizar la percepción de los usuarios en torno a esos aspectos.

Para la realización de estas entrevistas se solicitó el consentimiento - expresado sólo en forma oral- a los usuarios debido a que las mismas fueron grabadas en soporte digital⁴⁵. En muchos casos los usuarios no accedieron a las entrevistas, ya que o bien se negaban a ser grabados o no contaban con el tiempo o la predisposición para realizarla. En todos los casos se aclaró a los usuarios que en este trabajo de investigación se respetaría el anonimato y que la investigación sería utilizada sólo con fines académicos.

Otro aspecto a considerar con respecto a las entrevistas es que la elección de los entrevistados se realizó de manera aleatoria en los dos hospitales pero considerando abarcar un amplio rango de características de los sujetos de acuerdo a:

- edad de los niños
- áreas y servicios dentro de cada hospital
- profesionales con los que se atienden
- horarios de atención: matutino y vespertino
- días de la semana en los que realizan la consulta (se realizaron entrevistas los cinco días hábiles de la semana)

De esta manera, se realizaron 17 entrevistas semiestructuradas a usuarios en el Hospital Dr. Noel Sbarra y 16 en el Hospital Sor María Ludovica.

⁴⁵ Se les explicaba que las entrevistas serían utilizadas con fines académicos, que no se revelaría su identidad (no se consultaba su nombre ni el de su hijo en ningún momento de la entrevista), y que el personal de salud no escucharía las grabaciones de las entrevistas.

Las entrevistas a usuarios (anónimas) fueron grabadas a los fines de un registro fiel de la información, y su desgrabación estuvo a cargo del investigador. Ninguna otra persona tuvo ni tendrá acceso al contenido de las entrevistas.

Luego de finalizada esta etapa, se realizó el procesamiento analítico de la información obtenida con el fin de ajustar los instrumentos para su aplicación en las entrevistas a trabajadores.

Durante la tercer etapa se realizaron 16 entrevistas a personal de salud del Hospital Sbarra (febrero y marzo de 2013) y 10 en el Hospital Sor María Ludovica (febrero y marzo de 2014). Las características de los entrevistados son:

- personal administrativo, médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeros y técnicos de farmacia, entre otros trabajadores.
- trabajadores con diferente experiencia en el hospital: menos a 5 años, entre 5 y 10 años y más de 10 años
- desempeño en los dos turnos de atención (matutino y vespertino).

Al momento de realizar esta etapa del trabajo se presentó un inconveniente en el Hospital de Niños ya que los problemas propios de la institución y los conflictos laborales del sector impidieron el normal desarrollo del trabajo de campo. A ello hay que sumarle que como consecuencia de las inundaciones del 2 de abril de 2013 en la ciudad de La Plata, en las que el Hospital de Niños⁴⁶ sufrió importantes daños, el desarrollo de esta investigación se vio interrumpido y fue retomado cuando las condiciones se normalizaron.

⁴⁶ El subsuelo del hospital se vio afectado, así como otras áreas que sufrieron daños como consecuencia del temporal.

2.3. Análisis e interpretación de los datos

El análisis de la información resultante de los trabajos de campo - entendiéndose por ello, la transcripción y organización del material proveniente de observaciones, entrevistas, documentos escritos y otros registros, su codificación, comparación y contrastación, la identificación de temas, el reconocimiento de variables y la formulación de hipótesis- se desarrolló en diversas etapas. Por tratarse de una investigación cualitativa, el análisis de la información y la elaboración de los datos fue un proceso continuo y “en progreso” (Glaser y Strauss, 1967; Schwandt, 1997; Hammersley y Atkinson, 1996; Cresswell, 1998).

Tal como se explicó anteriormente, el análisis de los datos se llevó a cabo en diversas fases. Fue así como una vez finalizada cada etapa se analizaron los datos obtenidos con el objetivo de determinar aquellos aspectos relevantes y conseguir información de importancia para la investigación.

Como registros del trabajo de campo se consideraron las anotaciones realizadas durante las observaciones así como también los documentos y transcripción de entrevistas de cada uno de los hospitales. Allí se compararon e identificaron las características de cada uno de los servicios, así como también de cada hospital en general. De esta manera, se buscó unificar criterios de análisis para las dos instituciones de modo de encontrar parámetros que guíen el reconocimiento de aspectos convergentes y divergentes, a través de un análisis particular primero, y comparativo luego.

A partir de este trabajo, se realizaron los protocolos-guía que permitieron realizar las entrevistas a usuarios que, una vez finalizadas, dieron paso a un nuevo momento de análisis e interpretación de los datos. En esta etapa se generaron variables (perspectiva de la comunicación de los trabajadores, estrategias de comunicación utilizadas, modos de interacciones entre usuarios y trabajadores, entre otras) a través de las cuales se pudiesen analizar los dos hospitales.

El análisis de las entrevistas se realizó a partir de la utilización del software N Vivo 1.3., el cual facilitó su organización y codificación. Dicho software, especialmente diseñado para asistir el proceso de análisis de datos cualitativos, permite combinar la tarea de almacenar documentos con la exploración de los datos y las relaciones entre ellos. En este sentido, constituye una herramienta acorde a los objetivos de investigaciones basada en un diseño flexible que busca crear categorías de análisis, someterlas a prueba, ajustarlas, formular preguntas e hipotetizar con base en los datos.

Para el análisis de datos a través del N Vivo se crearon las primeras categorías a partir de las entrevistas, desglosando la información de la trayectoria de los usuarios en el hospital: entrada al hospital, ingreso al área administrativa, acceso a la información, obtención del turno, atención profesional, estudios posteriores (laboratorio, diagnóstico por imágenes), obtención de medicamentos en caso de ser necesario y salida del hospital. Este primer análisis de la información permitió reconocer los factores presentes en el paso de los usuarios por el hospital, para luego sí poder operativizar las variables de trabajo y evaluar los datos desde el campo de la comunicación.

CAPÍTULO 3

ACTORES Y SITUACIONES DE COMUNICACIÓN: CONVERGENCIAS Y DIFERENCIAS ENTRE LAS INSTITUCIONES EN ESTUDIO

En este capítulo se describen y caracterizan, en primer lugar, las situaciones de comunicación delimitadas para este trabajo de investigación por lo discursivo (oral o escrito) y/o por el condicionante físico. Más allá de que estas situaciones están insertas en un contexto institucional, por sí solas no explican o determinan el modo en que se producen las interacciones entre trabajadores de estas instituciones de salud y usuarios, sino que es necesario analizarlas de manera independiente contemplando a los actores y circunstancias de cada una de ellas.

En segundo lugar, se caracterizan a los usuarios que concurren a los dos hospitales pediátricos, sus patologías y principales motivos de consulta.

Finalmente, se presentan las interacciones entre trabajadores y usuarios en el marco del proceso de atención enfocado desde su carácter social y en donde entran en juego condicionantes sociales, culturales, ideológicos y políticos. Asimismo se analizan las relaciones de poder y negociaciones dentro de estas relaciones.

3.1. Situaciones de comunicación: delimitación del contexto donde se realizó el trabajo de campo

De acuerdo a las conceptualizaciones de la comunicación esbozadas en este trabajo, las interacciones sociales que se producen al interior de los hospitales pediátricos son estudiadas en tanto situaciones de comunicación (Prieto Castillo, 1999). Éstas se definen como cualquier entorno relacional que pueda ser acotado, recortado por lo discursivo o por un condicionante físico.

Es así como en el análisis de las situaciones de comunicación este Prieto Castillo (1999) delimita las siguientes variables:

- relaciones internas y externas que se generan,
- características de los mensajes,
- discursos predominantes,
- los métodos de acercamiento a los destinatarios,
- sus acciones, entre otros (Prieto Castillo, 1999).

A los fines de este estudio, las situaciones de comunicación pueden ser recortadas cartográficamente en términos de las interacciones entre usuarios (niños y adultos) y personal de salud que se producen en el ámbito del consultorio, el área de farmacia, laboratorio, o de la sala de espera de cada institución. A ello debe sumarse, las áreas administrativas de atención al público destinadas a la entrega de turno/ atención /información, donde se realiza la admisión a la institución y se intenta orientar al usuario durante su estadía en el hospital.

Asimismo, puede delimitarse como situación de comunicación el proceso de constitución de las historias clínicas, ya que conforman un medio de comunicación entre los distintos profesionales. Es por ello que la trayectoria o recorrido de las historias clínicas, desde que es iniciada por el personal administrativo y luego

completada por distintos profesionales, a través del tiempo, constituyen soportes donde se materializan las interacciones entre los distintos actores que participan del proceso de comunicación.

En el marco de esta investigación no se han estudiado situaciones de comunicación que se generan en las áreas de internación (entre los profesionales médicos, enfermeros, por ejemplo, con los niños y sus madres, padres o acompañantes), ya que, como se explicó en el capítulo 2, se evaluó junto a los directivos de ambas instituciones que realizar la investigación en estas áreas podría afectar la privacidad e intimidad de los niños y sus familias, así como su condición de salud.

Si bien entonces no se han cubierto la totalidad de situaciones de comunicación posibles entre usuarios y trabajadores de los hospitales, aquellas sobre las que se focalizó el trabajo (consulta profesional, atención del personal administrativo, salas de espera) presentan mayor riqueza para el análisis ya que existe una mayor accesibilidad, disponibilidad y disposición por parte de los distintos actores para este estudio.

En cuanto a los actores que participan en cada una de las situaciones de comunicación descriptas y analizadas en este estudio pueden distinguirse:

- los profesionales (médicos, psicólogos, odontólogos, enfermeros, entre otros);
- personal administrativo, cuidadores hospitalarios;
- usuarios que concurren al hospital (niños de hasta 14 años que consultan acompañados por sus madres, padres y/u otros acompañantes).

Las situaciones de comunicación analizadas se producen en el marco de una institución que posee una dinámica interna y modos de organización en particulares, historia, cultura e identidad (Douglas, 1986). Sin embargo, estos aspectos por sí solos no explican necesariamente el modo en que ocurren las

interacciones e intercambios que se registran a nivel micro, esto es, cada situación de comunicación en particular. Por eso es importante considerar cada una de ellas, contemplando la multiplicidad y complejidad de componentes que la conforman, y sus posibles dimensiones de análisis.

Es así como las trayectorias, configuración, reglas y modalidades de organización de cada institución tiene cierto efecto sobre el comportamiento de sus integrantes, pero no determina los modos de actuar/interactuar de los trabajadores entre sí y con los usuarios, ya que ello depende de lo que sucede en los encuentros entre ambos tipos de actores, que suceden en el marco de situaciones diversas y cambiantes.

En lo que respecta al Hospital Sbarra, de acuerdo a las respuestas brindadas en las entrevistas, existe consenso entre el personal en torno al interés/preocupación por generar una relación estrecha y de confianza tanto en la comunicación con los usuarios como entre pares, ya que es un hospital que históricamente se ha caracterizado por el trabajo interdisciplinario y en equipo para resolver los problemas de salud de los niños⁴⁷.

Como ya se dio cuenta en esta tesis, en sus orígenes el hospital no se dedicaba a la atención de usuarios en consultorios externos, sino que como Casa Cuna asistía solamente a niños judicializados. Este hecho, sumado a la cultura organizacional y normativa existente, ha llevado a que el personal que se desempeña allí tenga una tendencia a la contención y a la escucha de los usuarios⁴⁸.

⁴⁷ En las entrevistas realizadas al personal de salud se destacan estos aspectos, además de resaltar que al ser un hospital “chico” (en donde trabajan menos de 300 personas) existe la posibilidad de conocimiento y facilidad de acceso entre los servicios y/o áreas (“Es un hospital donde nos conocemos todos”, -Administrativo, Área SAMO, Hospital Sbarra, 26/02/13-). Al mismo tiempo, desde la página web del hospital se destaca que el abordaje de los objetivos institucionales “se realiza a través de la participación y compromiso de todos los integrantes de la comunidad hospitalaria” (<http://www.hospitalsbarra.com.ar/elHospital.html>).

⁴⁸ En este sentido, para poder dar cuenta del posicionamiento ideológico y social de la institución, también puede mencionarse el voluntariado que funciona en el hospital desde 1969. En la página web (<http://www.hospitalsbarra.com.ar/voluntariado.html>) se expresa que “La labor del voluntario es estar y hacer junto a los niños. Debe tener una actitud atenta a sus necesidades, tratando de comprenderlo, debe tener siempre una disposición libre y despojada de perjuicios, sin normas fijas, ni reglas preestablecidas que le digan qué hacer con un nene. La función esencial de los voluntarios es la colaboración activa en la atención integral del niño, para lo cual debe priorizar todas las acciones relacionadas con el juego que tiendan a favorecer su desarrollo psicoafectivo y una buena adaptación al medio”.

Por ejemplo, y en alusión a la especificidad de la institución, gran parte del personal administrativo que desarrolla tareas en el hospital con antigüedad mayor a 10 años se inició como asistente de puericultura cuidando a los niños judicializados.

Por ejemplo, en la entrevista realizada a una técnica en farmacia (que realiza el trabajo de entrega de medicamentos a los usuarios), ésta explicó que hace 23 años que trabaja en el hospital y que antes de la función actual que cumple estaba *“en la sala, con los chicos, como auxiliar de puericultura, y hace tres años que estoy en la farmacia. Cuando terminé la tecnicatura en farmacia me pasaron a la farmacia. Pedí el pase y me pasaron”* (Técnica en Farmacia, Farmacia, Hospital Sbarra, 01/03/13).

Al respecto, una administrativa también relató su trayectoria por el hospital *“Hace 34 años que trabajo en el hospital. Empecé a los 18 años en la sala con los chicos, después estuve en lactarios (niños sanos). De ahí pasé a la administración y luego a personal. Hoy en día estoy en compras, (y hago) todo lo que eran contrataciones, licitaciones, así que como podrás ver conozco bastante el hospital. Después en épocas en que nos piden colaboración hemos ido a consultorios. En épocas de campañas vamos a atender al público y a hacer todo lo que es la parte administrativa. Cuando hay necesidad se suele llamar a personal de otras áreas para ayudar en la atención al público porque a veces los que están no alcanzan”* (Administrativa, Área compras, Hospital Sbarra, 26/02/13).

En relación a las trayectorias de los trabajadores por el hospital y las distintas funciones realizadas existe un conocimiento estrecho tanto entre el personal, como también de las tareas desarrolladas en el hospital, hecho que posibilita el abordaje interdisciplinario y en equipo de las problemáticas de los usuarios.

En relación con este tipo de modalidad de trabajo, el Hospital Sbarra se caracteriza por atender no sólo las cuestiones estrictamente clínicas, sino que también prioriza el abordaje de problemáticas sociales de los niños y sus familias a través del trabajo interdisciplinario. Por ejemplo, en los casos en que un profesional o administrativo de consultorios externos observa un problema social de un niño, informa oportunamente a los servicios de psicología y/o servicio social.

En cuanto al vínculo entre pares se busca fortalecer este tipo de relaciones a través de jornadas anuales⁴⁹ destinadas a tal fin, planificadas por la Sala de Docencia e Investigación del Hospital. Este tipo de actividades lleva al conocimiento de los trabajadores entre sí, así como también el reconocimiento de las tareas que desarrolla el personal.

En el caso del Hospital Sor María Ludovica, al ser un hospital de mayor complejidad que el Sbarra y tener afluencia de usuarios con problemas de salud de diferente grado de complejidad, problemáticas sociales y lugares de origen diverso -que incluye usuarios que llegan de otras provincias o países-, la relación entre éstos y los trabajadores en muchos casos tiende a ser esporádica. En numerosas ocasiones, los usuarios que concurren al área de clínica médica lo hacen por problemas de salud específicos (distintos tipos de patologías)⁵⁰ como así también por controles periódicos, en el marco de acciones de prevención y/o promoción de la salud.

Es así como un profesional entrevistado en este hospital respondió que el prestigio de la institución a nivel nacional lleva a los usuarios a elegirlo por sobre otras instituciones de salud de menor complejidad.

“La mayoría de las patologías son patologías que se pueden resolver en cualquier lugar, pero igualmente hay gente que recurre a los lugares por una cuestión ideológica, filosófica (...) La gente es como que viene al centro grande y es como no sé, claro porque lo mismo que yo le digo acá se lo dijo el pediatra. Pero se lo dijo el que está en el Ludovica” (Médico Neumonólogo, Servicio Neumonología, Hospital Sor María Ludovica, 27/02/14).

⁴⁹ Desde el año 2008 se realizan en el hospital Jornadas anuales de formación y actualización cuya principal temática gira en torno a la prevención de salud, atención y seguimiento de enfermedades infantiles, y sus objetivos apuntan a brindar un espacio de actualización e intercambio para residentes de Pediatría, Médicos generalistas, Pediatras en formación, Alumnos últimos años de Medicina.

El Hospital Sor María Ludovica por su parte también desarrolla Jornadas de Actualización en Clínica Pediátrica y Neonatología desde 2008.

⁵⁰ Según el punto de vista de uno de los médicos entrevistados, en muchos casos son personas que deberían ser contenidas por el sistema de contención periférico (Atención primaria en donde se destacan las Unidades Sanitarias y los centros de salud), pero que al no recibir rápida respuesta ante un problema en particular concurren al hospital para realizar la consulta.

También existen los casos de niños que por padecer enfermedades crónicas, concurren asiduamente a uno o varios servicios específicos, generándose vínculos estrechos entre usuarios que circulan por tales servicios y trabajadores de esas especialidades.

“los conocemos de años entonces ya es un vínculo como en cualquier consultorio privado (...) Acá la gente sabe los días y horarios que está cada médico” (Médica Pediatra, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sor María Ludovica, 27/02/14).

A pesar del testimonio brindado por la profesional, la posibilidad de entablar un vínculo estable entre usuario y profesional en una institución pública de salud de estas características es más difícil de lograr y mantener, ya que la gran cantidad de pacientes que concurren a estos establecimientos de salud incide en las probabilidades de que un usuario pueda elegir ser atendido siempre por el mismo profesional, o que éste se encuentre disponible para el usuario toda vez que lo requiera, situaciones que suelen ser más comunes en el ámbito privado.

Por ejemplo, en el sector privado los profesionales suelen brindar su teléfono particular a los usuarios y en el caso de los hospitales de este estudio, los profesionales respondieron que no lo hacen debido a la imposibilidad de contener la demanda telefónica, en virtud del elevado número y diversidad de usuarios que atienden regularmente. De esta manera, el conocimiento mutuo y vínculo estrecho entre profesionales y usuarios, se produce a partir de interacciones exclusivamente generadas en el ámbito hospitalario.

Con frecuencia, estos vínculos se originan en los casos de madres y padres con más de un hijo que acuden al hospital por los distintos problemas de salud de sus niños. Al respecto, una de las madres entrevistadas respondió que

“hace 15 años que vengo al hospital, tengo hijos más grandes y ya conozco a muchos de los médicos que atienden” al mismo tiempo que agregó que su hija tiene dos médicos de referencia *“yo la hago ver con dos médicos, cuando no está uno está el otro. A los dos los conozco mucho. Nunca tuve ningún problema (...) después de tantos años que ya nos conoce el trato es muy amable. No te digo como*

familia pero... sí, el trato es muy bueno” (Usuaría, Servicio de Pediatría, Hospital Sor María Ludovica, 14/03/11).

De esta manera, las situaciones de comunicación que se analizan en el próximo capítulo están insertas en un contexto con sus características y particularidades, en este caso enmarcado en el proceso de atención de los usuarios de ambos hospitales.

3.2. Breve caracterización de los usuarios que asisten a cada hospital

A grandes rasgos y a modo de caracterización de las causas por las cuales los usuarios acuden a estos hospitales, puede decirse que en base al estudio realizado, la población que acude al Hospital Sbarra generalmente asiste por patologías de época, como puede ser enfermedades respiratorias (bronquiolitis, neumonía, gripe, entre otras); en primavera prevalecen las enfermedades exantemáticas y en verano las gastrointestinales y las otitis. Debido a que es un hospital de mediana complejidad, la mayor parte de los casos médicos que se presentan son patologías de baja complejidad, aunque también pueden registrarse patologías traumáticas, convulsiones u otras enfermedades.

Los pacientes que concurren a este hospital se caracterizan principalmente por ser personas de bajos recursos económicos que no poseen obra social.

“Es una población característica de lo que puede ser una ciudad como es la ciudad de La Plata, con un cordón periurbano importante, donde hay situaciones de asentamiento, con situaciones de riesgo importante, donde hay cada vez más aglomeraciones de población paraguaya, boliviana, peruana, etc” según la

caracterización que realizó uno de los profesionales entrevistados (Médica, Sala de Docencia e Investigación, Hospital Sbarra, 28/02/13).

Asimismo se pueden diferenciar aquellos usuarios que poseen obra social, pero que acuden al hospital por conocimiento del pediatra (ya sea por atenderse con ese profesional en el sector privado o por haber concurrido con anterioridad al hospital).

También, se encuentran los usuarios que concurren al hospital a realizarse algún estudio o práctica en particular (en el área de diagnóstico por imágenes o laboratorio por ejemplo), debido a que su obra social de cabecera no les brinda la cobertura o no cuenta con la especialidad pediátrica. En este sentido, en la entrevista realizada a un profesional del área diagnóstico por imágenes, éste dio cuenta de esta situación al expresar que hay un porcentaje de personas *“que tiene obras sociales que se atienden en hospitales privados o que son cerradas por ejemplo OSECAC, que no tienen una derivación a determinada clínica. Tal vez porque en esas clínica no tienen esos estudios o son generales para adultos y no tienen la parte de pediatría. Éste es un hospital abierto, acá atendemos a todo el mundo”* (Médico, Diagnóstico por Imágenes, Hospital Sbarra, 07/03/13).

Otro de los sectores en donde concurren personas con obra social es vacunación, ya que cuenta con un amplio horario de atención y disponibilidad de vacunas de calendario⁵¹

“En vacunación se ve mucha gente de un buen nivel adquisitivo. Más que nada los sábados, porque no solamente vienen a ponerle la vacuna de calendario que es gratis en todos lados, sino que traen vacunas que no todos podemos comprar (...) Entonces vienen acá con su obra social, nosotros facturamos la obra social, que es una miseria pero algo es algo, y se lo aplicamos con orden médica y todo prescripto” (Enfermera, Vacunación, Hospital Sbarra, 14/03/13), según respondió una enfermera entrevistada.

⁵¹ El vacunatorio del Hospital Sbarra es uno de los centros de referencia a nivel provincial ya que además de poseer un amplio horario de atención, generalmente cuenta con disponibilidad de vacunas del Calendario Nacional de Vacunación.

En lo que respecta al Hospital Sor María Ludovica, los usuarios que concurren a esa institución presentan mayor variabilidad en cuanto al tipo y grado de complejidad de las patologías por las que consultan, que incluyen enfermedades estacionales (atendidas en el área de clínica pediátrica del hospital), y patologías crónicas o agudas que requieren ser atendidas por los diversos servicios con los que cuenta el hospital.

Esta población acude desde la ciudad de La Plata y alrededores, localidades cercanas como pueden ser Florencio Varela, Quilmes o Berazategui (lugares en donde hay hospitales con servicios de pediatría), del resto de la provincia (ya sea por derivación médica o por iniciativa de los usuarios), como también del resto del país e incluso países limítrofes.

La mayor parte de las personas que concurren a este hospital no poseen obra social y son de bajos recursos. Sin embargo, existen los casos en que deciden llevar a sus hijos al “Hospital de Niños provincial” por el prestigio de la institución (y de sus profesionales) a nivel nacional así como también por las complejidades que trata y la aparatología con la que cuenta. Uno de los profesionales entrevistados analizó esta situación al expresar que *“cuanto más severa es la patología no importa el medio social (al que pertenezcan los usuarios), hay patologías que lo toman como primera instancia”* (Médico Neumonólogo, Servicio Neumonología, Hospital Sor María Ludovica, 27/02/14).

Asimismo, la guardia del Hospital Sor María Ludovica cuenta con afluencia de usuarios de diferentes características sociales y económicas, ya que es una de las únicas guardias pediátricas de la región que poseen diversas especialidades y equipamiento tecnológico para la atención de los niños las 24 horas.

3.3. Las perspectivas de los trabajadores en torno a la comunicación con usuarios: convergencias y divergencias

Este apartado profundiza las conceptualizaciones de la comunicación en el marco de los procesos de atención en el que son actores fundamentales los trabajadores de los hospitales pediátricos analizados.

En este contexto, la relación comunicación y salud pueden ser investigada en el marco del estudio de la relación salud/enfermedad/atención desde su carácter social. Además debe considerarse como un proceso en donde entran en juego condiciones sociales, culturales, ideológicas y políticas que influyen directa o indirectamente el estado físico, mental y social de la persona.

Siguiendo la conceptualización de Laurell (1982), se reconoce el carácter social e histórico del concepto de salud anclado a un contexto y un momento en particular. Los usuarios, protagonistas de este proceso, tienen particularidades dadas por su realidad y las condiciones sociales, culturales, económicas en los que viven, por lo que será fundamental que el personal de salud pueda reconocerlas durante el proceso de atención para actuar en los casos que sea necesario en pos del cuidado de la salud del niño.

La forma en que los usuarios se relacionan con los trabajadores y puedan expresar sus vivencias, modos de vida, alimentación, cuidados, costumbres, serán entre otros aspectos fundamentales en este tipo de interacciones y deberán estar presentes durante todo el proceso.

Desde el ingreso de los usuarios al hospital, la obtención del turno, la consulta médica, hasta la realización de distintos tipos de estudios, existen una serie de factores que forman parte de la interacción entre usuarios y personal de salud que se ven condicionados por las experiencias de cada uno de los actores y por la cultura y normativa propia de cada institución.

Desde esta perspectiva, el proceso S/E/A debe tener en cuenta las características de cada una de las partes pero analizándolas, según considera Menéndez (1994), como un sistema relacional que conforma una realidad diferente a la de cada una de las partes independientes. Por lo que no puede estudiarse sólo desde el acto técnico (médico que evalúa una patología e instruye un tratamiento, como curación), sino como un acto social en donde entran en juego diversos aspectos para la realización del diagnóstico. En este sentido, deben contemplarse también las relaciones de poder y negociaciones que se producen en las interacciones que se investigan.

Por ejemplo en el acceso a la información que tienen los usuarios en las instituciones analizadas (no sólo en referencia al problema de salud específico, sino también días y horarios de atención, nombres de los profesionales que atienden e información en general acerca las modalidades de atención, entre otros), resulta pertinente usar el concepto de poder técnico⁵² que plantea Testa (1997) ya que en muchos casos la información no está disponible durante la estadía de los usuarios por la institución, sino que se presentan obstáculos en el acceso a esa información, necesaria para obtener el turno, conocer qué profesional atenderá ese día, realizar un estudio complementario, adquirir un medicamento, entre otros.

Es así como desde las observaciones se ha registrado que la falta de información (oral o escrita) puede por ejemplo perjudicar la realización de un estudio como consecuencia de la falta de documentación necesaria o la mala preparación del paciente (como puede ser el ayuno previo para un análisis en particular).

El hecho de no conocer las modalidades de atención de los distintos servicios lleva, por ejemplo, a que un usuario deba acudir a primera hora de la mañana para obtener un turno que podría haber obtenido telefónicamente, hecho que se presenta como una falencia y un obstáculo en la atención de los usuarios.

⁵² De acuerdo a este autor el poder técnico se construye con la información disponible en la institución (generación, acceso o manejo de la misma). Tal como se mencionó en el Estado del Arte de esta tesis este autor también alude en esta clasificación al poder administrativo y al político (Testa, 1997).

Por otro lado, existen los casos en los que esa información no es de incumbencia de un área en particular, por lo que los usuarios son derivados a otro sector para obtener esos datos debiendo recorrer muchos lugares antes de conseguir la información deseada o necesaria (no indicando oportunamente el área donde pueden obtener esos datos). Ello lleva a que en estos casos se produzca una desinformación o conflictos en el manejo de la misma.

Es así como, más allá que el personal conozca esa información, indica al usuario cuál es el lugar “formal” donde se entrega esa información (personal de informes o cuidador hospitalario según el hospital y la organización que tenga), llevando a los usuarios a iniciar en estos casos un recorrido por las distintas áreas del hospital buscando los datos requeridos.

Por ejemplo en el Hospital Ludovica se observó una situación en la que una madre consulta a una administrativa dónde se encontraba un servicio en particular y ésta le responde “*Preguntale a los chicos de vigilancia de abajo que te indiquen*” (Observación realizada el 29/11/10 en el Hospital Sor María Ludovica).

Otro caso similar se registró cuando una profesional se acercó a la sala de espera de Clínica Pediátrica:

“La médica 1 le habla a un chico de aproximadamente 12 años y le pregunta ‘Alan, ¿dónde está tu papá?’. El chico le responde que no sabe. La Médica 1 le pregunta si se fue a comprar una gaseosa y luego agrega ‘Que se apure porque tenemos que ver al cirujano que se va a ir’. Luego entra al consultorio y cierra la puerta. Dos minutos después llega el papá de Alan. Golpea la puerta, sale Médica 1 y le dice: ‘Andate a la sala 22 que te va a esperar el cirujano. Decile al de seguridad de allá que te indique dónde ir. Decile al cirujano que te manda la Dra. de consultorios’. El padre y el hijo agradecen y se van”. (Observación, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sor María Ludovica, 29/11/10).

En el marco del manejo de la información y su disponibilidad para con los usuarios, tanto el personal administrativo, enfermeros como los profesionales poseen mayor información (referida a ese contexto y lugar en particular) y la forma como la utilizan será el marco del vínculo que se genere con los usuario.

Es así como en 5 entrevistas los usuarios reconocieron que el personal administrativo en determinados casos no les brinda (o “*no quiere*” según la palabra de una de las entrevistadas) la información que ellos solicitan (por ejemplo si un médico ya empezó a atender, o si va a atender ese día, cuestiones de relevancia para los usuarios en ese momento).

También suceden los casos en que el manejo de la información no es uniforme entre los distintos trabajadores, por lo que eso también representa un obstáculo en la atención de los usuarios.

“Ahora hace rato que vengo por el tema de gastro y la Dra. tuvo un accidente así que hace como tres o cuatro lunes que no está viniendo. Así que ahora vengo de nuevo para ver si es que viene o no, dicen que viene pero bueno, no sabemos (...) Mirá algunos dicen que no saben, otros dicen que hay que esperar” (Usuaría, Servicio de Gastroenterología, Hospital Sbarra, 22/03/11).

Como ya se mencionó el personal administrativo es la primera cara visible en la institución y la persona que tiene “adelante” mientras aguarda ser atendido en la sala de espera (por la disposición y cercanía de los sectores administrativos), por lo que en la mayoría de los casos los usuarios los tienen como blanco de críticas.

Para el análisis de las interacciones que se producen al interior de las instituciones de salud en el contexto de las relaciones sociales entre trabajadores y usuarios también resultan útiles las dimensiones de análisis que desarrolla Menéndez (2003) en relación al modelo médico hegemónico y el enfoque biopsicosocial. El “modelo médico hegemónico” se caracteriza por una visión del paciente como un ser dependiente, desamparado y con la necesidad de ayuda. Desde este modelo, se plantea una relación vertical y autoritaria por parte del profesional en relación al vínculo -contacto- que se genera con el paciente (otros autores hablan también del modelo de salud piramidal para hablar de esta perspectiva).

En este tipo de hospitales, el “desamparo” se presenta en la mayoría de los casos en que los niños presentan problemas de salud que sus padres no saben o no tienen los conocimientos para resolverlo. El profesional en estos casos se presenta como “la solución” ante esa dificultad.

“Yo tenía a mi nene con bronquiolitis me mandaron a hacer unos estudios y me dijeron pero cómo, vos dejás que al chico le hagan cosas sin saber... y le digo que si a mí me dicen que el estudio es necesario yo voy y se lo hago. Y después el médico me va a decir si está bien hecho o no porque yo miro los porcentajes y no sé en realidad lo que quiere decir, él me tiene que explicar a mí” (Usuaría, Servicio de Pediatría, Hospital Sbarra, 28/03/11).

La formulación que realiza Menéndez intenta dar cuenta de algunos elementos que pueden identificarse en el quehacer de los profesionales de la salud y de la construcción del objeto de intervención biomédico particular. Allí pueden destacarse como principales características: biologicismo, ahistoricidad, individualismo, asimetría, neutralidad afectiva, entre otras que tienen a relacionar al usuario/paciente como un ser subordinado, pasivo sin posibilidad de tomar decisiones sobre su salud (Menéndez, 2003).

Algunas características del planteo que realiza Meléndez pueden verse en la atención médica en la actualidad, principalmente en aquellas prácticas donde los trabajadores de instituciones de salud tienden a ejercer una posición autoritaria y unilateral por sobre los pacientes y sus familiares, sin plantear la posibilidad de entablar una conversación con el otro.

Por ejemplo en una entrevista realizada a una usuaria en donde brindó detalles sobre la explicación del médico en función de la toma de los medicamentos y las indicaciones realizadas al respecto ésta respondió *“no, me dijo que solamente se lo tenía que dar cuando tiene fiebre”* (Usuaría, Servicio de Pediatría, Hospital Sor María Ludovica, 14/03/11). Es así como el profesional le indica el medicamento que debe tomar pero no le explica qué efectos tiene, qué posibles reacciones puede ocasionar, entre otras explicaciones útiles para los usuarios.

Otra usuaria agregó que *“Hay otros médicos que directamente te dicen... ponele, te dan una receta y te dicen ésto y ésto tómalo cada 8 horas y ya está. No te dicen cuántos días o veces y si tenés que volver o no”* (Usuaría, Servicio de Pediatría, Hospital Sor María Ludovica, 15/03/11).

En estos casos la comunicación ocupa un lugar secundario, siendo el conocimiento médico y tecnológico los aspectos preponderantes (Schvartz, 2011). El médico o el trabajador ejercerá una presión por sobre el paciente para que comprenda qué debe hacer, imponiéndose un tratamiento a seguir. Subyace a estas concepciones la noción de un sujeto pasivo (noción del paciente tal como fuera caracterizada previamente) incapaz de emitir su opinión respecto al diagnóstico realizado o tratamiento a seguir.

En las ocasiones en las que los profesionales privilegian lógicas de curación antes que estrategias de prevención y promoción de la salud, pueden observarse algunos de los rasgos descritos por Menéndez dentro del modelo médico hegemónico. Es así como uno de los entrevistados consideró que el diagnóstico debe realizarse sólo con el examen clínico y no entablando una conversación con el otro para indagar acerca de otros factores que puedan o no influir en el estado de salud/enfermedad de ese niño⁵³. Por ejemplo este profesional detalló que sólo conversa con los niños adolescentes (especificó 14 años en su discurso) aspectos de su tratamiento, mientras que a los menores no porque “*el tratamiento lo va a seguir el padre*”.

Asimismo se destaca dentro de esta lógica la necesidad de algunos profesionales entrevistados de brindar el diagnóstico “oportuno”, en tiempo y forma, y un tratamiento “eficaz y eficiente”, privilegian la rapidez de los resultados por sobre la forma en la que se realiza todo el proceso de atención.

En este sentido, algunos usuarios entrevistados que remarcaron estos aspectos dieron cuenta que los profesionales les realizan pocas preguntas sobre el estado de salud del niño, los envían a realizar ciertos estudios (ya sea de laboratorio o de diagnóstico por imágenes), y los citan para nuevas consultas una vez que esos resultados estén disponibles.

⁵³ En el apartado 4 Estrategias de comunicativas en los hospitales pediátricos se profundizará al respecto.

Al mismo tiempo, este tipo de interacción puede estar determinada por otros condicionantes como las características del lugar físico de la consulta, la duración estipulada para cada consulta o la cantidad de usuarios que el profesional debe atender a lo largo de la jornada laboral.

Por ejemplo, uno de los profesionales entrevistados en el Hospital de Niños dio cuenta que una de las causas por las que en muchos casos no pueden entablar una relación fluida con los usuarios es la sobredemanda de personas por lo que se dificulta poder entablar una conversación extensa. Es así como este profesional expresó que *“el problema muchas veces es el tiempo que tenés. Una cosa es lo ideal y otra cosa es el día a día. Yo lo que trato es no diferenciarme. No le sonrío al chico, no le sonrío a la madre, quiero saber qué tiene, resolverlo y que la persona se vaya con la solución”* (Médico Neumonólogo, Servicio Neumonología, Hospital Sor María Ludovica, 27/02/14).

Numerosos profesionales resaltaron el tiempo⁵⁴ destinado a la consulta de los usuarios en los hospitales públicos y la cantidad de pacientes que atienden por día como dos factores que inciden en la celeridad con la que deben realizar la atención⁵⁵ y en la imposibilidad de ahondar sobre particularidades contextuales de la vida de cada niño.

En el trabajo de campo se registraron consultas de entre 5 y 10 minutos (según dieron cuenta las observaciones realizadas en ambos hospitales donde se cronometró la duración de un promedio 30 consultas de los servicios de Clínica pediátrica de cada hospital) en donde la lógica de atención integral, contención y escucha (Bohórquez y otro, 2005) pasaría a un segundo plano debido a la imposibilidad de lograr en ese tiempo una relación dialógica.

Respecto a estas relaciones interpersonales, también es importante para este tipo de análisis atender a la diversidad de actores que participan del proceso de atención debido a que en distintas oportunidades estas características definidas dentro del modelo médico hegemónico también podrían ser reconocidas en las

⁵⁴ En muchos casos cuentan con entre 10 y 15 minutos, según expresaron los profesionales entrevistados, para atender a la gran demanda de usuarios que concurren a los hospitales.

⁵⁵ En el capítulo 4 se aludirá con mayor detalle al tiempo de la atención.

actitudes y en los comportamientos de otros trabajadores, más allá de los profesionales.

En este orden, dentro del ámbito del personal administrativo se pueden observar interacciones con los usuarios en donde se privilegia “*dar la información justa*” (según la perspectiva de los usuarios) antes que poder entablar un diálogo, que implique una explicación detallada, con aquellos que acuden al sector no sólo para obtener un turno, sino también para saldar muchas de sus dudas en torno al proceso de atención como puede ser en función de la atención médica recibida, el lugar y modalidad de obtención de la medicación prescrita o los estudios posteriores que debe realizarse el niño. En referencia a ello, una usuaria entrevistada dio cuenta de la falta de explicación recibida por parte del personal administrativo ante la ausencia de turnos.

“Contesta mal y nunca tiene turno, porque si los médicos te dicen ‘decile a la de SAMO que dije yo que te de turno para tal día’, te dice que no. La otra vuelta me pasó también. Es bastante mal arriada. Los de abajo no tanto. (...) Explican real. Habla mal y contestan mal” (Usuaría, Servicio de Neurología, Hospital Sbarra, 31/03/11).

También es oportuno destacar que en muchos de los casos registrados, se generan vínculos estrechos entre usuarios y el personal de salud. En las observaciones se registraron 2 casos en donde un usuario le acercó un presente (ya sea material o algún alimento) al personal administrativo en agradecimiento por la información o gestión que realizó.

“Pero después hay muchos otros pacientes que no, que ya son parte de nosotros. Hay una pacientita que yo la vi a tres días de haber entrado acá, Falco Esperanza, que es una nena que está internada hace mucho tiempo y la madre siempre viene y nos saluda, nos besa, nos trae regalitos. Nos pregunta cómo nos va, nos pregunta por nuestros hijos, hay otro tipo de relación y así un montón” (Administrativa, Área Turnos, Hospital Sbarra, 28/02/13).

Es así como, dentro de cada una de las instituciones analizadas también conviven lógicas de trabajo que tienden a buscar un mayor acercamiento en la relación personal de salud/usuario, explicándole no sólo todos los aspectos de su enfermedad que quieren/consideran importante conocer, con aquellas en donde la precisión y celeridad de la atención priman por sobre el resto.

Desde esta perspectiva, en la realización del diagnóstico no sólo están presentes aquellas características específicas en torno a la enfermedad, sino también los aspectos sociales y psicológicos, incluyendo las condiciones materiales de la vivienda y entorno familiar del niño, que permitan realizar un diagnóstico preciso e indicar un tratamiento adecuado, analizando el contexto donde se produce esa enfermedad o dolencia. Por ejemplo en la entrevista realizada a una profesional del Hospital Sbarra, ella explicó que en los casos de chicos internados, previo al alta médica y la externación, el equipo de salud evalúa las condiciones habitacionales del niño y su contexto familiar.

“A veces nos generan dudas patologías agudas donde uno dice lo mando a la casa o lo dejo internado. Entonces decidir una internación es difícil, porque para el papá le decís la palabra internación y significa que su hijo está grave, y a veces no es que esté grave pero nos quedamos más tranquilos por una evaluación que nosotros hacemos de su medio social, físico, vivienda que decimos este chiquito no va a evolucionar bien, prefiero que se quede, que haga el inicio del tratamiento acá y después se vaya a su casa” (Médica, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 01/03/13).

Es así como en algunas patologías como por ejemplo asma, bronquitis, entre otras que requieren un cuidado especial del usuario, así como también un ámbito físico apropiado para su recuperación, los profesionales evalúan factores externos al tratamiento específico (fármaco en particular para una patología) para que los resultados sean favorables en cuanto a la evolución del niño.

Las representaciones en torno al profesional de salud por parte de los usuarios tienden a ubicarlos también en una posición de superioridad/autoridad en función de su rol y el reconocimiento de la imagen que algunos usuarios tienen del equipo de salud.

De esta manera, existen diferencias en torno a las concepciones acerca de la medicina y el rol que los profesionales ocupan en su interacción con los usuarios en los hospitales estudiados, tanto por parte de algunas corrientes de la disciplina como también en el imaginario de los usuarios. La mayor parte de los entrevistados reconoció la necesidad de generar e incentivar el diálogo entre profesional y usuario para poder realizar el diagnóstico y posterior tratamiento⁵⁶.

“La comunicación con los usuarios debe de ser por ambas partes, respetuosa, clara, con palabras que la gente pueda entender, no ponernos en un nivel de ser superiores, ni realizar gestos que ellos se sientan disminuidos, insistir si quedó claro las indicaciones y hacerles sentir que nos importa lo que nos dice lo que les pasa y que pueden hablar con nosotros siempre que lo precisen” (Enfermera, Servicio de Vacunación, Hospital Sbarra, 14/03/13).

Al mismo tiempo, otro de los aspectos destacados fue la necesidad de que exista un respeto mutuo entre profesionales y usuarios⁵⁷. De esta manera, más allá de las diferencias que puedan existir, no sólo en relación al conocimiento específico que posee una de las partes sobre la otra sino también sociales, culturales, entre otras, desde estas perspectivas es fundamental que el personal de salud considere al otro como un ser activo con capacidad de interpretar aquello que le están diciendo y de decidir el mejor tratamiento para su hijo.

De acuerdo a lo que expresó una de las profesionales entrevistadas *“Nosotros tenemos que generar el vínculo de confianza y hacer que el vínculo de confianza no sea sólo con el hospital sino también con el médico que lo está atendiendo. Entonces eso muchas veces es un obstáculo para nosotros (...) Para saber cuáles son sus costumbres y formas de relacionarse con el niño”* (Médica, Servicio de Control del Niño Sano, Hospital Sbarra, 14/03/13).

En definitiva, se abandona la visión paternalista (Bustamante, 2013), para ubicarse como usuarios de instituciones de salud pediátricas inclusivas y no como pacientes de un sistema de salud cerrado que no permita que las personas puedan

⁵⁶ Estas interacciones puede definirse como procesos de comunicación circulares en donde “la consulta, el diagnóstico y la curación son posibles a través del diálogo entre los actores”. En Serie Comunicación y salud desde una perspectiva de derechos. Guía de comunicación para equipos de salud. Ministerio de Salud de la Nación. 2010: 18.

⁵⁷ Enmarcado en los derechos y obligaciones de usuarios y del personal de salud.

expresarse libremente o que los lleve a no optar por el mejor tratamiento para el niño, sino el disponible.

En el próximo capítulo se describen y analizan las interacciones entre el personal de salud y los usuarios, así como también las habilidades y comportamientos de los trabajadores en esas interacciones, que se ponen de manifiesto en el marco de las estrategias comunicativas desarrolladas por éstos.

CAPÍTULO 4

ESTRATEGIAS COMUNICATIVAS EN LOS HOSPITALES PEDIÁTRICOS: SU RELACIÓN CON MODOS DE ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL Y PERSPECTIVAS DE LOS ACTORES

A los fines del análisis que se propone este apartado se retoman las conceptualizaciones de estrategias de comunicación desarrollados en la introducción de esta tesis, enfatizando su objetivo o meta desde la comunicación.

Las estrategias de comunicación son “las directrices que se adoptan con la finalidad de abordar una situación, por lo que estarán intrínsecamente emparentadas con la acción, con las formas de hacer o de generar criterios para el hacer” (Uranga, 2011: 1).

Matus, por su parte, considera que una estrategia “es un cálculo de interacción social que toma conciencia de la existencia del otro para alcanzar el resultado perseguido” (Matus, 2007: 380). De esta manera, los criterios que se empleen tenderán a considerar al otro (en este caso los usuarios) como actores claves y principales destinatarios del proceso de comunicación y de las estrategias implementadas.

Las estrategias de comunicación son a la vez transversales a cada una de las situaciones de comunicación, ya que pueden ser implementadas/ seguidas en distintos ámbitos o situaciones, pero también actuando en el conjunto del escenario.

4.1. Estrategias de Comunicación visual

En esta sección se describen las estrategias de comunicación visual de cada institución en función a la cartelería y señalética utilizada y en segundo lugar se realiza la caracterización de la página web de cada uno de los hospitales objeto de este estudio. El análisis de estos aspectos permite dar cuenta de la incidencia de este tipo de estrategias de comunicación visual durante el proceso de atención (tanto en el acceso como también en su trayectoria por la institución).

a- Cartelería y señalética

Los carteles y señales disponibles en cada una de las instituciones son uno de los aspectos fundamentales de la comunicación externa con los usuarios. Éstos son diseñados con el propósito ubicar y orientar a los usuarios dentro del hospital, brindar información de utilidad durante su paso por el mismo como así también sobre problemáticas de salud de incumbencia para los usuarios que concurren a estas instituciones.

Desde el punto de vista prescriptivo, el lenguaje y las técnicas de la señalización utilizada no sólo tiene factores intrínsecos que lo caracterizan, sino también debe tenerse en cuenta que es un lenguaje de rápida visualización/interpretación debido a la inmediatez y sencillez del mensaje que deben contener.

Teniendo en cuenta ello, la señalética es parte de las estrategias de comunicación externa adoptadas por cada institución y debería tender a facilitar el acceso y recorrido de los usuarios por el hospital.

Otras de las estrategias de comunicación visual que pueden mencionarse en estas instituciones son los afiches, carteles, entre otras. En función de clarificar su organización en los dos hospitales, se agrupó la cartelería en tres categorías: señalética, carteles informativos realizados por personal del hospital y carteles no avalados institucionalmente distribuidos en el hospital.

A continuación se desagregan cada uno de estos grupos en los que se clasificó la cartelería en el Hospital Dr. Noel Sbarra (Fig. 3).

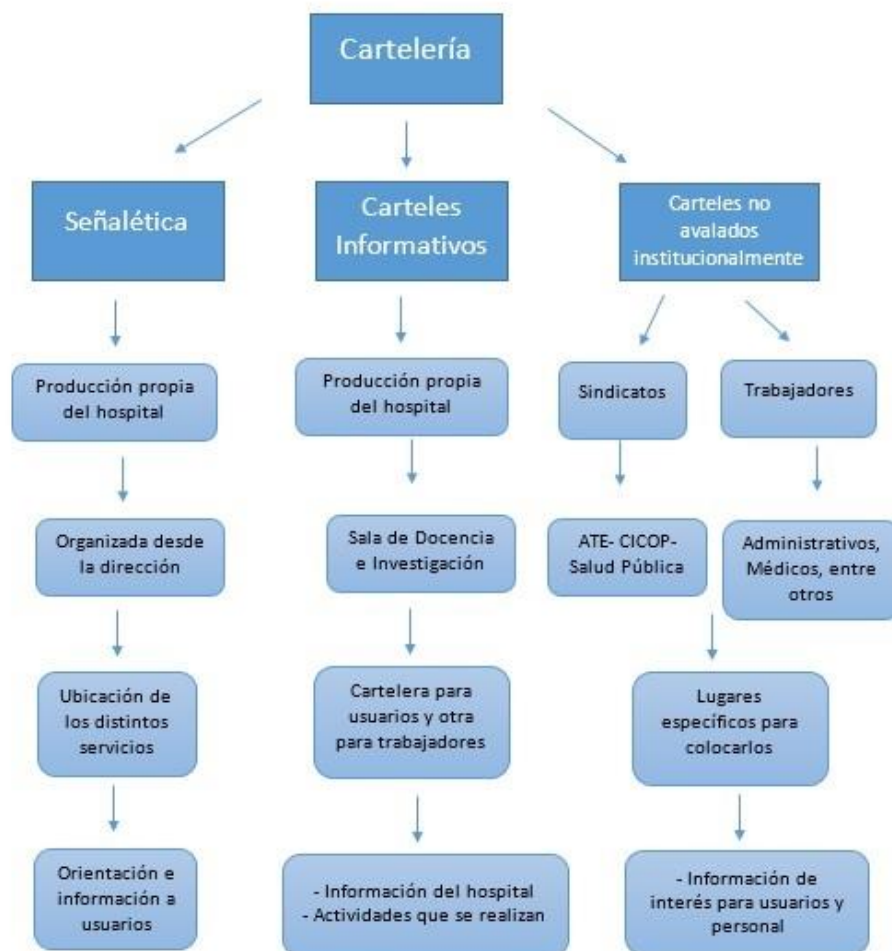


Figura 3: Clasificación de la cartelería del Hospital Sbarra

I- Señalética:

En este apartado se describe la señalización de las distintas áreas y/o servicios constituida por distribuidores, carteles identificadores de los consultorios, especialidades u oficinas del hospital y señales correspondientes a normativas e indicaciones (prohibiciones de entrar, de fumar; baños y silencio; salidas de emergencia, matafuegos, entre otros).

Las señales informativas indican la distribución de las áreas del hospital: el sistema utilizado en el Hospital Sbarra indica con flechas la ubicación de las distintas áreas o servicios. Allí, existe una uniformidad en su confección, ya que en todos los casos observados las tipografías y diseños utilizados son los mismos (respetan una misma estética).

De acuerdo a los testimonios brindados por personal del Hospital Sbarra, el diseño de la propuesta señalética busca aumentar la funcionalidad de la institución, ya que permite familiarizar a los usuarios con los signos que orientan el lugar, intentando lograr además mayor accesibilidad en la disposición del espacio durante la estadía de los usuarios en el hospital. La información disponible allí es el primer servicio que ofrece la institución y permite a los usuarios tomar decisiones acerca del trayecto a seguir para llegar a su destino.

La Figura 4 muestra un ejemplo de señalética del hospital Sbarra ubicado frente a la puerta de ingreso de los consultorios externos. Allí se puede ver cómo a través de la distinción por colores se orienta a los usuarios hacia los distintos sectores del hospital. Por ejemplo en el primer piso, indicado con color rojo, se encuentran la dirección, áreas de docencia e investigación y la biblioteca, entre otros sectores. En la planta baja, a la izquierda del cartel, con color azul, se ubican el servicio social, fonoaudiología, psicología y otras especialidades. Por último, en el subsuelo están las áreas de SAMO-Turnos, los consultorios externos, rayos, laboratorio y el Programa de Ayuda a la Crianza, señalizado con el color verde.



Figura 4: Señalética del Hospital Sbarra ubicada en el acceso a los consultorios externos⁵⁸

De esta manera, tal como se observa en la figura 4, la distinción de las áreas (ubicadas cada una en un piso del hospital) está dada por la diferenciación de colores. Estos colores se mantienen en cada nivel del hospital, indicando allí el ingreso a cada lugar.

En el Hospital Sbarra, 10 de los usuarios entrevistados (sobre un total de 17 entrevistas realizadas a usuarios en esa institución) respondieron orientarse adecuadamente con la cartelería disponible, aunque la mitad de estos 10 usuarios

⁵⁸ Fuente: Revista del Hospital Zonal Especializado en Pediatría “Dr. Noel H. Sbarra”. Publicación de divulgación Comunitaria.

expresó que en algunos sectores del hospital no es apropiada o es muy pequeña/ incomprensible (para algunas personas) por lo que resulta dificultoso su seguimiento. También resaltaron que los cambios organizacionales en cuanto a los lugares de atención del personal administrativo (por ejemplo en el lugar y modalidad de obtención del turno en el Hospital Sbarra cambió semanas antes de realizar las entrevistas a los usuarios) muchas veces se contradice con la señalética disponible, por lo que se presenta como un obstáculo para la obtención del turno:

“Por ahí los carteles para orientarte cuando venís es difícil poder seguirlos porque tenés que estar preguntándole a las mamás cómo es la rutina porque no todos los días son iguales. Va cambiando la rutina; antes se sacaba turno allá y ahora es diferente, todos los días es diferente” (Usuaría, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 31/03/13).

Otra de las cosas que resaltó un usuario es que al ser un hospital pequeño, no es complejo orientarse por lo que en muchos casos no utilizan la señalética disponible: *“al ser un hospital ‘chico’ no necesito seguir los carteles, me ubico sola acá”*. (Usuaría, Consultorios externos, Hospital Sbarra, 28/03/11).

II- Carteles informativos realizados por el personal del hospital (área docencia e investigación, cooperativa, entre otros).

Estos carteles tienen el objetivo de brindar información sobre algunos aspectos del hospital (programas o cooperativa) y por otro lado contiene información sobre promoción y prevención de enfermedades, como parte de la política del hospital centrada en la difusión de sus actividades y la educación y promoción para la salud.

En este grupo también pueden ser identificados aquellos afiches y/o carteles realizados por otras instituciones u organismos de salud y autorizados para su exposición por las autoridades del hospital. Por ejemplo pueden mencionarse

afiches sobre la prevención de distintas enfermedades durante campañas realizadas por el Ministerio de Salud, tanto de Nación como de Provincia, como pueden ser del dengue en el año 2010 o la gripe A en el año 2009.

Con relación a la cartelería, un usuario respondió *“ahora es raro que no haya, porque acá siempre vienen los doctores y pegan ahí abajo en la pared donde está el televisor y pegan muchos folletos (afiches, ya que son pegados en la pared)... a veces explica sobre la higiene del bebé, de los nenes para que no se agarren piojos y si se agarran cómo combatirlos, sobre la diarrea, esas cosas, te explican”*.

Al respecto, otro de los entrevistados dio cuenta de la especificidad de algunas temáticas relacionadas con enfermedades estacionales, entre otras:

“Más que nada había en invierno, de los resfríos, diarrea. Como son virales para prevenirlos más que nada. Ayuda un montón, más que nada a las mamás” (Usuaría, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 31/03/11).

De acuerdo al testimonio de dos de los usuarios entrevistados estos afiches son útiles ya que brindan información a la comunidad acerca del cuidado de la salud de los niños y los modos de prevención de enfermedades. Es así que uno de ellos dio cuenta del contenido de este tipo de piezas visuales al expresar *“viste cuando fue lo de la gripe, el tema de la higiene, de cómo cuidarse, son cosas que tenemos que saber”* (Usuaría, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 28/03/11), mientras que otra resaltó que *“son útiles porque había enfermedades que yo no conocía y que las conozco por los carteles que veo cuando vengo y tengo que esperar que me atienda el médico”* (Usuaría, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 28/03/11).

Desde la perspectiva de dos de los trabajadores entrevistados (sobre un total de 16 entrevistas a personal de este hospital) la función de este tipo de carteles/afiches es revalorizar la sala de espera a partir de la incorporación de material que pueda servir para que el tiempo que aguarden los usuarios para ser atendido pueda ser *“utilizado”* productivamente en función a lo que los profesionales consideran de interés/ relevante que los usuarios conozcan.

En función de ello, desde la Sala de Docencia del Hospital no sólo se trabaja con la cartelería o folletería sino también se realiza una publicación de divulgación comunitaria⁵⁹ distribuida en la sala de espera del hospital dirigida a los usuarios, así como también en otros ámbitos de la comunidad como jardines de infantes, centros de salud, entre otros.

Por otro lado, uno de los usuarios entrevistados reconoció que en muchos casos los residentes o estudiantes de pre grado (Cátedra de Pediatría de la Facultad de Ciencias Médicas, UNLP) son los encargados de realizar este tipo de cartelería

“Incluso los estudiantes a veces hacen afiches de cómo prevenir accidentes y todo eso. Está bueno” (Usuario, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 31/03/11).

Al momento de realizar las observaciones (octubre a diciembre de 2010) los carteles disponibles en la sala de espera eran:

- plano de evacuación del hospital
- prevención dengue (realizado por el Ministerio de Salud de la Nación)
- Compartiendo Saberes (Afiche realizado por profesionales del Hospital Sbarra)

En primer lugar, el plano de evacuación permite proteger la integridad de las personas que se encuentran en el hospital en caso de un siniestro. Más allá de que es un elemento obligatorio en toda institución, por las características de infraestructura y distribución edilicia del hospital, los usuarios deben conocer las vías de acceso y salidas de emergencia disponibles. En este último caso, se encuentran los carteles de salida de emergencia de color verde.

En torno al cartel de prevención del dengue, éste se enmarca en las estrategias de comunicación del Ministerio de Salud de Nación que envía a las provincias afiches o folletería de las enfermedades prevalentes o infecciosas del

⁵⁹ Revista del Hospital Zonal Especializado “Dr. Noel H. Sbarra”. Disponible en <http://www.hospitalsbarra.com.ar/revistas.html> (15/09/15).

momento. Al momento de realizar las observaciones, el dengue era una de ellas (ver Figura 5), mientras que cuando se llevaron a cabo las entrevistas se registraron afiches informativos de la Gripe A (N1H1).



Figura 5: Afiche Dengue⁶⁰

En torno al tercer ejemplo, desde la Sala de Docencia e investigación del hospital se incentiva la realización de este tipo de estrategias destinadas a los usuarios por parte de los servicios, las residencias y en el marco de la cátedra de Pediatría de la Facultad de Ciencias Médicas, fortaleciendo la sala de espera como ámbito también de aprendizaje como se detalla más adelante.

En el caso del Hospital Sbarra existe una norma institucional destinada a organizar la cartelera distribuida en el hospital, de modo que no haya superposición de carteles (sobre y des-informando tanto a usuarios como a trabajadores) ni excesiva cantidad de lugares destinados para ello. Esta pauta puede visualizarse en carteles distribuidos en distintas áreas del hospital que regulan esta situación mediante mensajes tales como: *“Por razones de higiene sólo se podrán colgar en la cartelera o en lugares predestinados”*.

De esta manera, desde la institución buscan organizar la comunicación visual de modo de lograr una sistematización de los contenidos con el fin de que cumpla su función informativa para con los usuarios, priorizando las temáticas de prevención y promoción de la salud.

⁶⁰ Fuente: Ministerio de Salud de la Nación Argentina. www.msal.gov.ar

III- Carteles no avalados institucionalmente distribuidos por personal del hospital (pertenecientes a sindicatos con incumbencia en la institución, como pueden ser ATE, Salud Pública o CICOP) ubicados en lugares destinados para ellos (carteleras específicas), para brindar información al personal del hospital en general y para que los usuarios también conozcan las demandas de los trabajadores. Es así como se observaron carteles convocando a asambleas de trabajadores⁶¹, así como también aquellos que informaban acerca de los bajos salarios del personal de salud. Dentro de esta categoría también se incluyen carteles realizados por los trabajadores destinados a comunicar alguna actividad específica para el equipo de salud.

Con respecto al Hospital Sor María Ludovica puede realizarse una clasificación similar a la utilizada en el caso del Hospital Sbarra, ya que más allá de las diferencias tanto a nivel organizativo como de infraestructura de cada institución, la elección de la comunicación visual es semejante.

I- Señalética:

Al momento de realizar el trabajo de campo (octubre a diciembre de 2010), la señalética existente no presentaba una uniformidad de criterios a lo largo del hospital, debido a que entre los años 2005 y 2009 se realizaron una serie de reformas en el hospital en las áreas de emergencias, consultorios externos, hospital de día (superficie construida en cuatro pisos y un subsuelo) y que al momento de realizar este trabajo de investigación no se había actualizado la señalética.

Es así como pueden observarse dos tipos de carteles:

⁶¹ Al respecto uno de los días en los que se estaban realizando las observaciones “*por altoparlantes se comunicó al personal que a las 9.30 hs en el comedor comenzaría la asamblea de ATE*”. (Observación, Sala de espera, Hospital Sbarra, 10/01/11).

- carteles actualizados en el edificio nuevo
- señalética desactualizada en el edificio histórico (con áreas que cambiaron de lugar luego de las refacciones realizadas en el hospital, pero no así los carteles que indican dónde se ubican).

Al interrogar a los usuarios acerca de la señalética del hospital, gran parte de los usuarios reconoció su existencia pero sólo 5 de 16 usuarios entrevistados en este hospital respondieron utilizarla para orientarse dentro de la institución. Diez usuarios entrevistados dieron cuenta que deciden consultar a los trabajadores del hospital (personal administrativo, cuidadores hospitalarios, enfermeros, entre otros) al momento de solicitar información sobre la ubicación de los servicios, según expresaron en las entrevistas le consultan a *“cualquier persona que pase con guardapolvo”*.

Más allá de que 12 de los 16 usuarios entrevistados en este hospital dan cuenta de la utilidad de la señalética, 6 de esos 12 que mencionaron la practicidad de este tipo de estrategias de comunicación visual, expresaron que luego de las remodelaciones realizadas en el Hospital Sor María Ludovica no se había actualizado toda la cartelería, por ello preferían consultar al personal de seguridad al momento de transitar por el hospital.

De esta manera, se orientan con las indicaciones realizadas por este personal y sólo 5 usuarios (de 16) expresaron orientarse a través de la señalética. De acuerdo al testimonio de uno de los entrevistados *“me desoriento cuando empiezo a leer y más en este hospital que viste agarrás por un lado y salís por el otro y ahora que han modificado más todavía”* (Usuaría, Servicio de Salud Mental, Hospital Sor María Ludovica, 12/04/11).

Debido a estas dificultades en el acceso -como consecuencia de las refacciones y ampliación del hospital-, la complejidad de la estructura edilicia y la falta de actualización de toda la señalética, en los ingresos al hospital y en puntos claves como pueden ser ascensores o acceso a algunos servicios hay cuidadores hospitalarios cuya función es orientar a los usuarios para acceder al hospital y en su

recorrido por los distintos servicios. Es así como desde la institución se reconocen las dificultades de los usuarios en el tránsito por el hospital, a partir de la ubicación de cuidadores hospitalarios en los accesos y de los servicios de mayor concurrencia de usuarios.

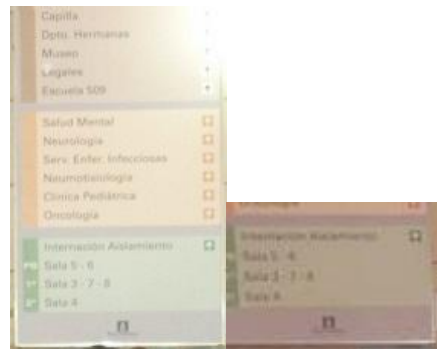


Fig 6: Señalética actualizada del Hospital Sor María Ludovica⁶²

Puede agregarse que en los Hospitales de la provincia de Buenos Aires hay personal capacitado para tal fin, ya que desde el año 2013 el personal de seguridad dependiente del hospital⁶³ cambió sus funciones y denominación (Cuidadores Hospitalarios) de manera tal que no sólo se encargan del control y vigilancia del lugar, sino que también brindan información en general sobre la institución a los usuarios.

II- Carteles informativos realizados por personal del hospital:

Además de los afiches informativos realizados por las distintas áreas del hospital, en este grupo al igual que en el Hospital Sbarra, se encuentran los afiches realizados con motivo de las campañas de prevención específicas ya sea por el Ministerio de Salud de la Provincia como también por su par a nivel Nacional.

⁶² Fuente: Diario El Día de La Plata. www.eldia.com.ar.

⁶³ En este caso no se incluye al personal policial que realiza tareas en el hospital, sino a los cuidadores hospitalarios que son personal de planta del hospital.

En este hospital se destacan los afiches u otro tipo de cartelería/folletería realizada al interior de los servicios pero no así en el área de consultorios externos de clínica pediátrica. De acuerdo con el testimonio de los usuarios entrevistados: *“En la parte de gastro he visto. De celiacía y todo eso, te informan”* (Usuaría, Consultorios de Clínica Pediátrica, Hospital Sor María Ludovica, 15/04/11). Al mismo tiempo, otra usuaria dio cuenta de esta situación destacando la tarea realizada en el servicio de Gastroenterología en materia de implementación de estrategias de comunicación visual con los usuarios *“en la parte de gastroenterología que yo voy una vez al año por ella, sí hay. Después por acá no vi”* (Usuaría, Consultorios de Clínica Pediátrica, Hospital Sor María Ludovica, 15/04/11).

Es así como en este hospital tanto las observaciones como las entrevistas a usuarios dieron cuenta de una mayor preponderancia de afiches relacionados con el cuidado de la salud y la prevención de enfermedades en las áreas pertenecientes a los distintos servicios del hospital y en menor medida en los consultorios de clínica pediátrica.

III- Carteles no avalados institucionalmente: en este caso no sólo pueden observarse aquellos carteles desarrollados por sindicatos u organizaciones gremiales, sino también carteles confeccionados por personal del hospital para establecer una comunicación “directa” con los usuarios.

Para ejemplificar, puede mencionarse el caso de la ventanilla para obtener turnos en los consultorios externos del primer piso del hospital cuya numeración es 10-21 en donde hay tres pequeños carteles con información para los usuarios, los cuales están impresos en media hoja A4 y expresan:

- “Sres padres: para sacar turno concurra con el DNI del paciente”.
- “Las notas de derivación de otras especialidades solo se harán a niños que se atiendan en este Servicio”.

- “Los consultorios de ginecología atienden martes y jueves a las 8hs”.



Figura 7: Ejemplo de carteles informales⁶⁴

De esta manera puede verse como la falta de planificación de estrategias de comunicación apropiadas y sistematizadas y la utilización de carteles (espontáneos) realizados por el personal administrativo o los profesionales ante las constantes demandas de los usuarios, tiene como consecuencia la falta de registro de los usuarios ante la cantidad de carteles sin control previo.

Al mismo tiempo, se observan carteles que restringen el acceso a determinados lugares, sin valor para los usuarios ya que no brindan soluciones a sus necesidades. Tal es el caso del servicio de neurología, en donde en la puerta de ingreso a algunos consultorios se ubican carteles (pueden llamarse notas también por su precariedad en la realización) en las que se les solicita a los usuarios que no golpeen la puerta de ese consultorio, sin indicar hacia dónde deben dirigirse los usuarios para realizar su consulta.

Por otro lado, tal como sucede en el Hospital Sbarra, también se encuentran aquellos carteles realizados por los distintos sindicatos que representan a los trabajadores que tienden a comunicar a sus afiliados sus reclamos o reivindicaciones laborales, así como también las medidas a tomar.

⁶⁴ Fuente Diario El Día La Plata.

b- Páginas web

La difusión de distintas actividades, profesionales, novedades, entre otros aspectos utiliza como canal de comunicación externa las páginas web tanto en lo que respecta al Hospital Dr. Noel Sbarra como el Sor María Ludovica. Ellas son:

- <http://www.hospitalsbarra.com.ar>
- <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hsbarra/>
- <http://www.ludovica.org.ar>

Allí se detallan los servicios y especialidades de cada uno de los hospitales, los días de atención en cada caso y los teléfonos disponibles para solicitar información o pedir un turno en cada uno de los servicios o áreas.

Las entrevistas realizadas mostraron que gran parte de los usuarios entrevistados no conocen la página web institucional y, al mismo tiempo, entre los que la conocen son pocos los que la utilizan periódicamente para obtener información referente a la atención. De esta manera, puede decirse que existe una deficiente difusión de la existencia de las páginas web en las dos instituciones dentro de la población usuaria o las estrategias para darlas a conocer entre la comunidad no son las apropiadas.

Con respecto a las características y particularidades de las páginas web de cada uno de los hospitales, a continuación se realizará una descripción de cada una de ellas.

En primer lugar, la página de inicio de la web del Hospital Dr. Noel Sbarra (ver Figura 8) contiene un banner a la izquierda en donde se detallan las secciones que contiene la página. Cada uno de los ítems con los que cuenta este banner brinda un acceso directo a las secciones que posee la página.

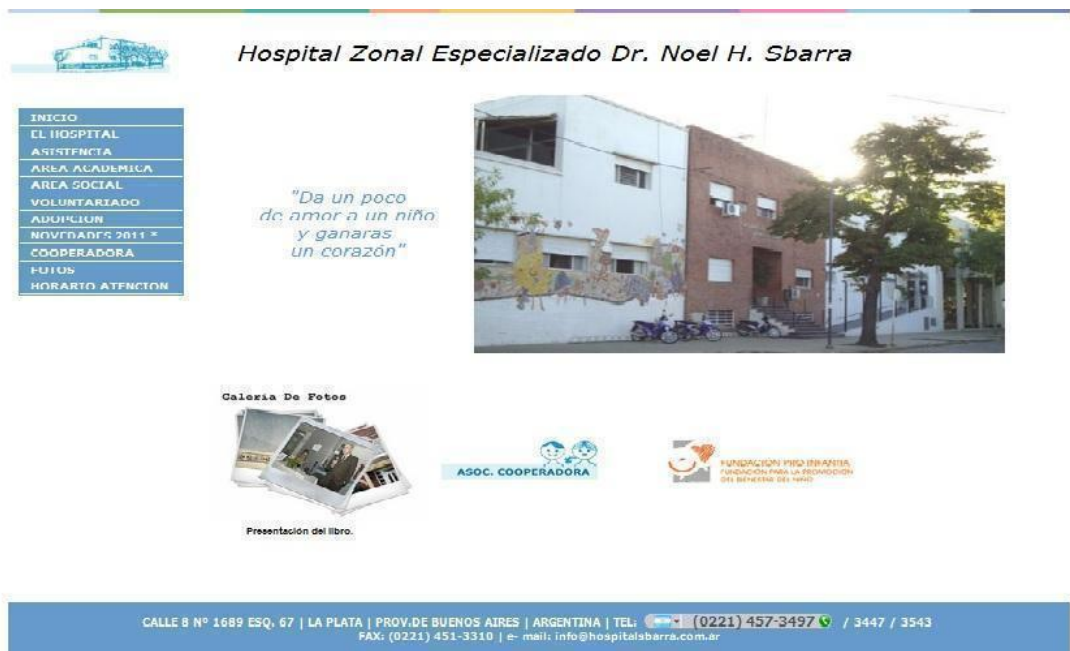


Figura 8: Página de inicio de la página web del Hospital Dr. Noel Sbarra

En los primeros ítems se encuentra la descripción de las características del hospital, sus objetivos institucionales, autoridades y una pequeña reseña histórica de sus orígenes. A continuación se encuentran las actividades que realiza el hospital como ser la asistencial (donde se detallan los servicios y especialidades con las que cuenta el hospital, los profesionales, días y horarios de atención de cada servicio y sus objetivos institucionales), el área académica (integrantes, misión, objetivos y actividades, entre otros), el área social (comisiones y áreas), voluntariado (requisitos, contactos para la inscripción y actividades) y adopción (equipo, objetivos, actividades y contacto).

Luego continúa la sección en donde se publican las novedades del hospital en la que se detallan los cursos y actividades desarrolladas, así como también la revista del hospital⁶⁵. El ítem que continúa en el banner principal es el de la

⁶⁵ La “Revista del Hospital Zonal Especializado Dr. Noel H. Sbarra” es una publicación de divulgación comunitaria que realiza la Sala de Docencia e Investigación del Hospital desde el año 2009, cuyo objetivo es “constituirse en el órgano de expresión de las actividades científicas y de interés comunitario que se realizan en la Institución. A través de ella se busca contribuir al desarrollo de la salud infantil, con especial énfasis en los problemas prevalentes” (Revista del Hospital Zonal Especializado “Dr. Noel H.Sbarra”, Año 1, Número 1).

Asociación cooperadora⁶⁶ que contiene información referida a sus integrantes, objetivos, actividades y contactos, y luego una sección destinada a dar a conocer actividades realizadas con los niños en el hospital a través de fotos y dibujos.

Finalmente, hay una sección en donde se describen los días y horarios de atención discriminados por servicios en donde además se detalla el contacto al que deben recurrir los usuarios (mail o teléfono) para comunicarse. Esta información también se encuentra en la sección “asistencia”, pero la diferencia que presenta aquí es que se encuentra discriminada, por lo que la intención podría ser que los usuarios pudiesen acceder más rápidamente a esa información.

De esta manera, esta página brinda datos acerca de las modalidades de atención que resultan de utilidad para que la comunidad pueda realizar un primer acercamiento virtual a la institución.

El Hospital Sbarra también presenta una página web prediseñada por el Ministerio de salud para todos los hospitales de la provincia (<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hsbarra/>). Allí, contiene información asistencial de similares características a los contenidos que posee la otra página como historia institucional, autoridades, especialidades y servicios, entre otros y agrega herramientas para el personal de salud como es el acceso al webmail del Ministerio (mail institucional) y a Intranet (ver Figura 9).

⁶⁶ La Asociación Cooperadora es una entidad de bien público sin fines de lucro, que realiza desde 1968 un trabajo responsable y mancomunado a fin de propiciar el mejoramiento de las distintas áreas de funcionamiento del Hospital. Esta es una acción imprescindible de nexo entre la comunidad y esta Institución que pretende estar siempre abierta a sus necesidades y aportes (Página web del Hospital Sbarra: <http://www.hospitalsbarra.com.ar/cooperadora.htm>).

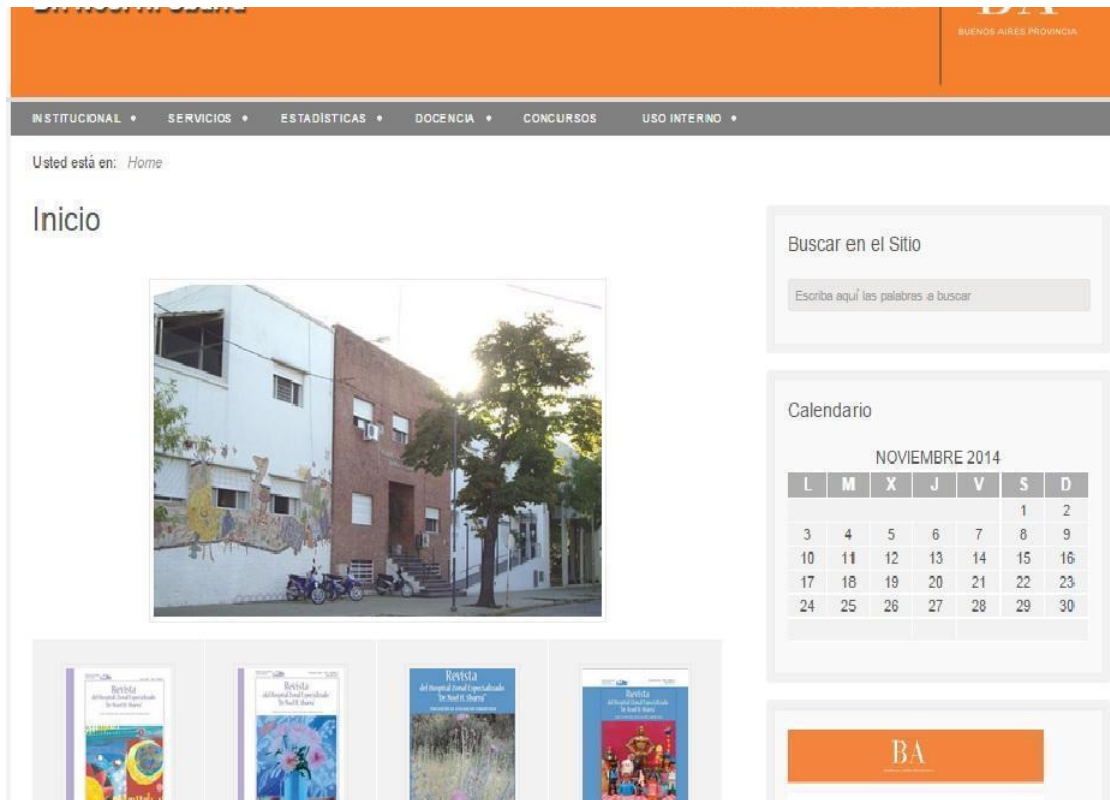


Figura 9: Página de inicio de la página web institucional del Hospital Dr. Noel Sbarra

Con respecto a la página web del Hospital Sor María Ludovica, ésta cuenta con un diseño estructurado a partir de dos banners (ver Figura 10). Uno en el margen superior y otro a la izquierda de la pantalla. A diferencia de la página del Hospital Dr. Noel Sbarra, esta página tiene secciones que contienen distintas derivaciones (páginas que se subdividen en otras secciones).

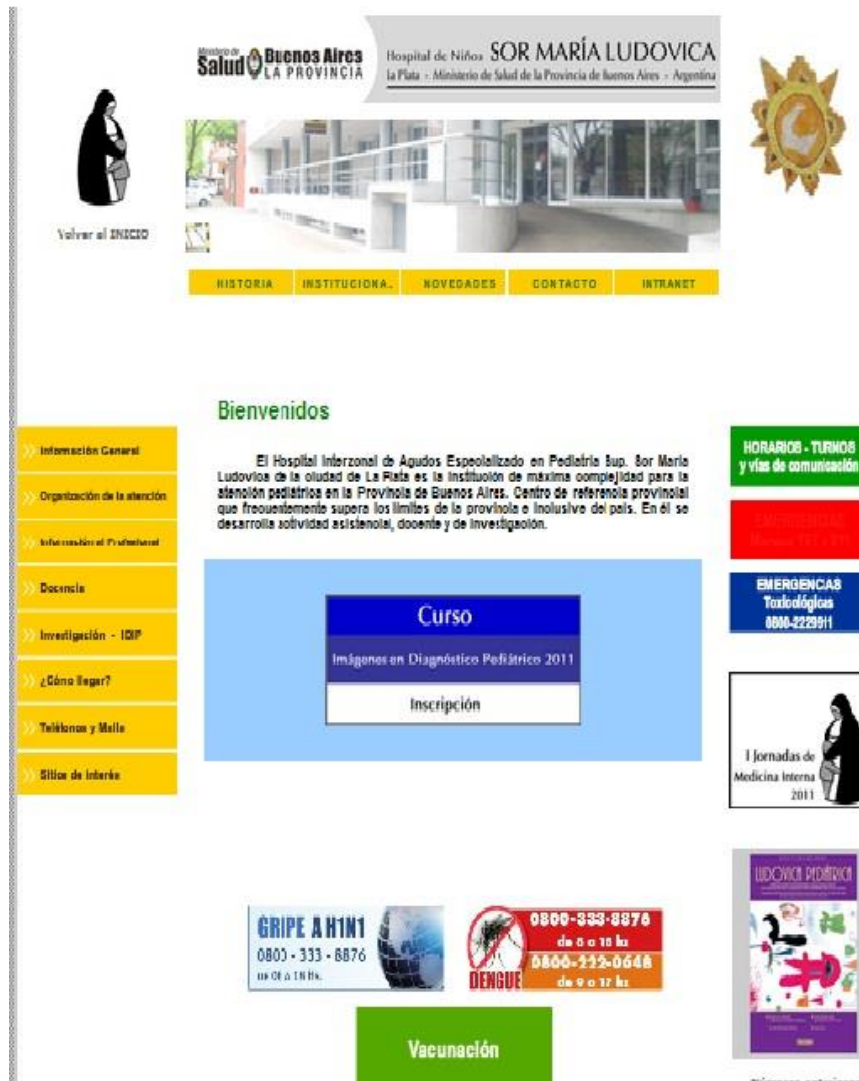


Figura 10: Página de inicio de la página web del Hospital Sor María Ludovica

El banner que se encuentra en el margen superior contiene información relacionada con la historia de la institución, sus autoridades, misión y funciones, novedades y contacto. En la última sección de este banner se encuentra un acceso a “intranet”, de uso exclusivo para el personal del hospital.

En el banner izquierdo se hallan las secciones referidas a la organización de la atención dividida en: emergencias, consultorios atención clínica –en construcción al momento de realizar este trabajo-, consultorios por especialidad –misiones y

funciones de cada servicio, profesionales, días y horarios de atención y vías de comunicación-, servicios por especialidad, internación, cirugía general y especialidades quirúrgicas.

Luego se encuentran tres secciones destinadas al equipo de salud de la institución como es la información al profesional, docencia e investigación e IDIP (link que redirecciona a la página web del Instituto de Desarrollo de Investigaciones Pediátricas Prof. Dr. Fernando Viteri, perteneciente al hospital).

Finalmente se encuentran las secciones “cómo llegar”, “teléfonos y mails” (ambas en construcción al momento de realizar este trabajo) y “sitios de interés” en donde se encuentran links de las páginas web del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, el IDIP, la cooperadora del hospital y del Centro de Referencia de Fibrosis Quística.

Al igual que en el Hospital Dr. Noel Sbarra, en esta página web existe un acceso directo al que los usuarios pueden ingresar para obtener datos de los días y horarios de atención de las distintas especialidades, así como también las vías de comunicación para acceder a ellos.

En el margen derecho de la página se ubican recuadros de colores que titilan y brindan accesos directos a turnos (color verde), horarios y días de atención (amarillo), emergencias (rojo, indica que deben llamar al 107 o 911) y emergencias toxicológicas (color azul).

Por otro lado, en la página web de este hospital se destacan carteles informativos sobre la prevención de enfermedades (Gripe A y Dengue), un link sobre vacunación (calendario de vacunación ubicado en la página web del Ministerio de Salud provincial). De esta manera, la página web del Hospital Ludovica tiene una función no solamente informativa sino que amplía su contenido hacia la educación y prevención de la salud.

Es así como puede verse la manera en que estas dos páginas fueron planificadas y diseñadas en función de la delimitación de dos tipos de usuarios diferenciados. Por un lado los usuarios/ “pacientes” que pueden acudir a ella para buscar información de salud y aquella relacionada con los servicios, especialidades, profesionales y días y horarios de atención (información relacionada con la función

asistencial del hospital). Dentro de este grupo se destaca la comunidad que concurre regularmente a la institución y aquellos que por una situación en particular buscarán información del hospital.

El otro tipo de usuario de la página está compuesto por el personal de salud de la institución: trabajadores y profesionales de la salud en general que recurren a estas páginas para buscar información relacionada con el área académica y asistencial del hospital, así como también para resolver aspectos administrativos.

En cuanto al primer grupo, la página brinda la posibilidad a la comunidad externa al hospital de informarse acerca de los servicios, especialidades y profesionales con los que cuenta cada institución. De esta manera, resulta de utilidad para los casos en que los usuarios desconocen los modos de organización y funcionamiento de cada uno, así como también las vías de comunicación disponibles para obtener un turno o para solicitar información.

Con referencia al equipo de salud estas páginas cuentan con información detallada de las actividades académicas, así como también las novedades en general de cada hospital. Aquí puede destacarse una diferencia ya que la página web del Hospital Sor María Ludovica tiene un link exclusivo para los trabajadores, “intranet”, al que el resto de los usuarios no tienen acceso. En ese caso, los destinatarios son los trabajadores e incluso ese acceso puede ser utilizado para realizar tareas concernientes al trabajo cotidiano y no sólo para la búsqueda de información. En el caso del Hospital Sbarra ese link se encuentra sólo en la página institucional cuya plantilla fue proporcionada por el Ministerio de Salud.

Por otro lado, otra de las funciones de las páginas es la divulgación de las actividades de cada institución tanto en lo referente a los usuarios como también en relación a al equipo de salud. Es así como cada página contiene una sección de novedades en donde se detallan las actividades realizadas en cada una de las instituciones. Asimismo dentro de la página del Hospital Sor María Ludovica se resalta la realización de actividades institucionales como pueden ser las Jornadas de actualización de Clínica Pediátrica y Neonatología que se realizan anualmente.

Al mismo tiempo, de acuerdo a las entrevistas realizadas con los responsables de las páginas de ambos hospitales, existe una relación entre la planificación del diseño y actualización de las páginas web y la consideración de las diferencias que existen entre los sujetos que acceden a la página; no sólo en función de si son internos o externos a la institución, sino destacando y evaluando sus características y particularidades en tanto actores sociales insertos en una comunidad. En este sentido, el responsable de la página web del Hospital Sbarra dio cuenta que a la hora de implementar cambios privilegiaron contenidos informativos sobre la atención que brinda el hospital en el inicio⁶⁷, por sobre las secciones académicas que se encuentran en secciones internas. Al mismo tiempo, disminuyeron la cantidad de información, privilegiando el rápido acceso a la información que necesitan sus usuarios.

“Lo que pedimos era que lo sinteticen un poco porque por ahí se hacía muy largo y la gente no lo lee en su totalidad”, de acuerdo al testimonio del diseñador (Diseñador Gráfico, Área Informática, Hospital Sbarra, 26/02/13).

Por otro lado, en la confección, elección de técnicas de diseño y programación de la página web del Hospital Sbarra los responsables tuvieron como base y fundamento la Ley de accesibilidad de la información en las páginas web (Ley 26.653) aprobada por el Senado de la Nación Argentina en el año 2010. Estas normas establecen los criterios necesarios que deben respetarse para la “elaboración de sitios web con el fin de que los contenidos que se expresen a través de ellas puedan ser accedidos por todas las personas, independientemente de la situación técnica, cognitiva o física”⁶⁸ (para más información Ver Apéndice).

⁶⁷ Privilegiando especialidades, horarios de atención y vías de comunicación para la obtención de turnos.

⁶⁸ Información disponible en <http://www.hospitalsbarra.com.ar/acercaSitioWeb.html>. Fecha de consulta 09/05/15.

4.2. Estrategias para facilitar el ingreso y trayecto de los usuarios en el hospital

La facilidad en el acceso de los usuarios al hospital les permitirá ingresar al sistema de salud y a través de ello, iniciar el proceso de atención de sus problemas de salud. Es por eso que no es un aspecto menor dentro de este proceso dar cuenta de cómo es el acceso a cada institución, así como también las facilidades, obstáculos o barreras que se presentan en cada establecimiento de salud.

En el Hospital Sor María Ludovica el ingreso de los usuarios puede producirse a través de la puerta principal del hospital ubicada sobre la calle 14, como así también por el acceso de la calle 66, en donde se encuentra la guardia, que también funciona como ingreso general para las personas que llegan al hospital durante el horario de atención en consultorios externos⁶⁹. Una vez que ingresan al hospital, los usuarios se dirigen hacia el área o servicio donde serán atendidos.

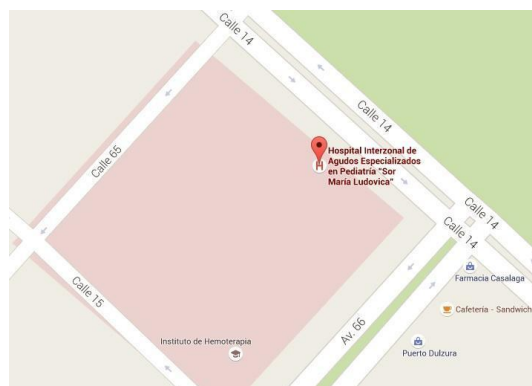


Figura 11: Ubicación del Hospital Sor María Ludovica⁷⁰

⁶⁹ Luego de las 18 horas se cierra la puerta principal del hospital, quedando como único acceso la entrada de la guardia.

⁷⁰ Fuente: Google Maps.

En cambio, en el Hospital Sbarra, la atención se divide en dos sectores con puertas de acceso diferenciadas (y sin interconexión interna para los usuarios, no así para el personal del hospital que puede acceder a las distintas áreas). Un sector en donde se encuentran la mayor parte de los consultorios externos, al cual se ingresa mediante una rampa de acceso ubicada junto a la entrada principal del hospital (sobre la calle 8)⁷¹ y otro en el que se encuentra el servicio de Control Niño Sano y el Vacunatorio sobre la calle 67.



Figura 12: Ubicación del Hospital Sor María Ludovica⁷²

En función del comportamiento observado al momento de su ingreso en cada hospital, los usuarios pueden ser divididos en dos grupos:

- a-** Usuarios que conocen el hospital, como consecuencia de haber concurrido en otras oportunidades por motivos de salud de su/s hijo/s.
- b-** Usuarios que no conocen el hospital, ya sea porque es la primera vez que asisten o porque deben dirigirse a un área o sector diferente.

⁷¹ Utilizada mayormente por el personal de salud y aquellos usuarios que acceden a las áreas de internación.

⁷² Fuente: Google Maps

a. Dentro del primer grupo pueden ubicarse las personas que al momento del ingreso a la institución, ya saben qué tienen que hacer por lo que se dirigen directamente para obtener el turno o el número para la atención.

En el caso del hospital Sbarra deben ir hacia el sector SAMO⁷³ (junto a la entrada del hospital) para obtener el número para la consulta o registrarse en caso de tener programado su turno.

En el Hospital Sor María Ludovica se dirigen hacia el área administrativa del servicio donde se atenderán y, en caso de contar con obra social, también deberán pasar por SAMO para declarar su obra social⁷⁴.

En los dos casos los recorridos son los mismos y los usuarios no necesitan consultar al personal del hospital, sino que a partir de su experiencia previa llevan a cabo los pasos necesarios a realizar antes de la consulta.

“La mayoría de las veces yo ya sé porque el hospital ya lo conozco” (Usuaría, Servicio de Gastroenterología, Hospital Sor María Ludovica, 22/03/11).

En referencia a la familiaridad que presentan estos usuarios con el hospital y la posibilidad de orientarse por su propia cuenta, una de las entrevistadas al consultarle acerca de la existencia y funcionalidad de la señalética respondió *“sabés que no me he fijado en eso, pero por donde está la farmacia he visto pero como yo ya conozco no me he fijado en los carteles. Seguro que hay pero no me he fijado”* (Usuaría, Servicio de Cardiología, Hospital Sbarra, 28/03/11).

b. Los usuarios incluidos en el segundo grupo, que no conocen el hospital o deben ir a un área desconocida hasta el momento, a la hora de movilizarse por el hospital recurren a:

⁷³ SAMO: Sistema de Atención Médica Organizada. Este sector se encarga de registrar los datos de aquellos pacientes que poseen obra social. El Hospital brinda sus servicios al paciente con o sin cobertura médica. El Hospital factura las prestaciones brindadas y el ente abona al hospital los gastos que generó la atención de sus afiliados.

⁷⁴ En el Hospital Sbarra todos los usuarios deben pasar por este sector antes de la atención, tanto aquellos que poseen obra social como los que no.

Opción 1: Personal de seguridad/ cuidadores hospitalarios

En las entrevistas realizadas en ambos hospitales, 11 de las personas que mencionaron recurrir al personal de seguridad⁷⁵ (cuidadores hospitalarios en su nueva denominación) se registró en el hospital Sor María Ludovica (sobre un total de 16 entrevistados en ese hospital), mientras que sólo dos personas (de 17 entrevistados) solicitaron ayuda al personal de seguridad para acceder o trasladarse por el Hospital Sbarra.

Es así como en el hospital Sor María Ludovica los cuidadores hospitalarios son la principal fuente de información para los usuarios que la solicitan (“*Ellos saben todo*”, manifestó una usuaria), orientándolos en su entrada a la institución. Al mismo tiempo, las observaciones permitieron dar cuenta de que aquí el personal de seguridad se encuentra ubicado en distintos puntos estratégicos de la institución (tanto en los ingresos como también en distintas vías de circulación como pueden ser las entradas de los servicios o junto a los ascensores), cumpliendo la función de “informes” generalmente, mientras que en el Hospital Sbarra no desarrollan la misma función y su disposición por la institución es diferente ya que sólo se encuentran junto a los principales accesos.

Como ya se mencionó, en el año 2013 desde el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires se creó el rol de Cuidador Hospitalario jerarquizando la figura del personal de seguridad (“vigilancia”) y asignándoles explícitamente funciones que excedían el control de la seguridad del hospital⁷⁶, como por ejemplo “dar información sobre ubicación de oficinas, consultorios, y en caso de ser necesario acompañar al público que lo requiera”⁷⁷.

⁷⁵ Como primera opción al momento de ingresar o después de intentar orientarse a través de la señalética sin resultados favorables.

⁷⁶ Los Hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires cuentan con personal de la policía bonaerense contratadas para cumplir tareas de vigilancia y seguridad dentro de los hospitales.

⁷⁷ Cuidadores Hospitalarios. Guía de Procedimientos. Disponible en http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/uploads/2013/02/Cuidadores_Hospitalarios1.pdf. Fecha de Consulta 19/11/14.

Opción 2: Señalética

Otra de las alternativas para orientarse que eligen los usuarios al momento de ingresar al hospital es la señalética como ya se desarrolló en la sección anterior. Este tipo de cartelería brinda orientación a las personas que no saben hacia dónde dirigirse: “*A veces ni tengo que preguntar porque los carteles te indican todo*” (Usuaría, Servicio Vacunación, Hospital Sbarra, 28/03/11), o son necesarios para “*corroborar la información que me da el personal de seguridad* (Usuaría, Servicio de Pediatría, Hospital Sor María Ludovica, 21/03/11)” tal como expresaron dos usuarios entrevistados.

En los dos hospitales la señalética disponible puede ser de difícil comprensión para personas analfabetas o con otro tipo de dificultades para la lectoescritura o comprensión de los carteles, ya que sólo tienen letras en su constitución y no símbolos que puedan orientar a los usuarios sobre servicios o áreas en particular. En tales casos consultan a:

- personal del hospital (“*Cualquiera que tenga guardapolvo*”).
- o a otros padres (“*cualquier persona que sepa*”).

Al mismo tiempo, un entrevistado respondió que los carteles no son suficientes (“*Sí, sí hay que poner carteles porque la primera vez que venís, no sabés nada de dónde quedan los lugares...*” -Usuaría, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sor María Ludovica, 22/03/11-), mientras que otro dio cuenta que algunos de ellos son imprecisos (“*Complicado llegar a partir de los carteles, son confusos*” -Usuaría, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sor María Ludovica, 18/03/11-).

De esta manera, se puede ver que las alternativas que utilizan los usuarios para guiarse/orientarse por el hospital no son excluyentes sino que pueden ser complementarias según la necesidad de cada persona.

“Viste que acá no hay muchos. Están los necesarios y en el lugar que tiene que ser y nada más. O sea, por ahí faltarían carteles un poco más grandes para ver la ubicación de cada cosa. Muchas veces si no conocés tenés que preguntar” (Usuaría, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 28/03/11).

4.3. Estrategias y prácticas de comunicación de los trabajadores en su interacción con los usuarios

En esta sección se describen y analizan las estrategias que se despliegan o se ponen en juego en las situaciones de comunicación producidas en:

- **las salas de espera:** en donde se destacan estrategias de comunicación planificadas a nivel institucional con el fin de promover hábitos saludables y cuidados de la salud a través de afiches o charlas en estos espacios del hospital.

Al mismo tiempo, se resaltan las interacciones entre usuarios con temáticas relacionadas con el proceso de atención (obtención del turno, información en general, profesionales, entre otros).

- **los ámbitos de atención a cargo del personal administrativo:** describe las estrategias seguidas por el personal para la entrega de turnos e información y orientación al usuario.

- **los ámbitos de atención profesional:** en donde se describen y analizan las interacciones entre usuarios y profesionales al interior de los consultorios.

4.3.1. Las salas de espera como espacios de interacción

Las **salas de espera** de los establecimientos de salud, históricamente, han sido consideradas como un lugar de ‘pérdida de tiempo’ donde las personas se ‘acumulan’ con el único fin de aguardar su turno para ser atendidas (Kulekdjian, 2010).

Intentando modificar esta situación, y con el fin de valorizar el rol del hospital público como ámbito de prevención y promoción de la salud y no sólo de curación, en el Hospital Sbarra se generan las siguientes actividades en la sala de espera de los consultorios externos.

- El área de Docencia e investigación organiza a través de la Cátedra “B” de Pediatría actividades de educación y promoción de la salud. El objetivo de esta actividad es lograr una interacción entre los alumnos (futuros profesionales) y los usuarios del hospital mientras aguardan ser atendidos sobre temáticas relacionados a la salud infantil.
- La ONG “Del otro lado del árbol”⁷⁸, organiza espacios de Lectura de libros para los niños que aguardan en esos espacios con el objetivo de incentivar y generar interés en la lectura.
- Se realizan afiches con información de educación para la salud, además de aquellos con información del hospital en general, como ya se mencionó.

⁷⁸ ONG que funciona en el Parque Saavedra y que busca que las salas de espera funcionen de manera diferente “acercándoles material de lectura acorde a las distintas edades y a sus posibilidades; y brindando un espacio para que los pacientes que puedan hacerlo, se acerquen a la Biblioteca aprovechando la cercanía con el Hospital” (Disponible en <http://www.delotroladodelarbol.org.ar/> Fecha de consulta 28/11/15).

- Hay un televisor en donde se transmiten dibujos animados durante los horarios de atención.

En el Hospital Sor María Ludovica, por su lado, por las dimensiones del hospital y la distribución de los servicios existen diversas salas de espera organizadas de manera diferente. En la sala de espera de neurología y salud mental, por ejemplo, se conformó un área de juegos destinada a la dispersión y entretenimiento de los niños que aguardan ser atendidos.

En la sala de espera de clínica pediátrica de este hospital, simplemente se ubican las sillas para que los usuarios puedan aguardar sentados el momento de la consulta. Al respecto, la cantidad de sillas sobrepasa la cantidad de usuarios al momento de iniciarse la consulta⁷⁹, pero luego de una hora de atención la mayor parte de los usuarios se encuentran sentados -algunos de ellos eligen estar parados como consecuencia del interés de los niños de permanecer en movimiento- (Observación, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sor María Ludovica, 25, 26 y 29/11/10).

De esta manera, se diferencian los ámbitos que propician la ocupación del espacio a través de la capacitación, la educación y la implementación de estrategias que tiendan a fortalecer los vínculos con los usuarios a través de temáticas que fortalecen el cuidado de su salud (como se registra en el Hospital Sbarra y en algunos servicios del Hospital Sor María Ludovica) de otros en los que no se implementan acciones organizadas que propicien la participación de los usuarios en el cuidado de la salud.

En las salas de espera también se producen interacciones entre usuarios y personal de salud en donde los primeros consultan o piden ayuda por ejemplo cuando el trabajador se encuentra fuera de su lugar físico de trabajo.

⁷⁹ Algunos usuarios optan por sentarse en el piso mientras aguardan ser atendidos, tal como se vio en el trabajo de campo.

“Mientras la mujer de informes se encuentra regresando a su cubículo, una madre le realiza una consulta y ésta la acompaña en compañía de un hombre y un niño hacia otro sector del hospital. La mujer le entrega a la administrativa un papel. Se dirigen hacia el consultorio que dice ‘SUM’ (planta baja). Allí la administrativa ingresa al tiempo que la mujer y el hombre (quien lleva a su pequeño hijo en brazos) aguardan en el pasillo. Luego se sientan en una silla. La administrativa sale del consultorio sin la historia clínica, les dice algo a los padres y se retira. La madre, el padre y el niño se quedan esperando en el consultorio de Ayuda a la Crianza” (Observación, Sala de Espera, Hospital Sbarra, 16/12/10).

En este espacio también se producen interacciones entre los usuarios en donde entablan conversaciones sobre temáticas relacionadas a las diferentes etapas del proceso de atención así como acerca de los actores institucionales. Por ejemplo en una de las observaciones realizadas se registró el siguiente intercambio:

“Mujer 4 le pregunta a Mujer 5 acerca del orden del turno y la cantidad de pacientes que llamó la Doctora hasta ese momento. Mujer 5 le responde que ella tiene el n° 6 y que por ahora llamó a dos personas. Luego le pregunta si conoce a la médica porque ella es la primera vez que trae a su hija. Mujer 5 le dice que ella la trajo ‘un par de veces’ y que la médica le parece simpática. Después agrega ‘está bueno, a mí siempre me atiende bien. Además me dan los remedios” (Observación, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 14/01/11).

En el Hospital Sor María Ludovica se observó una situación similar: *“Mujer 12 está sentada. Habla con otra mujer (Mujer 14) y le pregunta qué número tiene. Mujer 12 le dice que tiene el n°42 pero que lo sacó a las 11hs y le dijeron que la médica empezaría a atender a las 14hs. Las mujeres se quejan porque dicen que son las 14.50 hs y sólo llamó a 3 personas” (Observaciones, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sor María Ludovica, 29/11/10).*

También se registró una situación en donde una madre le dice a otra *“que le hubiese convenido llevar a su hijo a Control Niño sano. Ésta le dice que no sabía y*

que a la salida va a preguntar (tiene un niño de 10 días)” (Observación, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 13/12/10)⁸⁰.

Es así como este espacio se presenta como un ámbito propicio para el intercambio de experiencias y trayectorias por el hospital, en donde los usuarios conversan acerca de la atención del lugar, servicios, profesionales, entre otros aspectos de sumo interés en ese momento.

4.3.2. Personal administrativo: acceso y organización de la consulta

El personal administrativo constituye, en la mayoría de los casos, el primer tipo de contacto interpersonal que tiene el usuario al ingresar a un hospital. Son los administrativos quienes tienen la función de posibilitar la consulta y comunicar a los usuarios aquellos aspectos necesarios para la atención en esa institución.

Estos trabajadores ocupan un lugar estratégico⁸¹ tanto en torno al plano físico (en el ingreso de los usuarios a la institución), así como también en cuanto al rol y función que cumplen en la institución. Por ello, las estrategias implementadas en esos sectores facilitan o dificultan el acceso de los usuarios a la consulta y serán determinantes en el ingreso y/o tránsito de los usuarios por el sistema de salud.

⁸⁰ Otra de las observaciones realizadas en el Hospital Sbarra presenta similares características, ya que una usuaria recomienda a otra atenderse en el Servicio Control del Niño Sano en los casos de controles periódicos de los niños. “Mujer 7 habla con Mujer 8 y le dice que es la primera vez que viene a consultorios que a su hija la atienden en control niño sano y que allí el médico te dice qué día tenés que venir. Ese día da por ejemplo 20 números y es por orden de llegada ‘No tenés que venir temprano a sacar turno’. ‘Cuando me da a las 9, a las 10.30 ya me voy. Es mucho mejor” (Observación, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 13/12/10).

⁸¹ En el hospital Sbarra se ubican junto a la puerta de acceso al hospital o luego de bajar la rampa de acceso a los consultorios externos. En el caso del Hospital Sor María Ludovica, se encuentran en la entrada de las distintas áreas de consultorios externos.

Kulekdjian (2010) revaloriza el rol comunicador de este tipo de trabajadores, al mismo tiempo que resalta que ese rol debería estar enfocado a:

- > escuchar, contener, dialogar con las personas
- > guiar, orientar, facilitar, re-preguntar, ayudar a entender
- > explicar, informar, aconsejar, derivar, evitar todo tipo de malos entendidos y confusiones
- > hacer sentir cómodo/a.
- > crear confianza.

La ubicación y disposición del personal administrativo permitió llevar adelante observaciones de las interacciones entre éstos y los usuarios.

En ambos hospitales los turnos son programados (obtenidos por teléfono o personalmente) como de demanda espontánea. En cada caso, la modalidad de entrega de turnos varía de acuerdo al servicio o tipo de consulta por la cual asiste el usuario. Por ejemplo, en los casos de clínica pediátrica en los dos hospitales analizados no hay turnos programados, ya que los usuarios acuden a ellos cuando presentan algún síntoma de enfermedad que requiere pronta atención. En cambio, en otros servicios como cardiología, dermatología, control del niño sano⁸², entre otros, los turnos son programados y los usuarios deben obtenerlos, en algunos casos, con más de un mes de anticipación tanto personal como telefónicamente.

De acuerdo a la organización propia de cada hospital estos sectores tienen diferentes denominaciones: “Turnos”, “SAMO” o “Consultorios externos”. Las prácticas del personal administrativo en estos ámbitos incluyen:

⁸² Este servicio es específico del Hospital Sbarra.

- brindar turnos para atención en el día o programada (en este último caso también puede ser telefónica, donde el responsable de la atención es gente del mismo sector)

- gestionar los trámites referentes a SAMO (recuperación de costos)

- informar y orientar a los usuarios en aquellos aspectos referidos a las modalidades de atención de cada servicio, días y horarios de atención, documentación necesaria, entre otros.

En todos los casos el lugar donde se ubican estas áreas está cerrado con vidrios a través de los cuales existen espacios disponibles para la conversación (en pocos casos con micrófonos o altoparlantes), no obstante suelen presentarse dificultades en el diálogo a partir de la barrera que genera el vidrio, el ruido ambiente del lugar, el tono bajo de la voz utilizado en estos intercambios, entre otros obstáculos.

En estos casos, el acceso de los usuarios al área administrativa se ve limitado ya que el vidrio se presenta como un obstáculo físico que dificulta la comunicación, por lo que los usuarios deben elevar el volumen de su voz para ser escuchados y acercarse al vidrio para poder escuchar claramente.

Si se considera el itinerario que realizan los usuarios dentro de los hospitales, la primera acción que se supone deben realizar al ingresar los niños junto a sus madres, padres y/o acompañantes es dirigirse a los sectores administrativos para registrar a los niños/as, tanto en los casos en que los turnos son programados o para los casos de demanda espontánea. A continuación, deben realizar allí una fila para ser atendidos. Al momento de ser llamados para el registro y/o solicitud de un turno, el personal administrativo llama a los usuarios con frases como “El qué sigue”, “¿Quién sigue?” o “Adelante”.

En el caso de los turnos para Control Niño Sano (turnos programados) en el Hospital Sbarra, el recorrido es diferente. Los usuarios deben obtener un número en el sector de la planta baja (identificado como Samo) para luego ser llamados por ese número en el sector administrativo del subsuelo, donde el personal registra sus datos personales y busca su historia clínica. Al acercarse al sector administrativo los usuarios son recibidos por el personal con expresiones frecuentemente usadas para saludar tales como “*Hola*”, “*Buen día/ Buenas tardes*”. De esta manera, los administrativos utilizan esas palabras para establecer su primer contacto con los usuarios a través de un saludo coloquial.

Mientras el personal administrativo registra los datos de los usuarios (en el Hospital de Niños en la computadora en los consultorios 10 a 21 y de forma escrita en otros servicios o especialidades y en el Hospital Sbarra escritos en una planilla) no establecen un contacto directo a través de la mirada con los usuarios en la mayoría de los casos observados. Sólo levantan la vista al final del interrogatorio o en los casos en que los usuarios manifiestan no escuchar claramente o no haber comprendido la pregunta. Al solicitarles algunos datos personales lo hacen con preguntas simples tales como “*Nombre*”, “*¿Dirección?*”, “*Número de historia clínica*” (en el caso del Hospital Sbarra), entre otros, sin quitar la vista de la planilla o la computadora donde están completando los datos.

Es así como en estas situaciones descritas las acciones implementadas por el personal no buscan generar un diálogo con los usuarios, sino simplemente asignarles un profesional para que puedan ser atendidos.

En los casos en que el personal administrativo percibe/interpreta que los usuarios no entienden o necesitan información extra a la brindada generalmente buscan la forma de que la madre, padre o acompañante del niño comprenda aquello que se le está describiendo. “*Le escribimos, le explicamos las veces que sea necesario (...) En este sector porque este sector es consultorios. Arriba que tenés informes, la chica tiene toda la folletería. Ese es un servicio aparte que les da todo escrito*” (Administrativa, Área Turnos, Hospital Sbarra, 28/02/13), destacando que de acuerdo al área donde se encuentren el grado de detalle en la explicación va a ser más detallado o minucioso, oral o escrito de acuerdo al requerimiento de los usuarios.

Los usuarios de los dos hospitales reconocieron esta predisposición del personal en la mayoría de los casos brindando los datos que necesitan de manera oral. Es importante destacar que, salvo excepciones (2 casos de 33 usuarios entrevistados en los dos hospitales) en las que los usuarios solicitaron registrar de manera escrita la información recibida, la comunicación en estas áreas sólo se produce de forma oral.

Es así como en estas áreas prevalece la oralidad por sobre la escritura a la hora de informar a los usuarios, utilizando la escritura excepcionalmente a pedido de los usuarios.

Asimismo se observaron en el Hospital Sbarra situaciones en donde el personal administrativo debe interceder con el profesional (médico, odontólogo, psicólogo, enfermero, entre otros) o ser el nexo para que atienda a un paciente (ya sea por una urgencia o por falta de turnos en ese momento). Por ejemplo, se registró una situación en donde una de las personas que trabaja en el sector informes acompañó a una mujer con su hijo a otro sector del hospital, luego volvieron, se le presentó a un médico y fueron atendidos por ese profesional (Observación, Consultorios Externos, Hospital Sbarra, 16/12/10). De esta manera, su función se extiende y va más allá de informar al usuario sobre algo en particular, sino que también orienta, ayuda y acompaña en los casos necesarios.

En el Hospital de Niños se registró una situación similar, pero con el personal de seguridad/cuidador hospitalario en la que una mujer le entregó a una de las personas de seguridad un papel, ésta lo llevó al área privada de los consultorios y al regresar le dijo a la mujer que la médica la atendería pero debía sacar turno para estar registrada en el sistema (Observación, Consultorios Externos, Hospital Sor María Ludovica, 25/11/10).

De esta manera, estos ejemplos presentados dan cuenta de la forma en la que el personal del hospital, administrativo o seguridad/cuidadores de acuerdo a la nueva denominación, actúan como intermediarios entre los usuarios y los profesionales cuando los primeros lo requieren. Estas acciones articuladas entre los diferentes sectores llevan a resolver los inconvenientes que tienen los usuarios durante el proceso de atención ya sea para poder ser atendidos por un profesional

en particular (falta de turnos), realizarse un estudio complementario u obtener un medicamento, entre otros.

Estas prácticas tienden a producirse ante el requerimiento de los usuarios, ya que más allá de que el objetivo dentro de la institución de estos trabajadores es orientar/informar a los usuarios, su función no comprende el acompañamiento personalizado de todos los usuarios como sucede en los casos antes detallados sino que depende de la iniciativa y predisposición del personal.

Por otro lado resulta relevante dar cuenta del manejo de la información que hace el personal administrativo con el objetivo de explicar al usuario aquello que necesita conocer y hacer a fin de lograr ser atendido en esa institución así como también aspectos vinculados al funcionamiento institucional que podrían resultar desconocidos y constituir eventualmente un obstáculo en el proceso de atención.

En ese espacio y momento el/la administrativo/a se ubica en una posición de poder respecto a los usuarios que acuden a la institución. Al mismo tiempo, los usuarios generalmente cuando acuden a hospitales pediátricos lo hacen por un problema en particular de su hijo/a, por lo que su capacidad de discernir y emocionalidades puestas en juego en ese momento también podrán actuar como barreras en esa comunicación (así como también factores propios del personal en estos casos). Por eso, se producen problemas en la comunicación que impiden que los usuarios puedan obtener la información necesaria para saber qué deben hacer, qué documentación deben presentar, entre otros.

“Por ejemplo hay un lugar que se llama SAMO que la mujer está siempre como apurada, nerviosa y por ahí es media descortés. Pero después no he tenido problemas con otras personas (...) Ella no está acostumbrada o sabe cómo es el manejo, le parece que todos tenemos que saber y como que te apura y te habla mal” (Usuaría, Servicio de Psicología, Hospital Sor María Ludovica, 22/03/11).

Asimismo, se registraron situaciones en las que por falta de información clara y oportuna, los usuarios se pueden ver impedidos de realizar algún trámite por fuera del hospital, pero que requiere en alguna instancia la intervención del personal de la institución, ya sea iniciando el trámite proveyendo documentación

necesaria, indicando la modalidad para la obtención de un turno en un servicio en particular del hospital que facilita la realización de un trámite, entre otros.

Un ejemplo lo constituyen los trámites necesarios para ser beneficiario de la Asignación Universal por Hijo, que requieren la certificación profesional de los controles médicos y cumplimiento del calendario de vacunación recibido a lo largo del año. Es así como una de las usuarias del Hospital Sbarra dio cuenta de un error en el llenado de los datos personales del niño que ocasionó un conflicto con una empleada administrativa.

De acuerdo al testimonio brindado por la usuaria *“Entonces la señora hoy cuando vine me dice que ‘no te la podemos completar porque ya está completa’ y le digo ‘no, no está completa, porque del ANSES me mandaron de vuelta para acá porque está incompleta’ y me dice ‘pero vos no pasaste por acá’ y yo le digo ‘sí pasé por acá, sino cómo voy a hacer para que el médico me atienda’ y me dice ‘no, vos no preguntaste por acá. Si hubieses preguntado, nosotros te lo hubiésemos llenado acá’. Le digo ‘si usted no me dice correctamente lo que yo tengo que preguntarle...’. Porque yo le pregunto, pero si no me explican bien no sé, no soy adivina”* (Usuaria, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 28/03/11).

De esta forma, un problema de comunicación entre una madre y una administrativa lleva a conflictos y tensiones entre ellas (sin importar quién fuera responsable del error), tal como se manifiesta en otras situaciones similares registradas.

“He visto situaciones en la parte de SAMO⁸³ de mala organización de la gente de este lado, que no te saben decir qué tenés que traer para atenderte en ese servicio o si vino el médico y se crea algún que otro alboroto. Ello lleva a alguna que otra discusión en el momento” (Usuaria, Servicio de Odontología, Hospital Sbarra, 31/03/11).

En cuanto al lenguaje utilizado por el personal administrativo, según el registro realizado tiende a ser coloquial y adaptarse a los usuarios que concurren al hospital. Generalmente las indicaciones que se brindan a los usuarios no incluyen

⁸³ En el Hospital Sbarra como ya se explicó el área que los usuarios denominan “SAMO” no sólo se ocupa de los asuntos relacionados con la acreditación de las obras sociales de los usuarios, sino que también es uno de los sectores destinados a la entrega de turnos.

información referente a la patología que presenta el niño, sino específica del área administrativa tales como horarios de atención de profesionales, de laboratorio, documentación necesaria para la atención y/o para el tratamiento, entre otras cuestiones. Sin embargo, en muchos casos los administrativos actúan como “traductores” de los profesionales, ya que las madres o padres suelen consultarles acerca de alguna explicación realizada por el médico respecto del diagnóstico o del tratamiento indicado por el profesional.

Es así como a través de su experiencia en la institución los administrativos utilizan habilidades personales para explicar a los usuarios aquello que no comprendieron de la explicación realizada por el profesional. Esta actitud está de alguna manera instituida/ naturalizada por los usuarios.

Durante las entrevistas, los administrativos reconocieron que deben desplegar estas habilidades de “traducción” y/o adecuación del vocabulario para facilitar la comprensión, por parte de los usuarios, de las indicaciones o las prácticas prescriptas por los profesionales. Por ejemplo, explicar en qué consiste un *coprocultivo* de acuerdo a la experiencia de una administrativa entrevistada.

Según la perspectiva de una entrevistada, ello es posible porque los usuarios tienen “*más confianza*” y pueden preguntarles cosas que “*no se animan por vergüenza a preguntarle a los doctores*” (Administrativa, Área Turnos, Hospital Sbarra, 28/02/13). En muchos casos destacaron que los usuarios “*los ven más cercanos*” (en términos sociales) por lo que se dirigen a ellos para resolver aquellos aspectos que no comprendieron de la explicación médica.

De esta manera, el personal administrativo considera que cumple otro rol relevante en el proceso de atención, al actuar como intermediario/“traductor” entre éstos y el profesional, en virtud de percibirse con mayores posibilidades de empatía y comprensión hacia los usuarios. En este sentido, la relación más cercana entre usuarios y personal administrativo es un componente clave de la accesibilidad social a los servicios de salud.

El personal administrativo cumple funciones dentro de cada institución que excede el hecho de otorgar un turno o brindar una información en particular, sino que también desarrolla acciones que tienden a facilitar la comprensión de los usuarios acerca de la explicación brindada por el profesional.

Estas acciones son valoradas por los usuarios, reconfigurando las funciones de estos trabajadores en los hospitales públicos. Es así como en trabajos realizados al respecto (Remorini y otros, 2008; Alonso, 2012), se destaca que los usuarios priorizan el trato, la contención, la escucha y la calidad de atención en un servicio de salud por sobre la accesibilidad física o geográfica.

Desde el punto de vista de los usuarios es importante identificar por nombre y apellido al personal de la institución, lo que no siempre ocurre. Esta necesidad es reconocida de igual modo por los administrativos quienes reconocieron que esto se traslada a los profesionales. En este contexto, los administrativos suelen brindar información ante el requerimiento de los usuarios, acerca de la identidad y otras características de los profesionales.

“Siempre te preguntan quién es, cómo es. Tendríamos que tener una fotito nosotros de cada médico. Muchas veces le decimos es el único hombre, o es el señor de tal característica, o cosas por el estilo para que ellos se ubiquen” (Administrativa, Área Turnos, Hospital Sbarra, 28/02/13).

En las observaciones realizadas en el Hospital Sbarra, se registró una conversación entre dos mujeres en la que una le preguntaba a la otra si conocía a una médica en particular para reconocerla cuando llama a los usuarios⁸⁴. *“‘Conocés a la médica X, porque es la primera vez que traigo a mi hija y no la conozco’, mientras que la otra madre le responde sus características distintivas y agrega que la trajo un par de veces y que la médica le parece simpática”* (Observación, Servicio Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 14/01/11).

⁸⁴ En el Hospital Sbarra el área de consultorios externos tiene una puerta de ingreso a todos los consultorios, por lo que los profesionales salen por esa puerta a llamar a los usuarios. Desde la sala de espera no se puede ver de qué consultorio en particular sale cada profesional.

De esta manera, las interacciones entre usuarios y personal administrativo están enmarcadas en un conjunto de acciones articuladas que, de manera consciente o no, contribuyen a abordar distintas situaciones ante las demandas de los usuarios. Entre ellas se destacan:

- Contención, escucha y acercamiento a los usuarios en los casos que éstos lo requieran. A partir de su lugar estratégico, son los encargados dentro del hospital de recibir los reclamos, quejas y/o sugerencias por parte de los usuarios, así como también quienes brindan un espacio para el diálogo antes y después de la consulta. Al mismo tiempo, el personal administrativo es el primer contacto formal que los usuarios establecen con la institución, por lo que son los encargados de articular la atención y propiciar el ingreso de los usuarios al proceso de atención.
- Relación en donde predomina la oralidad y sólo en los casos en que los usuarios lo requieren (lo solicitan explícitamente) escriben la información solicitada. El personal administrativo comunica a los usuarios aquellas cuestiones referidas a su lugar de atención a través de la palabra, sin utilizar otro tipo de estrategias en este tipo de interacciones.
- Actuación en calidad de “intérpretes/traductores” entre usuarios y profesionales cuando los usuarios lo requieren. Es así como en los casos que los últimos lo solicitan, les explican detalladamente qué debe hacer el usuario, cuál es el estudio indicado por el profesional, dónde deben buscar los medicamentos, entre otros.
- Ayuda personalizada: estas prácticas no son sistemáticas y/o planificadas sino que se producen en función de la demanda y la predisposición del personal. Más allá de que no sean sistemáticas, las personas que los llevan a cabo son aquellos destinados a la orientación o información de los usuarios (cuidadores hospitalarios o personal de informes), por lo que de alguna manera la institución propicia que se lleven a cabo estas acciones.

4.3.3. Relación con los profesionales: estrategias de comunicación utilizadas en la consulta

Los viejos pediatras hablaban de "la ojeada previa", aquella que les permitía apreciar las características de los visitantes. [...] Creo que la mirada debe ampliarse y agudizar los sentidos. Hay nuevos mensajes que deben ser escuchados muy atentamente. [...]

Cuminshy, 2000

“El silencio de los pacientes es interpretable, por lo que su aceptación como tal puede ser más una condición de sordera profesional que de incapacidad de hablar”

Jovell, 1999

Como en toda interacción interpersonal, las relaciones que se generan durante la consulta⁸⁵ van a estar enmarcadas en el conocimiento y la información de profesionales y personal de salud, las características de la institución y las particularidades de cada uno de los actores que participan del proceso de comunicación.

⁸⁵ En este caso es necesario resaltar que no sólo se habla de consulta médica, sino también de otras especialidades como puede ser odontológica, psicológica, entre otros.

De acuerdo al análisis de las entrevistas realizadas a los usuarios, puede decirse que en esta relación inciden múltiples factores tales como:

- las habilidades comunicacionales de los profesionales durante su interacción con los usuarios
- el vínculo y la relación que se genere entre profesional y usuario
- el tiempo que el usuario conoce al profesional (cantidad de consultas previas)
- la capacidad de incentivar el diálogo del profesional (lenguaje utilizado)
- el manejo de la comunicación no verbal (actitudes, gestos, miradas, entre otros)
- la diversidad de estrategias utilizadas para la explicación del diagnóstico y el tratamiento
- el contexto que enmarca la consulta
- las regulaciones de las interacciones

Asimismo, el espacio físico donde se desarrolla la consulta también incide/condiciona la relación entre profesionales y usuarios ya que su disposición y el equipamiento con el que cuenta permite o imposibilita crear un ambiente de intimidad y de confidencialidad, en donde el profesional pueda realizar su diagnóstico a través del diálogo y la escucha.

En los hospitales estudiados en este trabajo los consultorios externos presentan un ambiente propicio ya que además de los materiales y mobiliario básicos necesarios dentro de un consultorio (como puede ser balanza de pie, una balanza para lactantes, camilla) también tienen un escritorio con sillas para que se puedan sentar usuarios y profesionales para entablar una conversación previa o posterior a la revisión y realización del diagnóstico.

Más allá del contexto físico que rodea la consulta, las habilidades implementadas por los profesionales en el ingreso de los usuarios a los consultorios son importantes para generar el espacio de confianza, diálogo y entendimiento mutuo que se busca lograr.

En otro orden, pero siguiendo la línea de la necesidad de los usuarios de conocer quién los atenderá, algunas personas plantearon que cuando es posible (por disponibilidad de turnos ese día) solicitan la atención con un profesional en particular ya que sienten confianza o cercanía con ese profesional por experiencias previas con ese niño o con los hermanos. Incluso una de las usuarias del Hospital Sbarra en su respuesta dio cuenta de la cercanía y confianza con el médico al responder “*yo pido por el médico de cabecera*” (Usuaría, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 01/04/11).

En el marco de este vínculo de proximidad, tanto profesionales como personal administrativos destacaron que los usuarios valoran ser llamados por su nombre y/o apellido a la hora de ingresar al consultorio. En estos dos hospitales, las personas no son llamadas por un número (como suele suceder en muchos hospitales y clínicas donde el usuario es identificado por un número de orden) sino que en ambos casos el profesional individualiza a los niños (por su nombre y apellido) desde el ingreso al consultorio.

Estas acciones están enmarcadas en una decisión institucional de identificación y personalización de los usuarios a partir del registro de los mismos con nombre y apellido por parte del personal administrativo y la posibilidad que los profesionales puedan conocerlo antes de comenzar con la consulta.

Por otro lado, a la hora de entablar una interacción con el personal de salud los usuarios destacan como un hecho positivo, para que se produzca un vínculo estrecho, la posibilidad que tienen de identificar por nombre y apellido tanto a profesionales como administrativos. No en todos los casos sucede ya que en los dos hospitales estudiados no existe una uniformidad de criterios a la hora de utilizar un identificador personal, sino que es elección de cada trabajador utilizar un distintivo.

En cuanto a la forma de dirigirse a las madres o padres (sobre todo las primeras) es frecuente que tanto profesionales como personal administrativo las llame “mamitas”. Diversos trabajos destinados a analizar estas temáticas (Kulekdjian, 2010; Guevara Chacabana, 2007) expresan que dirigirse a ellas de esa manera puede hacerlas sentir ‘reducidas’ a su rol de madres, despersonalizadas o infantilizadas. Por eso, más allá de que en la mayoría de los casos los trabajadores no conozcan el nombre de pila de esa madre o padre, Kulekdjian (2010) considera que deberían buscar una forma de dirigirse a ello/as que no entorpezca el vínculo ni coloque a la persona en una situación de inferioridad.

“Administrativa 1 va a buscar una planilla y le toma los datos: ‘Apellido, mami’” (Observación, Área SAMO, Hospital Sbarra, 04/01/11).

María Puerto Ortuño (2007) distingue diversas conductas que han mostrado tener un efecto positivo en los encuentros médicos y que facilitan la comunicación bidireccional. Entre ellas puede destacarse la personalización del contacto (llamar al usuario por su nombre como se hace en los hospitales objeto de este estudio), presentarse de manera cortés, mantener contacto visual, sonreír, mostrar empatía con las objeciones si existen, evitar la jerga técnica innecesaria o excesiva, preguntar si hay alguna duda y establecer un leve contacto físico (Puerto Ortuño, 2007).

Tomando como referencia este planteo, en los casos observados en los dos hospitales, el ingreso de los niños con sus padres, madres y/o acompañantes a los consultorios tiene la siguiente secuencia:

- Los profesionales llaman a los niños por sus nombres ya sea desde la puerta del consultorio (Hospital de Niños) o desde el área de ingreso a consultorios (Hospital Sbarra).

- Los niños y los adultos se acercan y saludan a los profesionales:
 - con un beso en el cachete
 - con la mano
 - o simplemente dicen “Hola Doctor”, “Buen día”.

Rodríguez Arce (2008) explica que durante la recepción, los profesionales además de crear una relación con el usuario buscan detectar aquellos detalles que puedan ofrecerles conocimientos sobre las personas como pueden ser sus formas de ingresar, entrar, caminar, sentarse, expresarse, que le permitan comprender a grandes rasgos la complejidad de esa persona para buscar alcanzar un diálogo rápidamente.

Es así como en los dos hospitales los profesionales reciben a los usuarios en la puerta y luego ingresan al consultorio. Al consultar a una usuaria acerca del primer acercamiento con el profesional respondió que cuando entran “*nos saluda y me pregunta cómo anduvieron los chicos*” (Usuaria, Servicio de Neurología, Hospital Sor María Ludovica, 22/03/11), iniciando la consulta con una pregunta general acerca del estado de salud de todos los niños que componen la familia -en los casos en que el profesional conoce con anticipación a los usuarios-.

Luego de la etapa de la recepción, comienza la consulta propiamente dicha al interior del consultorio. Esta instancia no pudo ser observada, por lo que la descripción se basa sólo en el registro oral. A partir de las entrevistas realizadas tanto a profesionales como a usuarios, se discriminan dos formas o maneras de iniciar la consulta. Es así como se distinguen:

- los profesionales que realizan el interrogatorio a la madre y/o padre mientras ésta/e está desvistiendo a su hijo/a para el control físico

- aquellos que realizan las consultas previas sentados en la silla (tanto profesional como usuarios) y una vez finalizada esta etapa, proceden a realizar el examen físico

Estas dos modalidades no sólo dependen de la forma de atención del profesional sino que pueden estar influenciadas por el tipo de problema de salud o el grado de urgencia del mismo, ya que en los casos en los que el usuario llega con un cuadro febril alto u otro síntoma agudo el profesional realiza el control físico en primer lugar.

De esta manera, se diferencian dos espacios dentro de los consultorios: uno específicamente para el control médico (la camilla) y otro destinado a propiciar el vínculo entre el profesional y la madre, padre o acompañante en donde el profesional busca, además de cumplir con la formalidad de completar la historia clínica, poder conversar con los padres acerca de los motivos de la consulta o el control.

En este sentido, De Gasperín (2005) al referirse a la relación distante que puede producirse entre profesional y usuario, afirma que no sólo la distancia que se guarda entre las personas encierra importantes mensajes y reglas de relación, sino que también la distribución del espacio es un factor condicionante de esa interacción, ya que no es lo mismo recibir a una persona detrás de un escritorio, que hablar con ella sentada a su lado, sin la barrera del escritorio.

Sin embargo, no siempre la cercanía o proximidad de las persona asegura la comunicación entre éstos. En los ámbitos analizados, y a través de las perspectivas de los entrevistados, el escritorio no actúa como obstáculo para la interacción sino que propicia un espacio para el diálogo y la escucha entre los interlocutores ya que permite la posibilidad de relajarse y distenderse para conversar.

En cuanto a la entrevista clínica, María Antonieta Rodríguez Arce (2008) establece que sus principales funciones son:

- Obtener información de los usuarios.
- Facilitar información al entrevistado.
- Mejorar ciertos aspectos de la conducta de los usuarios (relacionados con la prevención y educación para la salud).

Al mismo tiempo agrega que la entrevista es un proceso dinámico en donde cada uno de los actores cambiará de función de acuerdo al contexto y las circunstancias que rodeen esa interacción (Rodríguez Arce, 2008), por lo que profesionales y usuarios tendrán diversas competencias de acuerdo al tipo de consulta que se realice y a las características de los actores. En este sentido, es valiosa la conceptualización que realiza la autora ya que ubica al usuario en un rol activo, capaz de ocupar una posición para la toma de decisiones respecto a la salud de su hijo/a.

Rodríguez Arce agrega que la entrevista constituye un “proceso activo de enseñanza-aprendizaje” (Rodríguez Arce, 2008: 38) ya que no sólo le permite al profesional conocer al usuario, sino también reflexionar acerca de su modo de vida y el cuidado de la salud de sus hijos. Desde esta perspectiva, el profesional buscará comprender/aprender a mirar desde la potencialidad del paciente y no desde la dificultad.

Este momento de la consulta propicia que este proceso sea posible a través del tipo de relación y vínculo que se busca alcanzar. Es así como muchos de los usuarios dieron cuenta que en los dos hospitales gran parte de los profesionales muestra predisposición a responder las consultas realizadas o dar más detalles del diagnóstico o tratamiento.

Allí, la consulta puede verse perjudicada o desfavorecida por su duración como así también por el manejo del tiempo que realice el profesional como consecuencia del número de usuarios que debe atender diariamente.

En este sentido puede resaltarse la experiencia de una usuaria del Hospital de Niños que expresó que hay ocasiones en las que por la celeridad con la que se realiza la consulta y toda la información (diagnóstico, tratamiento, alertas que indiquen problemas en la recuperación, entre otros) que recibe por parte del profesional en ese tiempo escaso, no tiene la posibilidad de realizar todas las preguntas que desearía (o que necesita saber para el cuidado de la salud de su hijo):

“A veces como es tan rápido todo esto, uno no pregunta todo y a veces se queda con una duda respecto al problema de salud” (Usuaría, Servicio de Pediatría, Hospital Sor María Ludovica, 14/03/11).

Schvartz (en Petracci y Waisbord, 2011), por su parte, distingue tres tipos de entrevistas clínicas según la manera en que concibe la comunicación del profesional que la realiza y las estrategias que implemente para llevarla a cabo:

- la entrevista centrada en el médico
- la entrevista participativa
- la entrevista centrada en el paciente

En la entrevista centrada en el médico, el profesional domina la interacción realizando preguntas cerradas orientadas a precisar el diagnóstico. En esos casos, los profesionales se centrarán en detectar aquellos factores biológicos que se encuentren alterados, indicando estudios complementarios pertinentes y buscando realizar un diagnóstico a partir de esa información recolectada. En esta relación el paciente debe contestar las preguntas que le hace el profesional ya que “el conocimiento del médico, los estudios clínicos y la tecnología hacen el resto” (Shvartz en Petracci y Waisbord, 2011).

En segundo lugar, “la entrevista participativa es la que permite la toma de decisiones en forma colaborativa entre ambos” (Shvartz, op cit: 207). Este tipo de entrevista presenta el condicionante de los conocimientos que pudiese tener el usuario respecto a la temática y las fuentes con las que cuenta para obtener esa información como puede ser los medios masivos de comunicación, el comentario de un familiar, su propia experiencia, saberes de origen cultural, entre otros.

Por ejemplo, algunas de las entrevistas realizadas a los profesionales dieron cuenta de que en la actualidad con el avance tecnológico y la posibilidad que permite internet para el acceso a diversos tipos de informaciones con conocimientos específicos del campo o no, cada vez son más los usuarios que consultan a los

profesionales acerca de características o particularidades de la enfermedad de su hijo o del tratamiento a partir de la información que han leído en páginas web.

Allí es importante que el profesional tenga habilidades para advertir al usuario acerca de la necesidad de utilizar fuentes confiables para la obtención de este tipo de información, como también la necesidad de acudir a un profesional antes de realizar un tratamiento y/o indicarle un medicamento a un niño. Para ello el profesional debe reconocer los casos en los que la información obtenida por el usuario sufre deformaciones a partir de una mala o deficiente interpretación.

Masuet (2010) refiere a que la mayor accesibilidad a las fuentes de información por parte de los pacientes no los deja exentos de riesgos ya que puede llevar a lo que el autor llama “confusión informativa”, en donde el profesional deberá guiar al usuario a distinguir los errores que pudiese tener la información recolectada.

“Ahora por internet los pacientes están mucho más instruidos, a veces más que nosotros, y a veces nos hacen preguntas que las han sacado de internet. Ejemplo ¿en estos momentos se está aplicando tal y tal vacuna, es en serio eso? Y ellos ya vienen con la información. A veces vienen mal informados, porque la sacan de lugares que no son del todo confiables científicamente.

Y cuando vos les das el diagnóstico si tienen la posibilidad de tener una computadora van a buscar ese diagnóstico para ver si lo que le dijiste está bien y si la evolución va a ser esa” (Médico, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sor María Ludovica, 20/02/14).

Finalmente, en la entrevista centrada en el paciente, en cambio, el profesional posibilitará que el usuario tenga un rol activo en la consulta permitiéndole expresarse libremente y realizando preguntas abiertas que permitan iniciar un diálogo fluido (que posibilite no sólo conocer cuestiones biológicas sino socioambientales, culturales, entre otros aspectos de la vida familiar del niño). De acuerdo a Shvarts (2011), este tipo de entrevistas propicia un clima apto para que el profesional reconozca percepciones, valoraciones, dudas y creencias del usuario acerca del problema de salud por el cual acudió al hospital.

En estas consultas la toma de decisiones se realiza con la participación del paciente en contraposición a los modelos de interacción clínica paternalista (en los que el médico toma la decisión por el paciente) y de decisión informada, en los que el médico ofrece información pero no consejo u orientación al paciente y donde la responsabilidad de la decisión recae en éste último (Jiménez de Gracia y otros en Ugarte 2011).

En el trabajo de campo, de acuerdo a las entrevistas realizadas a usuarios y profesionales se destacaron el tercer tipo de consultas, en donde el profesional establece un diálogo con los usuarios para conocer no sólo los motivos fisiológicos de la enfermedad, sino también poder reconocer el contexto en el que vive esa persona, sus características sociales y culturales, así como también reconocer sus percepciones acerca del problema del niño.

La consulta se inicia con un contacto que le permite conocer al usuario y luego sí se da lugar a la realización del análisis físico, *“trato de que en una primera instancia se siente, poder conversar, preguntarle, fijarme si en la historia clínica falta algo de algún antecedente del chiquito. Preguntarle por qué viene y recién ahí pasar al examen físico y llevarlo a la camilla si es para un control de salud”* (Médica, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 01/03/13).

Tal como plantean Roter y Hall (1992), esta conversación no tiene como única función informar, sino que es, a su vez, un instrumento fundamental para construir la relación y para alcanzar los objetivos terapéuticos. Es así como durante la consulta y paso por el hospital, el usuario no sólo busca comprender/resolver la enfermedad o problema de salud que tiene su hijo sino también recibir la contención que le puede brindar el equipo de salud.

En consonancia con las funciones de la conversación que desarrollan estos autores, Picard (1992) plantea su descripción y análisis a partir de tres planos:

- el contexto
- las regulaciones
- la dinámica de los intercambios

El primer plano, el contexto que enmarca la consulta está construido por elementos lingüísticos y extra-lingüísticos (Picard, 1992) como la situación (el marco, la institución, los participantes y su relación), y puede demarcarse a través de la relación entre el profesional y el usuario, el vocabulario utilizado por cada uno de los actores (jerga específica o lenguaje coloquial) dentro de una institución en particular.

En segundo lugar, Picard refiere a las regulaciones que conforman esa relación entre las que pueden mencionarse los rituales sociales y reglas de cortesía presentes en las interacciones sociales en este tipo de ámbitos como puede ser el saludo al ingresar al consultorio que ya se describió anteriormente, entre otros aspectos que revelan el “aprendizaje sociocultural” (Picard, 1992).

En tercer lugar, la dinámica de los intercambios será propia de cada situación de comunicación en particular y estará determinada por los actores que participan de esa conversación.

Durante la consulta el profesional entabla un diálogo con la madre, padre o acompañante del niño con el objetivo de poder reconocer todos aquellos aspectos que pueden intervenir en la salud/enfermedad del niño. Este papel dialógico y dialéctico de las interacciones (Bohorqués y otro, 2005) permitirá que el profesional pueda determinar también las posibles causas de la enfermedad o las conductas que se desarrollan en ese hogar en cuanto a la higiene, alimentación, educación y cuidado del pequeño en general.

En esta interacción entran en juego diversos elementos, como la libertad de elección, la idoneidad, la empatía, la permanencia en la relación que se estableció y también la ausencia de conflictos de intereses que alterarían la esencia de ese intercambio.

Es por ello que Del Valle Rojas expresa que “en el caso de los discursos y las prácticas médicas, los signos están constituidos por las observaciones ‘medibles’ del médico, a partir de las cuales interpreta y diagnostica en su comunicación con el paciente (...) también los signos están relacionados con los síntomas que son narrados por el propio paciente” (Del Valle Rojas, 2009: 7). De

esta manera, el profesional tendrá elementos objetivos que le permitirán realizar su diagnóstico (temperatura, exantemas, entre otros indicadores objetivos obtenidos de la revisión del niño), pero también se valdrá de la subjetividad para realizar el diagnóstico definitivo, aquellas experiencias, percepciones, sensaciones y sentimientos propios de cada persona.

En los hospitales estudiados una de las fuentes de información con las que cuentan los profesionales es el testimonio del padre, madre o acompañante acerca de lo que le sucede o interpreta que le sucede a su hijo/a a partir de las manifestaciones que realiza, ya que en muchos casos los niños/as son pequeños y tienen distintas formas de manifestar una patología/dolencia. Así es como en las consultas pediátricas la pericia profesional (la interpretación a la que refiere Del Valle Rojas -2009-) es de suma importancia para poder llegar al diagnóstico certero. A través de la conversación con los padres y/o con los niños mayores que pueden expresar sus dolencias durante la revisión médica, el profesional debe interpretar lo que el niño tiene para poder buscar una solución a ese problema.

El examen físico suele ser realizado con el niño en la camilla o en brazo de su madre o padre en los casos en que el niño no quiere dejarse revisar. De esa manera el profesional se asegura poder examinarlo minuciosamente sin que éste se mueva constantemente y llore. Durante este momento, se pondrán de manifiesto los conocimientos, hábitos, habilidades y capacidades del profesional en su relación con el usuario (Rodríguez Arce, 2008).

Diversos autores (Canovaca Vega, 2010; Cófreces y otro 2014; Moore y Gómez del Río, 2007; Vidal y Benito, 2010) aluden al término “habilidades comunicacionales” para referirse a las conductas y/o instrumentos técnicos empleados por el profesional durante la atención para lograr generar o procurar el diálogo con los usuarios. A grandes rasgos estas habilidades incluyen aspectos complementarios al ámbito de lo discursivo (contacto visual facial, facilitaciones, señalamientos), técnicas de información (ejemplificación, información por escrito, racionalización del tratamiento, complemento visual táctil), entre otros aspectos que facilitan las interacciones durante la consulta.

Consecuentemente con estas consideraciones, los profesionales desarrollan un conjunto de habilidades a la hora de interactuar con los usuarios durante la consulta. En este sentido pueden destacarse como factores a considerar, entre otros aspectos:

- lenguaje
- tono de la voz (variación de la entonación)
- comunicación no verbal: actitud, gestos, formas de desenvolverse, miradas.

En primer lugar, el tipo de lenguaje utilizado durante la consulta será una de las habilidades a considerar por parte del personal de salud, ya que será el medio a través del cual logren entablar un diálogo. El modo en que utilizan el lenguaje, así como también las normas y convenciones del habla (Picard, 1992) deben adaptarse a las particularidades de la población usuaria, teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos las personas que asisten al hospital no tienen conocimientos técnicos o específicos del tema, además de tener diferentes procedencias (tema que será desarrollado más adelante en este trabajo).

Uno de los profesionales entrevistados expresó que no suelen utilizar palabras extrañas o desconocidas para la población en general, sino que se privilegian terminologías claras y comprensibles: *“Por ejemplo si hay que darle hierro, los padres están familiarizados con el hierro por lo menos en este hospital, no decirles sulfato ferroso porque tal vez no lo entiendan. Decimos bueno, estas gotitas que son de hierro. Hablamos en idioma común”* (Médica, Servicio Control de Niño Sano, Hospital Sbarra, 14/03/13) o también dieron cuenta que buscar adaptar el lenguaje, en forma muy sencilla, al usuario *“pastilla en lugar de comprimido, no escupas en lugar de no salives”* (Odontóloga, Servicio Odontología y Programa Ayuda a la Crianza, Hospital Sbarra, 28/02/13).

Por eso, los profesionales deben dirigirse a ellos con un lenguaje coloquial, con un vocabulario entendible, claro, preciso y respetuoso sin utilizar terminologías específicas del campo o sólo las que sean necesarias (Costa Sánchez, 2011) de acuerdo a las consideraciones realizadas por el personal de salud durante las entrevistas. Según dio cuenta una médica, *“tampoco nos rebajamos a un lenguaje vulgar a la hora de hablar con los pacientes, sino que tratamos de nivelar para arriba”* (Médica, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sor María Ludovica, 27/02/14).

En cuanto a los usuarios, en la mayoría de los casos resaltaron el lenguaje coloquial con el que los profesionales explican el diagnóstico o tratamiento. A través de frases como *“de medicina yo cero y hasta ahora le entendí bastante”* (Usuaría, Servicio de Pediatría, Hospital Sor María Ludovica, 21/03/11) o *“si me habla en el idioma de los doctores yo no entiendo”* (Usuaría, Servicio de Cardiología, Hospital Sbarra, 28/03/11) puede darse cuenta de la comprensión por parte de los usuarios del lenguaje utilizado en estos hospitales.

El desarrollo de habilidades comunicativas por parte de los profesionales buscará evitar el malentendido a partir de reconocer las particularidades y diferencias de los usuarios (Massoni, 2007) y adaptarse a cada uno. La polisemia de las palabras utilizadas puede llevar a diferentes interpretaciones del diagnóstico y tratamiento por parte de la comunidad.

Las palabras o terminologías utilizadas y la forma en que se expresan deben adaptarse a la realidad, conocimientos y experiencia de los usuarios ya que al ser en muchos casos temas sensibles acerca de la salud/enfermedad de un niño pueden generar confusiones en los padres/madres en caso que las explicaciones no sean exhaustivas a partir de la mala interpretación de las palabras⁸⁶.

“Tenés dos extremos, el papá que vos le decís, ‘no, quédese tranquilo que va a andar bien’ y llega a la casa y dice está bárbaro. Y capaz no le hace nada de lo que le indiqué. Y después tenés el papá que te va a interpretar que todo lo que le dijiste es lo más grave y que al nene le va a pasar algo ya. Tenés que ver el

⁸⁶ De acuerdo a las particularidades y diferencias de los usuarios, una palabra puede tener diversas acepciones y ser interpretada de manera incorrecta o diferente a la que el profesional pretende.

contexto y quién tenés enfrente” (Médica, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 05/03/13).

Asimismo los usuarios reconocieron que hay situaciones en las que los profesionales deben explicar de diversas maneras un mismo concepto, apelando a sus habilidades para lograr el entendimiento. Una de las usuarias entrevistadas relató que en una situación en particular el profesional *“me lo tuvo que explicar de tres maneras diferentes para que yo lo entienda, pero sí terminás entendiendo (...) porque yo le iba haciendo preguntas”* (Usuaría, Servicio de Pediatría, Hospital Sbarra, 28/03/11).

El tono de la voz es otro de los factores que incide/influye, debido a que la diferencia en el tono con la que se expresa una palabra o frase puede producir que el significado varíe completamente. En este sentido, en una de las observaciones en la sala de espera de salud mental del Hospital Sor María Ludovica se registró una situación en la que una psicóloga conversaba con una madre acerca de la necesidad de que el padre del niño también concurra a una consulta⁸⁷. Ante la negativa de la madre (aduciendo razones de trabajo del padre), la psicóloga le resaltó, elevando el tono de su voz, la necesidad imperiosa que concurra el padre *“para poder ayudar en el tratamiento de su hijo”* (Observación, Servicio de Salud Mental, Hospital Sor María Ludovica, 26/11/10).

En tercer lugar, y siguiendo a Watzlawick (1997), el lenguaje, las actitudes, los gestos, en definitiva todo lo que se hace, por acción u omisión, comunica por lo que no sólo lo dicho cobra un valor significativo en esta relación sino también cómo lo dice, cómo se expresa, cuál es su actitud frente al otro, entre otros elementos partícipes de la comunicación no verbal. Tanto por acción o por omisión, todas las acciones de los profesionales serán parte del proceso de comunicación con los usuarios.

⁸⁷ En el área de salud mental generalmente las consultas se alternan entre aquellas que asiste el niño y las que concurren los padres. De acuerdo a las explicaciones de los profesionales, en un trabajo conjunto que requiere la participación de la familia.

El hecho de que un profesional mire a los ojos al padre o madre al momento de realizar la explicación del diagnóstico o tratamiento de su hijo, obviamente tendrá otra forma de aceptación por parte de ese usuario que si el profesional escribe y habla simultáneamente prestando más atención a la hoja que a la persona.

Es así como muchos de los usuarios de los dos hospitales destacaron la calidez de algunos profesionales al hablarles, en tanto que otros (sólo dos casos de 33 totales) dieron cuenta de la distancia del profesional durante la consulta y la conversación con la madre y/o padre o en la relación con los niños.

En cuanto a las explicaciones acerca del diagnóstico o tratamiento que debe seguir el usuario, el trabajo de campo dio cuenta que los profesionales emplean las siguientes modalidades:

- oralidad
- oralidad y escritura
- oralidad, escritura y aplicación práctica

Con respecto a la primera modalidad, todos los profesionales explican oralmente el tratamiento. Cualquiera sea el servicio, especialidad u hospital en el que se encuentren la primera manera que tienen para realizar una explicación es a través de la oralidad.

En segundo lugar, la mayoría de los profesionales de estos hospitales optan por explicarlo oralmente y de manera escrita (en muchos casos simultáneamente) de modo que los padres puedan recurrir a este registro en caso de no recordar algún aspecto de los pasos a seguir o la dosificación del medicamento prescripto.

Las estrategias a utilizar deben clarificar el concepto de aquello que se quiere explicar, observando si el mensaje fue comprendido, y detallando la información en los casos que sea necesario. Uno de los profesionales relató que en algunos casos detalla al usuario que “*debe tomar la amoxicilina cada 8 horas: a las 8 de la mañana, a las 4 de la tarde y a las 12 de la noche*” (Médica, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 01/03/13).

También puede ser destacado en este sentido el rol docente⁸⁸ de los profesionales ya que deben explicar detallada y claramente el diagnóstico e indicarle el tratamiento a seguir. De esta manera, la oralidad se combina con la escritura (letras o también dibujos cuando es necesario) para lograr que las recomendaciones dadas perduren más allá de la consulta.

En relación a ello, y con respecto a esta particularidad que presenta la consulta pediátrica en este tipo de hospitales en donde no sólo está presente lo asistencial sino también la formación, Guevara Chacabana (2007) considera que ante todo es un acto pedagógico. El autor realiza esta conceptualización ya que considera que no sólo está constituida por la atención del niño sino que “se extiende a los padres y cuidadores transfiriendo información (respuestas), ofreciendo alternativas, precisando indicaciones, enseñando procedimientos, remodelando actitudes, hábitos y costumbres” y sintetiza que “el ejercicio de la pediatría es en esencia la práctica de una labor de educación” (Guevara Chacabana, 2007: 90).

En este sentido, uno de los profesionales destacó este hecho diferenciándose de los médicos clínicos que atienden personas adultas: “*Por ahí en el adulto es diferente. Es como que los pediatras tenemos más paciencia en esas cosas. Lo escrito, que te lea la madre y que te entienda lo que escribiste es lo ideal*” (Médica, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 01/03/13).

En cuanto a la caligrafía de la receta o prescripción, algunos profesionales reconocieron la deficiencias al respecto (“*incomprensibles en algunos casos*”) por lo que el hecho de que sea leído por los padres permite observar si en primer lugar se entiende la escritura y luego se comprende aquello que debe hacer.

⁸⁸ Las dos instituciones analizadas poseen formación de grado y postgrado por lo que los profesionales que allí trabajan también desempeñan una tarea de enseñanza hacia los estudiantes y los residentes de distintas especialidades. Al respecto una profesional del Servicio de control del Niño Sano dio cuenta que el servicio “*se compone de un médico de planta y un residente. El residente tarda un poco más porque está aprendiendo. Siempre trabaja bajo la supervisión del médico de planta. El residente hace el control con el médico de planta al lado y cuando ya están más entrenados el médico de planta va a atender aparte a otro chico. (...)* El promedio de duración de la consulta será de 20 y 30 dependiendo en cuán parte docente tengamos que hacer. Para la madre y para el médico residente. Entonces esa consulta puede estar más” (Médica, Servicio Control del Niño Sano, Hospital Sbarra, 14/03/13).

“Yo generalmente lo que hago en cuanto al diagnóstico le digo la patología que presenta o que puede llegar a presentar en los días, los controles que tiene que hacer y las pautas de alarma. Trato de hacerlo por escrito y con letra clara, que de por sí tengo letra clara. Entonces se los hago leer y les digo si me entienden lo que escribí. Trato de que se vayan con una interpretación de lo que tienen” (Médica, Servicio Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 01/03/13), destacó un profesional al hablar de cómo son las explicaciones que realiza durante la consulta. Al lograr que los padres puedan entender/ *“interpretar”* aquello que el profesional le dice, se busca que pueda comprender y dimensionar lo que su hijo tiene y así poder actuar en consecuencia.

En los casos en que los padres no saben leer algunos profesionales optan por graficar y/o ilustrar las conductas, acciones o pasos que deben seguir los padres, o consultan si en sus hogares existe una persona capaz de ayudarlos a leer las indicaciones médicas.

En cuanto a la oralidad, la escritura y la explicación práctica del diagnóstico o tratamiento realizado por los profesionales en su interacción con los usuarios esta tercer modalidad está constituida por la explicación de cómo realizar el tratamiento a partir de la aplicación práctica de un objeto como puede ser un termómetro, nebulizador o una aerocámara con el objetivo de lograr la correcta utilización (a través de la comprensión del mecanismo de su funcionamiento) por parte de los usuarios. Este tipo de explicación busca acompañar la oralidad con la comunicación no verbal, ya que no sólo expresa cómo se hace el procedimiento, sino que lo explica manualmente brindando instrucciones generales de su funcionamiento.

A través de los gestos y formas de desenvolverse, los profesionales (en este caso pueden ser médicos o enfermeros) buscan que el usuario conozca y comprenda cómo utilizar correctamente ese equipo (que no automatice la tarea sino que reflexione acerca de su funcionamiento para evitar errores o inconvenientes futuros).

Es por eso que en relación a la utilización de una aerocámara, uno de los médicos explicó que en los casos que es fundamental que el padre comprenda cómo debe utilizar el equipo opta por solicitarlo en enfermería y explicarle la técnica, cómo se maneja para que la implementación del tratamiento sea óptima y el niño no sufra complicaciones en su salud. Por su parte, los entrevistados del área de enfermería dieron similares explicaciones al respecto.

Antes de dar por concluida la consulta, algunos de los profesionales entrevistados remarcaron que una de las modalidades que tienen para saber si la comunicación fue posible con ese usuario es consultar la comprensión de las explicaciones realizadas o la necesidad de resolver una inquietud en cuanto al diagnóstico y, fundamentalmente, el tratamiento a seguir. Incluso se registraron casos de profesionales que indicaron que incentivan a los familiares a que les expliquen aquello que deben realizar para visualizar si realmente comprendieron la explicación o el tratamiento a seguir.

En esta dirección, Rotter y Hall (1992) afirman que en muchos casos los usuarios deben ser incentivados para “desarrollar la habilidad de preguntar”. Por eso tanto profesionales como personal administrativo deben orientarlos para que realicen todas las consultas que tengan en su paso por el hospital.

En las situaciones de comunicación analizadas en este trabajo entre profesionales y usuarios se destacan las estrategias propiciadas desde la institución y aquellas propias de los profesionales.

En el primer grupo se destaca:

- Aspectos materiales del consultorio: dentro de estos dos hospitales se presenta un ámbito propicio para el diálogo como es la mesa con sillas y otro apto para el examen clínico (camilla).
- Estrategia institucional de personalización del contacto por la que los profesionales llaman a los usuarios por su nombre al momento de llamarlos a la consulta (en coordinación con las áreas

administrativas que son las que brindan esta información a los profesionales).

Mientras que dentro del segundo conjunto se destacan:

- Habilidades comunicacionales de los profesionales. Utilización de distintas estrategias de acuerdo a las características de los usuarios, sus conocimientos y necesidades. Allí debe destacarse el lenguaje (oralidad) utilizado así como también todos los aspectos desarrollados en función de la comunicación no verbal.

El primer acercamiento con los usuarios (personalización del vínculo, recepción, saludo), así como la disposición inicial en el consultorio (ubicación en la mesa en primer lugar y luego el control médico en la camilla o la elección de la segunda instancia) propiciará el vínculo que se pretenda alcanzar.

Entre la diversidad de estrategias utilizadas para la explicación del diagnóstico y/o tratamiento se destaca la oratoria, la escritura y/o la explicación gráfica o práctica.

- Entrevista centrada en el usuario: en donde el usuario tiene un rol activo durante la consulta (posibilidad de opinar y realizar las preguntas que necesite) al tiempo que las decisiones del profesional se llevan a cabo con su consentimiento a través del conocimiento de la problemática.

Teniendo en cuenta las características de los hospitales objeto de este estudio, se consideró de valor para este trabajo diferenciar las interacciones de los profesionales con las madres, padres y/ o acompañantes de aquellas destinadas a entablar un vínculo estrecho y una conversación fluida con los niños. Por ello a continuación se detallan las estrategias de los profesionales en sus interacciones con los niños durante la consulta pediátrica.

4.3.3. Interacciones de los profesionales con los niños/as

La relación estrecha de los profesionales con los niños es fundamental a la hora de la consulta (Cuminski, 2000). La relación que se genere llevará a que el niño/a conceda la posibilidad al profesional de realizarle el examen clínico o le explique qué debe hacer para curarse (obviamente esta situación se produce en niños mayores). Es así como el 90% de los profesionales entrevistados considera que antes de comenzar con la revisión médica debe acercarse al niño para poder entablar un vínculo fluido, ya que de modo contrario el diagnóstico no estaría basado en la subjetividad de ese niño por lo que podría ser deficiente. En muchos casos, este momento puede extenderse durante varios minutos si el niño se resiste al contacto con el profesional.

Cuminski en este sentido explica que “el examen clínico, tocar, palpar, apoyar la mano sobre el niño lleva también un mensaje comunicacional” (Cuminski, 200: 51), por lo que este acto del profesional, enmarcado en un contexto pediátrico, debe tener características diferentes a la atención de adultos, ya que a través de un mayor acercamiento y relación con el pequeño el profesional podrá lograr el diálogo y la comprensión del problema o dificultad que aqueja a ese niño.

Guevara Chacabana (2007) reflexiona acerca de la amplitud de la consulta pediátrica definida por:

- a) actores diversos (paciente, padres, médico, etc.; el paciente puede ser niño, niña, recién nacido, lactante, escolar o adolescente);
- b) ambientes diferentes (domicilio, centro de salud, hospital, clínica o consultorio privado);
- c) modalidades distintas (enfermedad aguda, control de desarrollo, etc.);
- d) tiempos variables (emergencias, consultas programadas, etc.).

En relación a la caracterización que hace este autor, las particularidades de las consultas analizadas en este trabajo que se destaca son:

- atención diferenciada de los usuarios según edades con áreas para bebés y lactantes (como puede ser Control del Niño Sano en el Hospital Sbarra), escolares y adolescentes (consultorio de adolescente en el Hospital de Niños y Hospital Sbarra).
- ambiente específico: consultorios de cada Hospital.
- modalidades de atención: enfermedades agudas, crónicas, control de desarrollo y urgencias distinguido según área específica en cada hospital.
- tiempos variables: los casos analizados son de consultorios externos de los dos hospitales, más allá de que el Hospital de Niños cuenta con una guardia médica.

En este contexto, de acuerdo a la información obtenida de las entrevistas y teniendo en cuenta los diversos actores con los que interactuarán, los pediatras hacen una distinción de sus pacientes en tres grupos: bebés, niños y adolescentes (con diferencias o variaciones según los casos particulares y las vivencias de cada niño). En cada caso, el lenguaje utilizado sufrirá variaciones de acuerdo a la edad del usuario y del vínculo que se genere.

Durante la consulta y la entrevista, uno de los aspectos a tener en cuenta es que los profesionales no sólo interactúan con las madres y padres, sino que también conversan con los niños, les hacen preguntas y se relacionan con ellos para poder establecer un diálogo directo (*“Les hablan como una maestra”, “se acercan a ellos”, “le habla como si fueran amigos”* -Usuaría, Servicio de Psicología, Hospital Sbarra, 29/03/11-). Este acercamiento lleva a entablar una relación directa con el niño y poder interactuar al momento de establecer el diagnóstico.

En este sentido, buscan lograr una “complicidad” con el niño para poder acercarse a él. Por ejemplo una de las entrevistadas en alusión a una consulta en odontopediatría dijo:

“la otra vez me pusieron a mí el chaleco para hacerle la placa, como una forma de hacerle un chiste. Y se empezaron a reír él y la doctora y yo les decía ‘Pero qué soy yo, un payaso’. Para que él se ría porque veníamos mal, veníamos asustados” (Usuaría, Servicio de Odontopediatría, Hospital Sbarra, 28/03/11).

La mayor parte de los profesionales coincidieron que a la hora de entablar una relación con los niños, es importante ser honestos y anticiparles aquello que se les va a hacer para evitar reacciones negativas o perjudiciales para el diagnóstico/tratamiento/curación. Ejemplo de este caso fue brindado por un profesional que explicó que antes de revisarlo le dice *“te voy a revisar los oídos, esto no duele”* (Médica, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sor María Ludovica, 27/02/14). Asimismo, también se analizaron casos en los la madre es la encargada de anunciarle al niño que el profesional lo va a revisar *“te va a revisar la doctora”*, lo que posibilita la realización del examen clínico.

Es así como en relación al vínculo que se busque lograr con los niños, el personal de salud puede optar por sincerarse con ellos explicándoles (obviamente aquellos que tienen edad suficiente para comprender) en qué consiste la revisión o el tratamiento que se les va a realizar o, en contraposición con ello, elegir realizar la práctica sin explicación previa u ocultando información.

Según expresó uno de los profesionales entrevistados es importante para el niño y para establecer una relación estrecha decirles la verdad, *“le digo siempre la verdad. Si le va a doler le digo que le va a doler. Es normal. Si vos a un chico le mentís y le encontrás una patología y lo tenés que seguir viendo, nunca más va a confiar en vos. Entonces le decís la verdad. Le decís esto te va a doler, es un segundito y a la larga el chico te entiende y más si después lo tenés que seguir viendo”* (Médica, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 01/03/13).

También un profesional destacó la ayuda de los padres en este sentido *“Siempre hay que explicarles. Te voy a levantar (...) porque un nene que no te conoce te ve acercarte y no entiende qué le estás haciendo. También a veces la*

mamá le dice 'te va a revisar la doctora'. Hay que explicarle siempre. Porque a veces pasa que entre tanto lío que tenés que ver a 500 chicos te olvidás. Pero la idea y lo que siempre trato es poder explicarles" (Médica, Servicio de Clínica Médica, Hospital Sor María Ludovica, 06/03/14).

Los profesionales también deben implementar diversas habilidades (poniendo en juego sus competencias no sólo técnicas sino también socio afectivas) de acercamiento a los niños como puede ser a través de la palabra (hablándoles, preguntando cómo están, qué hacen, cómo les fue en la escuela entre otras cuestiones genéricas o contextuales de su cotidianeidad), de juguetes (mostrándoles muñecos u otros objetos que pueden resultar atractivos para los pequeños), del dibujo (realizarles una figura que "entretenga" al niño y conversando con él acerca de lo que está viendo), entre otras utilizadas para poder revisarlos.

El servicio de Odontopediatría del Hospital Sbarra presenta una particularidad en el modo de adaptación a los odontopediatras, ya que para atender a los niños primero realizan una serie de "motivaciones"⁸⁹ en donde preparan al niño para la práctica específica que deben llevar a cabo. De esta manera, efectúan la adaptación para que el niño naturalice la práctica odontopediátrica (o al menos no la padezca).

Según comentó una de las profesionales del servicio "en la primera consulta (el niño) ingresa con la madre, vemos qué tipo de patología tiene y se lo cita para poder hacer la historia clínica y poder hacer la motivación, porque a los chicos primero tenés que hacerle una motivación.

No es como los adultos que los sentás en el sillón y abrí la boca y ya está. Con los chicos tenemos que hacer un trabajo previo. Entonces se hace un trabajo previo con la madre, se dan todas las indicaciones de prevención con la madre, se

⁸⁹ "Esas motivaciones se realizan con anterioridad a la atención o tratamiento específico. El día de motivación no se realiza ningún tratamiento en la boca, sino que se hace todo el trabajo previo con la madre y con el chico explicándoles (priorizando obviamente la relación con el nene/a) qué se va a realizar, cómo, qué instrumental se va a utilizar, entre otros aspectos. Luego de finalizada esta etapa, que puede durar uno, dos o tres encuentros según las características y las respuestas del nene, se otorgan las citas para comenzar con la patología específica" (Odontopediatra, Servicio de Odontopediatría, Hospital Sbarra, 28/02/13).

hace la historia clínica y luego hacemos la motivación con el chico” (Odontóloga, Servicio de Odontopediatría, Hospital Sbarra, 28/02/13).

Este acercamiento entre odontólogos y usuarios permite que se pueda iniciar la consulta, además de conocer (a través del testimonio de la madre y/o padre, pero también del relato del pequeño) las condiciones en las que vive el niño y cuáles son sus hábitos de alimentación e higiene bucal, ya que dentro de la odontopediatría son cuestiones fundamentales a reconocer según el testimonio de los profesionales que dieron cuenta que gran parte del éxito de la disciplina se basa en la implementación de estrategias de prevención de la salud bucal.

Los profesionales entrevistados en ambos hospitales destacaron que la promoción y educación para la salud en este ámbito es imprescindible, ya que no basta con curar un problema odontológico en particular, sino que se tienen que brindar las pautas y cuidados especiales que debe seguir el niño para evitar contraer enfermedades en su boca como pueden ser las caries.

A partir de estos encuentros previos se genera una relación de cercanía y en muchos casos de complicidad entre el niño y el profesional, por lo que luego durante la práctica la madre, padre y/o acompañante no permanecen en el consultorio.

Tanto en este caso como en el resto de las especialidades pediátricas es importante, en función del vínculo que se busque alcanzar, que el personal de salud se adecue a las características de cada niño y conozca los gustos y preferencias según sus edades o sus particularidades de acuerdo a sus orígenes (como puede ser la nacionalidad de ellos o de sus padres).

“En los casos de los nenes chiquitos, por ahí uno utiliza a veces cosas que para ellos sean comunes. Ahora la Dra. Juguetes⁹⁰ te ayuda un montón. Para los nenes de tres o cuatro años que no se quieren dejar revisar le decís que soy como la Dra. Juguetes, entonces se dejan y empiezan a contarte. Esa es una forma de generar el vínculo. Aparte se dejan más revisar ahora porque lo comparan con eso.

⁹⁰ Dibujo animado de la señal Disney Channel emitido a partir del año 2013.

(...) En cuanto a los nenes más grandes, hay que enseñarles. Hay que explicarles conductas por ejemplo aquellas relacionadas con hábitos de higiene. Hay que explicarles y decirles a ellos porque ya son grandes y tienen que saber cómo hacerlo. Obviamente un nene de 13 o 14 años tiene el vocabulario de un adulto prácticamente. Entonces uno le puede hablar como se le habla a los padres. A un nene más chiquito uno le explica en la medida que entiendan. Trato de adaptarme a las edades así como me adapto a las características de los padres” (Médica, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 01/03/13).

Por otro lado, el vínculo de los profesionales de la salud con los adolescentes presenta complejidades por lo que debe incorporar otros aspectos que los utilizados con los niños para alcanzar una relación fluida con éstos.

Los profesionales que se relacionan con chicos de estas edades⁹¹ coinciden que en primer lugar no hay que juzgar explícitamente sus conductas o actitudes, así como tampoco avalar sus acciones en caso de considerarlas que pueden ser perjudiciales para su salud o su desarrollo. Por eso uno de los profesionales especializados en adolescencia del Hospital Sor María Ludovica enfatizó que *“no nos ponemos ni del lado de amigos ni del lado de jueces. Ante alguna conducta que a nosotros nos parezca que no es la adecuada no los juzgamos. Nosotros tratamos de hacerle entender o de explicarle (...) ver cómo podemos disminuir el riesgo y el daño que sufre ese paciente. Lo que uno trata es de ir inculcándole esas cosas”* (Médico, Servicio de Adolescencia, Hospital Sor María Ludovica, 27/02/14).

Al respecto, Rodríguez Arce agrega que *“el médico debe tratar de mantener su identidad adulta y no tratar de identificarse con los adolescentes en su vestuario, lenguaje o actitudes, pues ellos esperan ser atendidos por profesionales adultos con conocimientos y autoridad”* (Rodríguez Arce, 2008: 54). De esta manera, buscan en su rol de profesionales de la salud, a través de la palabra, que los adolescentes puedan adquirir hábitos saludables que no perjudiquen su salud y contribuyan a su desarrollo físico y socio afectivo.

⁹¹ Según la OPS la adolescencia se enmarca dentro de los 10 y los 19 años. En los hospitales pediátricos estudiados la edad máxima de atención de un menor es 15 años -14 años y 11 meses-, pero en los casos de jóvenes que se han atendido con anterioridad en el hospital pueden ser atendidos más allá de los 15 años.

En este sentido, se trabaja con conceptos de promoción y educación para la salud para desarrollar habilidades y cambiar actitudes con el propósito de inducir comportamientos para evitar el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, así como los factores del estilo de vida que promueven la hipertensión arterial por ejemplo (Obregón, 2010).

Rodríguez Arce al respecto atribuye el éxito de las medidas preventivas al manejo correcto de la información acerca de la vida del adolescente que haga el profesional, sin entrometerse en cuestiones que sobrepasen la salud. Asimismo agrega que “el trabajo de prevención requiere también de la participación de modelos de conducta positivos (líderes profesionales, familia, iguales) y el desarrollo institucional que vele también por ello” (Rodríguez Arce, 2008: 53).

Es por eso que en torno a la relación que entablan, los profesionales reconocieron en las entrevistas realizadas utilizar distintas técnicas y habilidades para poder dialogar con los jóvenes, evitando terminologías o palabras específicas que puedan generar conflictos en esas relaciones. En estos casos la consulta se realiza en dos momentos: un primer espacio en donde están presentes los padres/madres y un segundo momento en donde sólo están los jóvenes y los profesionales, posibilitando este último un diálogo sincero por parte de los jóvenes⁹², en donde puedan expresar al profesional aquellas cuestiones que por pudor hacia sus padres o simple ocultamiento no quieren expresar.

De esta manera, los profesionales ponen en práctica habilidades diferenciadas de acuerdo a la edad de los usuarios, revalorizando su papel antes, durante y después de la consulta como actores claves, fundamentales en el proceso de atención.

A modo de síntesis, las estrategias seguidas por los profesionales están adaptadas a la edad de los niños que concurren a los distintos servicios (diferenciando en bebés, niños y adolescentes).

⁹² De acuerdo a la nueva Ley de salud sexual y procreación responsable (Ley 25.673), los y las adolescentes tienen derecho a recibir la atención sin la compañía de un adulto.

En estas relaciones, antes de comenzar la consulta y la revisión médica, los profesionales tienden a generar un vínculo de cercanía con el niño. Es así como buscan este acercamiento a través de la palabra, de juguetes, dibujos, al mismo tiempo que inician conversaciones acerca de programas de televisión, objetos preferidos u otros factores de interés para los niños.

Es así como emplean sus habilidades para alcanzar una confianza tal que le permita al niño expresar sus dolencias, malestares o simplemente conversar con el profesional sobre temáticas relacionadas con sus hábitos cotidianos. Esta relación tal como se mostró en este trabajo debe alcanzarse a través de la honestidad y la anticipación de aquello que el profesional realiza tanto durante el diagnóstico como también en el tratamiento que debe seguir el niño fuera del ámbito del consultorio en sus hogares.

Como estrategias originales pueden destacarse las “motivaciones” llevadas a cabo por el Servicio de Odontopediatría del Hospital Sbarra que permiten tanto al profesional como al usuario acercarse al ámbito donde se le realizará el tratamiento así como al personal que lo atenderá.

Finalmente, en ambos hospitales se destacó la implementación de estrategias de educación para la salud destinadas a los niños para incentivar el desarrollo de habilidades y hábitos de cuidado de su salud.

4.3.4. Adaptación de las estrategias según las características de los usuarios

El proceso de comunicación con los usuarios en muchos casos se ve condicionado por la procedencia de las madres o padres y/o de los niños⁹³ que asisten al hospital, ya que gran parte de ellos son originarios de otras provincias o

⁹³ En muchos casos los padres nacieron en otros países y los niños en Argentina. También existen los casos que las familias se radicaron recientemente en Argentina y también, preferentemente en el Hospital Sor María Ludovica, aquellos en los que los usuarios viajan exclusivamente al país para ser atendidos en la institución residiendo en un país limítrofe. En estos últimos casos, son atendidos de igual manera que los residentes en Argentina.

de países limítrofes y poseen diferencias culturales, sociales, religiosas, entre otras. Ello lleva a que los profesionales deban implementar diversas habilidades para poder entablar un diálogo con los padres y que puedan comprender el problema de salud del niño.

Tal como señala Del Valle Rojas los profesionales deben esforzarse por “comprender la diversidad de las lógicas y dinámicas de producción y reproducción de las comunidades” (Del Valle Rojas, 2009: 2) que concurren al hospital para lograr comprender (y hacerse comprender) la complejidad de esa persona que concurre al hospital por un problema de salud de su hijo (con todas las dificultades que ello pueda tener aparejado).

“El tema es el diálogo con los padres. Yo creo que nosotros tenemos algunas problemáticas con respecto a otras culturas, creo que es importante eso porque no es lo mismo una mamá boliviana, que una mamá paraguaya, que una mamá chilena o que una mamá de otro lado. No es lo mismo y como no se asemeja mucho a nuestras culturas, sobre todo a la gente que vive en los campos en esos lugares.

Entonces eso se complica. Se complica a veces cuando la mamá no sabe leer y nosotros tenemos que explicarle de alguna otra forma, inventar. Tenemos pacientes que son sordos, por ejemplo. Entonces es todo mucho más complicado. Tenemos que hablar despacio, tenemos que no gritar porque sabemos que no nos van a escuchar y un montón de otras cosas que hay que verlas en la misma consulta. (...)

Y vos sabés que todos los papás son diferentes y eso depende también de cómo se mueve el médico y enseñarles a los médicos residentes a que esas dificultades las van a tener tal vez en sus consultorios el día de mañana. Entonces es importante familiarizarse con esos obstáculos y poder sortearlos” (Médica, Servicio de Control del Niño Sano, Hospital Sbarra, 14/03/13).

Desde esta perspectiva, se puede recuperar el concepto de Menéndez (1997) “el punto de vista del actor” que da cuenta de la diferencia, la desigualdad y la transnacionalidad que caracterizan las sociedades.

En relación a la procedencia de los padres, también las particularidades del habla pueden percibirse como un obstáculo en la comunicación.

“Por ejemplo nosotros atendemos mucha gente de países limítrofes y a veces se complica con el idioma. Si bien todos hablamos castellano, no es lo mismo. Atendemos mucha gente de Paraguay, mucha gente de Bolivia (...)

A veces es necesario que le expliques dos o tres veces hasta que te entienden (...) Le tenemos que dar un poco más de tiempo y sentarnos y hablar. A veces hay gente que no habla muy fluido el castellano, sobre todo la población boliviana o la paraguaya” (Médica, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sor María Ludovica, 07/03/14).

En esas situaciones, si la persona está alfabetizada, una alternativa que emplean los profesionales es escribir todos los aspectos que no se entienden de modo que puedan ser comprendidos por los padres, buscando alternativas ante la imposibilidad de comunicarse a través del habla.

En muchos casos los profesionales perciben que necesitan nuevas herramientas comunicacionales (que no les ha brindado la formación de grado ni de postgrado especializada⁹⁴) para poder afrontar este tipo de relaciones, más allá de sus capacidades técnicas para resolver el problema por el cual acuden al hospital. Esta situación es constante en ambos hospitales ya que la mayor parte de los profesionales entrevistados consideran que para realizar un diagnóstico es necesario conocer gran parte de la vida del niño en donde entran en juego una serie de factores como ya se mencionaron tales como alimentación, condiciones sociales, características del lugar en el que vive, higiene, entre otros.

⁹⁴ En este caso es importante remarcar que muchos de los profesionales entrevistados resaltaron que durante la residencia, y sobre todos los que la realizaron en el Hospital Sbarra por sus característica comunitaria, pudieron aprender, ejercitar y utilizar diversas modalidades de interacción con los usuarios, obteniendo gran parte de las herramientas que utilizan en esas relaciones. Sin embargo, en ningún momento de su formación fueron capacitados en función de las diferencias culturales y sociales de la población a la que asisten en la actualidad.

Por ello, los profesionales expresaron que es necesario un proceso de reconocimiento de las diferentes culturas, para poder trabajar con ellas.

“A nosotros nos cuesta más poder entender las diferentes culturas” o “vos sabés que todos los papás son diferentes. Entonces es importante familiarizarlos con esos obstáculos y poder sortearlos” (Médica, Servicio Control del Niño Sano, Hospital Sbarra, 14/03/13).

De esta manera, tanto profesionales como administrativos, a partir del reconocimiento de estas diferencias pueden implementar distintas formas de dirigirse a los padres que concurren al hospital según sus características y particularidades. Es así como uno de los entrevistados respondió que en muchos casos es necesario *“hablar el vocabulario de los padres”* (Médica, Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Sbarra, 07/03/13), adaptándose a ellos y no a la inversa.

“El lenguaje de los usuarios es simple y directo. A veces puede haber dificultad con algunas familias de pueblos originarios porque hablan su lengua. Un ejemplo es una mamá de origen boliviano que lloraba porque su bebé estaba en lámpara por Ictericia, le explicábamos pero ella parecía no entender que su hijo estaba bien pero necesitaba permanecer internado, entonces recurrimos a otra mamá del mismo origen que se encontraba con su bebé internado y le pedimos que hiciera de nexo para poder informar” (Médico, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sor María Ludovica, 07/03/14).

Cobra especial relevancia la manera en que cada profesional se relaciona con los usuarios para poder lograr el cuidado de la salud de los niños, no actuando sólo sobre la enfermedad sino sobre la educación y la prevención de la salud.

“El hecho también de tener una población tan importante de otros países te lleva a tener que cambiar en las indicaciones con respecto a los alimentos, la higiene, etc, es un desafío constante” (Médica, Servicio de Nutrición, Hospital Sbarra, 26/02/13), ya que en muchos casos los hábitos y cuidados de esa comunidad no son los mismos seguidos o recomendados por los profesionales.

En los casos en que la madre o el padre no hablen lengua española (por ejemplo que tengan como lengua primaria el guaraní como ejemplificó un entrevistado) los profesionales optan por solicitarles a los padres que concurran con otra persona que actúe de intermediaria y puedan comprender el tratamiento que debe realizar el niño,

“entonces en esos casos de gente que le cuesta mucho comprender o entender vienen con un familiar. Es así como nosotros le explicamos al familiar, como sabemos que viven juntos, y el familiar se hace cargo de las indicaciones que nosotros les damos”.

En cuanto a las particularidades de los padres, no sólo existen diferencias culturales, sino otro tipo de distinciones tales como religión, creencias y tradiciones (Del Valle Rojas, 2009), por lo que la consideración del profesional respecto a éstas es fundamental a la hora de comenzar el diálogo con los familiares del niño:

“Hay que buscar la manera y la forma en que hay que hablarle a cada persona; a cada uno con distinta forma” (Médica, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sor María Ludovica, 07/03/14).

4.3.5. Valor del tiempo para los usuarios: duración de la consulta

Como ya se expresó en este trabajo, desde el punto de vista de algunos usuarios, uno de los aspectos que dificultan o imposibilitan la comunicación con los profesionales de salud es la falta de tiempo disponible para la consulta (Danet y otros, 2012). Es así como en la bibliografía disponible, la mayor parte de los estudios relacionados con la calidad de la atención en salud, y también aquellos que enfatizan en el valor de las interacciones humanas, tienden a poner como uno de los factores a destacar la duración de la consulta.

En este orden, un estudio realizado por la Sociedad Argentina de Cardiología, a través de la implementación de una encuesta, demostró que el 70% de los profesionales encuestados considera que la duración de los turnos debería ser de entre 20 y 30 minutos, mientras que la realidad es que la asignación de turnos se realiza cada 10 o 15 minutos (Doval 2007). Al mismo tiempo que otros autores consideran que “constituye una falta a la ética aceptar atender pacientes en un tiempo inadecuado” (Outomuro y otro, 2013: 2).

Dentro de los hospitales investigados, los turnos no se asignan con un horario fijo, ni una duración estipulada dentro de los consultorios externos sino que en la mayoría de los servicios se brindan turnos en un mismo horario para una cantidad determinadas de pacientes, sin considerar la patología que se atenderá. En algunos servicios de ambos hospitales (como salud mental, cardiología, endocrinología, neurología, odontología, entre otros) sí existe la delimitación horaria para la atención, aunque los usuarios igualmente deben aguardar largos períodos de tiempo para ser atendidos.

De acuerdo a los datos obtenidos en las observaciones y a la información recolectada en las entrevistas, la extensión de las consultas médicas en los hospitales estudiados varía de acuerdo a:

- la naturaleza de la práctica o consulta que se realiza
- las características del profesional
- las particularidades de los usuarios (padres con muchos hijos, experiencias previas de la patología, antecedentes de otros familiares, entre otros aspectos)

Asimismo, al ser instituciones públicas que presentan algunas deficiencias en torno a la cantidad de profesionales por usuarios que concurren al hospital, la duración de la consulta también tiene como condicionante la cantidad de personas que aguardan ser atendidas. Según manifestó uno de los profesionales entrevistados,

“la verdad que acá se ven muchos pacientes. Uno tiene que ir manejando los tiempos en función de la patología y en segundo lugar de la cantidad de pacientes que hay esperando” (Médica, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 01/03/11).

De esta manera las consultas realizadas en los dos hospitales pueden durar entre 5 y 45 minutos⁹⁵ de acuerdo a los aspectos antes mencionados. El rango horario resulta extenso, pero tiene incidencia de acuerdo a la especialidad (por ejemplo los servicios de psicología, psiquiatría resultaron ser los de mayor duración mientras que los de clínica pediátrica los de menor) o la patología del usuario (no es lo mismo un usuario que concurre por un síndrome febril de manera espontánea que aquel que tiene una patología crónica que requiere diversos controles y estudios).

Por ejemplo, en el consultorio de Control de niño sano del Hospital Sbarra las consultas generalmente son más extensas, ya que además del control médico mensual del niño se trabaja con la educación y la promoción de hábitos saludables. Al respecto, los profesionales entrevistados resaltaron que dedican más tiempo a los padres primerizos que aquellos que tienen más hijos, o que simplemente el profesional considera que el usuario necesita información más exhaustiva o mayor grado de detalle.

“Hay mamás que necesitan mucho más, porque el chico tiene algo o porque nosotros detectamos alguna situación de riesgo y nosotros a esa mamá le tenemos que dar más tiempo (...) Pero hay casos que no, que está todo bien y con el control es suficiente. El promedio es entre 20 y 30” (Médica, Servicio de Control del Niño Sano, Hospital Sbarra, 14/03/13).

En los dos hospitales estudiados, como ya se mencionó en este trabajo, hay un déficit de personal, por lo que en la mayoría de los casos los profesionales deben atender a una gran cantidad de usuarios durante su horario de atención. La mayor parte de los usuarios no mostró malestar ante esta situación aunque tres de ellos (sobre 33 usuarios entrevistados) expresaron que no existe correlación entre el tiempo de espera antes de la atención y el que permanecen dentro del consultorio.

⁹⁵ Durante las observaciones se cronometraron las consultas en los dos hospitales, de modo de estipular su duración y poseer parámetros de referencias para realizar este análisis.

Es así como una entrevistada respondió *“Hay veces que te apuran. Yo estoy un montón de tiempo esperando y a veces cuando entro me están esperando para que me vaya. El otro día me pasó lo mismo, estuve toda la mañana esperando y después estuve menos de 5 minutos en el consultorio”* (Usuaría, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sbarra, 28/03/11).

Finalmente, en cuanto a la duración de la consulta respecto a las percepciones de los usuarios, en las entrevistas realizadas muchos respondieron que el tiempo de la atención fue suficiente⁹⁶ ya que el profesional le resolvió el problema y le explicó lo que necesitaba o le faltaba saber.

La duración de las consultas, entre 5 y 10 minutos, es un tiempo que puede pensarse inapropiado para generar un diálogo estrecho entre usuarios y personal de salud. A pesar de ello, más de la mitad de los 33 usuarios entrevistados respondió que la duración de la consulta es suficiente para saldar sus dudas y realizar las consultas necesarias acerca del problema de salud de su hijo.

Cuatro usuarios entrevistados también dieron cuenta de que la duración de la consulta se ve influenciada por la predisposición de los propios usuarios y las consultas que le realizan al profesional. *“Depende también de lo que uno interroga sobre lo que tiene y lo que hay que hacer. Yo muchas veces pregunto y pregunto y siempre me contesta”* (Usuaría, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sor María Ludovica, 14/03/11), aduciendo que no sólo es una cuestión propia de los profesionales sino también de las características de los usuarios y su interés/necesidad por consultar y conversar con el profesional acerca del problema de salud del niño.

De esta manera, puede decirse que no existe un indicador o un parámetro acerca de la duración ideal de una consulta profesional, sino que ésta se verá condicionada, limitada o estipulada por cada situación en particular.

⁹⁶ Algunas de las personas que respondieron ésto permanecieron entre 5 y 10 minutos en los consultorios según se registró en las observaciones.

De acuerdo a las consideraciones realizadas en este apartado, desde la perspectiva de usuarios y trabajadores, la duración de la consulta no es un aspecto invariable en todas las consultas sino que debe adaptarse a las características de los usuarios, sus necesidades, el motivo de la consulta, el tratamiento a seguir, motivos que incentiven situaciones en donde el profesional deba brindar mayor grado de detalle al usuario acerca de la salud del niño.

4.3.6 Las historias clínicas como situaciones de comunicación entre los trabajadores

En las dos instituciones pero especialmente en el Hospital Sbarra, se trabaja con la concepción de equipo interdisciplinario en donde los profesionales tienen la posibilidad de realizar interconsultas entre sí (ya sea telefónica, personalmente o a través de una orden médica en el momento o en diferido) y derivar a los usuarios en caso de considerarlo oportuno.

En este marco, puede destacarse el Programa de Ayuda a la Crianza compuesto por profesionales del servicio de pediatría, odontología, psicología, servicio social que asiste desde su comienzo a niños de 0 a 2 años de familias de alto riesgo médico social y está orientado a la promoción de la salud integral del niño, al control de su crecimiento, desarrollo y a la prevención de enfermedades. Con el aporte interdisciplinario, se intenta dar respuesta profesional, desde un marco médico, odontológico, psíquico y social del niño y su familia.

En estos casos la historia clínica cobra especial relevancia ya que permite que el profesional al cual fue derivado el usuario no deba realizar nuevamente la sección de la historia clínica que alude al contexto en el que vive el niño y sus antecedentes de salud y familiares, reconociendo las particularidades de ese usuario

a través de la historia clínica y abocándose específicamente a su especialidad/experticia profesional.

Como se mencionó anteriormente, la historia clínica puede ser analizada como una situación de comunicación. En este sentido, no sólo sirve para que el profesional recuerde/reconozca los antecedentes de salud, factores sociales y culturales, habitacionales, entre otros, del pequeño sino que también es un medio de comunicación entre los distintos profesionales (ya sea del mismo servicio en caso de que el paciente acuda en distintos días de la semana y/u horarios de atención - mañana/tarde- o entre las especialidades de un mismo hospital) que permite dar cuenta de la historia médica del paciente dentro de la institución.

La historia clínica contiene la siguiente información:

- datos filiatorios
- antecedentes de enfermedades (patologías, internaciones, etc)
- antecedentes familiares
- historia familiar (conformación de la familia, hermanos, espacio en el que habitan, escolaridad, entre otros)
- motivo de la consulta

Los profesionales deben ser claros, entendibles y detallistas al completarlas para que puedan cumplir su objetivo de ser un canal de comunicación entre el personal de salud.

En el caso del Hospital Sbarra la historia clínica es única para todos los servicios y especialidades. Se completa en papel y es organizada y distribuida a los profesionales por parte del personal administrativo.

En el caso del servicio de Control del Niño Sano⁹⁷ utilizan historia clínica digital (desde el año 2010), siendo los primeros en incorporar esta tecnología en el hospital. En las entrevistadas realizadas los profesionales reconocieron que se está trabajando para poder trasladar la historia clínica digital a todos los servicios y especialidades del hospital, unificando los criterios y contenidos generales de la misma.

En cambio en los consultorios externos del Hospital Sor María Ludovica actualmente se trabaja con historia clínica digital⁹⁸, a la que todos los profesionales tienen acceso en las computadoras ubicadas en cada consultorio. Sin embargo no está unificada en todo el hospital debido a que no todos los servicios y áreas tienen posibilidad de utilizarla ya que no cuentan con las computadoras en la totalidad de consultorios del hospital.

De esta manera, sólo los consultorios externos (clínica pediátrica, adolescencia y ginecología) y el servicio de emergencia se manejan con este tipo de comunicación formal entre pares. Es así como, si un niño es atendido en la guardia y requiere el seguimiento en los consultorios externos los días posteriores, el profesional que lo atiende allí podrá conocer el diagnóstico realizado por el médico de emergencias.

Uno de los inconvenientes que ocurre según los profesionales entrevistados es que no todo el personal de salud la completa metódicamente, sino que se tiende a minimizar su importancia/utilidad dejando espacios incompletos. De esta manera, se dificulta el proceso de comunicación entre los profesionales en el caso que alguno de ellos (por falta de tiempo, indiferencia u otro motivo en particular) no complete detallada y minuciosamente la historia clínica, dejando aspectos de la problemática de ese chico fuera de esta herramienta de comunicación entre profesionales.

⁹⁷ Servicio donde se realiza un control mensual del niño desde los primeros días de vida, evaluando su crecimiento y desarrollo en general. En estos casos se trabaja con la prevención, promoción y educación para la salud buscando motivar acciones saludables y el cuidado del bienestar de los niños.

⁹⁸ Esta modalidad de historia clínica fue implementada en el año 2009.

La información referente a la salud, enfermedad, hábitos, alimentación, entre otros aspectos que contiene la historia clínica también es transcrita por los profesionales en las libretas sanitarias de los niños para que pueda servir como canal de comunicación alternativo con otros profesionales más allá de la institución en particular en caso de que los usuarios acudan a otros hospitales o clínicas. Asimismo las libretas son el registro que tiene el usuario de la atención recibida, que lleva consigo y le permite transportar la historia clínica del niño a otros establecimientos de salud⁹⁹.

4.3.7. Contribución de las estrategias de comunicación a la calidad de la atención y satisfacción del usuario

La calidad de la atención en salud y la satisfacción del usuario, no sólo dependen de los conocimientos clínicos del profesional y de los elementos tecnológicos con los que está equipada cada institución, sino también de la capacidad que tenga de comunicarse con el usuario y de las estrategias de comunicación implementadas (Canovaca Vega, 2010). En este contexto, entrarán en juego sus habilidades para lograr un diálogo con el usuario, interrogándolo oportunamente no sólo acerca de sus problemas de salud, hábitos de alimentación, cuidados de la salud, entre otros, sino sobre aspectos relacionados al entorno del usuario.

En las evaluaciones realizadas en las instituciones de salud acerca de la calidad de la atención y la satisfacción del paciente cobra especial relevancia las relaciones interpersonales y las modalidades que asumen los procesos de comunicación como elementos claves a la hora de considerar la perspectiva de los

⁹⁹ De acuerdo a la Ley de Derechos del Paciente, número 26742, de Argentina la historia clínica es propiedad del usuario, quien tiene derecho a solicitarla cuando lo requiera. En el caso de los niños, y la atención que reciben en estos hospitales, la mayor parte de los profesionales completa la libreta sanitaria con todos los datos del desarrollo del paciente y los problemas de salud que pudiese tener, por lo que es utilizada como un complemento de la historia clínica, transformándose en una herramienta de gran utilidad para madres y padres.

usuarios en este tipo de estudios (Petracci, 2005; Alonso, 2012; Lavielle-Sotomayor y otros, 2008).

Al consultar el lugar que ocupa la comunicación en estos tipos de establecimientos, una de las entrevistadas resaltó que *“el más importante porque si ellos a vos no te comprenden estamos acá de regalo. Porque si vos no les explicás a dónde tienen que ir o qué tiene que hacer... o vos les explicás y pensás que les estás explicando bien y ellos no te entienden, no sirve. La comunicación es lo más importante”* (Administrativa, Área de Turnos, Hospital Sbarra, 28/02/13).

Masuet (2010) considera que los conceptos de calidad y satisfacción de los servicios de salud son complejos ya que están relacionados con diversos factores como ser los culturales, sociales, estilos de vida, entre otros aspectos. Es allí donde la comunicación está presente y pasa a conformar el entramado de relaciones que son analizadas en el marco de procesos de atención de calidad.

En otro orden, autores que analizan la temática (Cófreces y otros, 2014) relacionan el concepto de satisfacción con la cantidad y calidad de información recibida por el paciente, considerando a la comunicación desde una perspectiva instrumental en donde se privilegia el volumen de información recibida por sobre la comprensión que pueda llegar a hacer el paciente de la misma.

La Organización Mundial de la Salud (1985) establece que la calidad en salud busca “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

A través de estas conceptualizaciones, puede sintetizarse que el concepto de calidad es dinámico ya que articula la cultura de una organización, el clima laboral de los servicios de salud, la respuesta a los problemas de los pacientes y la perspectiva de los usuarios sobre la atención recibida. Estos aspectos varían a través del tiempo y dependen de quién los evalúa (la comunidad científica, los profesionales, los usuarios, la opinión pública, entre otros). De esta manera, al

analizar cómo es la percepción de la calidad de los hospitales por parte de usuarios como también del personal de salud, deben considerarse estas dimensiones.

De acuerdo con Donabedian (1996) pueden resaltarse tres aspectos que los usuarios valoran de la atención médica: el instrumental (aplicación de los conocimientos técnicos y capacidad de resolver problemas), el expresivo (empatía y acercamiento durante la atención y su estadía por el hospital) y la comunicación (recibir información clara y ser escuchados).

Según el testimonio de una de las profesionales entrevistadas una buena atención debe estar relacionada con

“un buen diálogo, que el paciente te respete a vos como médico y vos respetarlo como paciente. Muchas veces porque el médico está mal o porque los papás están mal se genera una mala relación y hay una mala consulta. Y tratar de aportar y hacerle entender a la mamá como uno pueda escribiendo, charlando, cambiando el nivel del diálogo qué es lo que le está pasando a su hijo. Eso es una buena atención” (Médica, Hospital Sbarra, Servicio control del Niño Sano, 14/03/13).

En primer lugar, analizando el aspecto instrumental que desarrolla Donabedian (1996) dentro de las instituciones objeto de este estudio, se destaca la pericia de los profesionales para resolver determinados problemas médicos (experiencia profesional, formación específica) así como también el equipamiento de cada institución hospitalaria para poder realizar los estudios correspondientes. En este sentido, el Hospital Sor María Ludovica se destaca por ser la institución hospitalaria pública especializada en pediatría que cuenta con la mayor aparatología médica pública de la provincia¹⁰⁰, como también especialistas de diversas áreas.

¹⁰⁰ Más allá de que en los últimos años las inversiones en el sector no le han permitido evolucionar a la velocidad que lo ha hecho la tecnología del área. Se observa por ejemplo la necesidad de compra de un resonador Magnético, por lo que los pacientes que requieren de estas prácticas deben acudir al sector privado para realizarlas sin costo alguno para éstos, sino que son pagadas íntegramente por el Hospital a los privados.

Ante esta situación, trabajadores del hospital lanzaron una colecta en Facebook (formando un grupo denominado “Por un Resonador para el Hospital de niños de La Plata” - <https://www.facebook.com/groups/269621293244054/?fref=ts->) para poder comprar el equipo.

El Hospital Sbarra, más allá de ser de mediana complejidad, en el área de diagnóstico por imágenes cuenta con los equipos necesarios para atender las patologías propias de un centro de salud con esas características y, aunque con menor especificidad, tiene profesionales capacitados y formados para realizar atención médica tanto en casos de enfermedades estacionales como así también, y preferentemente, actuar en la prevención y promoción de conductas saludables, como se observó por ejemplo en el Servicio de Control del Niño Sano y en odontología.

Es así como el Hospital Sbarra cuenta con equipos de ecografía, tomografía, entre otra aparatología pediátrica de complejidad media. En el Servicio de Diagnóstico por Imágenes respondieron que en función de la tecnología específica que poseen no sólo acuden usuarios que se atienden en los consultorios externos del hospital, sino también usuarios de los centros de atención primaria de la salud o del sector privado ya sea obras sociales específica de instituciones privadas o aquellas cerradas (como por ejemplo OSECAC como especificó un profesional), o que se atienden en un lugar en particular que puede no contar con la tecnología necesaria para realizar el estudio solicitado por el profesional. En este sentido, el profesional dio cuenta que la atención se realiza:

“tal vez porque en esas clínica no tienen esos estudios o son generales para adultos y no tienen la parte de pediatría. Éste es un hospital abierto, acá atendemos a todo el mundo” (Médico, Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Sbarra, 07/03/13).

El segundo aspecto que describe Donabedian (1996), el valor expresivo, cobra relevancia en este tipo de establecimientos ya que las problemáticas y emocionalidades presentes en este tipo de consultas lleva a que actitudes empáticas y el acercamiento del personal durante el proceso de atención sean aspectos valorados por los usuarios durante su trayecto por el hospital.

De esta manera, como ya se mencionó en este trabajo, la forma de relacionarse del personal de salud en general (no sólo de los profesionales) con los usuarios será un factor determinante a la hora de analizar la calidad de la atención

brindada y las estrategias de comunicación utilizadas por los trabajadores en su interacción con los usuarios.

Los entrevistados plantearon que el factor emocional cobra relevancia al ser un hospital pediátrico al que los padres llevan a sus hijos en la mayoría de los casos por un problema de salud. De acuerdo a las palabras de un entrevistado existen factores psicológicos o emocionales que tienen influencia en su interacción con otros que son comprendidas por los trabajadores del hospital, y agrega que *“la persona puede estar un poco nerviosa porque trae a su bebé enfermo”* (Administrativa, Área de Turnos, Hospital Sbarra, 28/02/13).

En este sentido, la actitud de las madres y/o padres en muchos casos es más demandante que en otro tipo de consultas ya que actúan como “intérpretes y decodificadores de las demandas del niño” (Masuet, 2010: 34), además de estar afectados emocionalmente por el problema de salud de su hijo/a, por lo que el profesional deberá orientar/ contenerlo además de prestarle atención al niño.

En tercer lugar, la comunicación con los usuarios, es un aspecto que no puede generalizarse para hablar de la calidad de la atención de un servicio de salud sino que, como dio cuenta este trabajo a través de las estrategias de comunicación anteriormente analizadas, forman parte de la cotidianeidad de los profesionales según su posicionamiento, ideología y forma de desenvolverse en la profesión.

Uno de los profesionales entrevistados respondió que es importante saber interpretar al otro, más allá de lo que los usuarios dicen con la palabra, *“porque no todas las enfermedades son orgánicas, a veces con lo que te cuentan te están diciendo algo (...) Prestar atención y escuchar a la madre porque ahí está la clave. No hay que quedarse sólo con el examen clínico”* (Médica, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Sor María Ludovica, 27/02/14).

Siguiendo con esta conceptualización de Donabedian (1996), uno de los profesionales entrevistados realizó una síntesis de cómo es considerada la calidad en las instituciones de salud al afirmar que

“una buena atención tiene que tener tres puntas: una es que el profesional que esté brindando la atención esté bien formado técnicamente y actualizado porque en este momento los avances son impresionantes y haber hecho un curso

hace 5 años no dice nada. Ese profesional tiene que tener la capacidad de ponerse en las necesidades del otro, en el lugar del que está demandando. El otro vértice es un lugar físico que esté adecuado y construido para que el paciente esté lo más comfortable posible. Creo que esa es una triada que tiene que ser al menos el piso” (Médica, Sala de Docencia e Investigación, Hospital Sbarra, 28/02/13).

En este marco, también puede mencionarse el concepto de accesibilidad social (Remorini y otros, 2007) cuyas características principales están enmarcadas en el tipo de relación que se genere entre usuarios y trabajadores en relación al trato amable, adecuación del vocabulario, comunicación fluida, confianza, respeto, información adecuada y oportuna, factores que se presenta esenciales para los usuarios a la hora de definir una buena atención.

“Yo creo que una buena atención tiene que empezar por el respeto. Yo creo que si vos tratás al otro con respeto y cordialidad, hay una buena atención. Si para empezar yo me paro frente al mostrador con una posición superior, obviamente eso no va a contribuir a una buena atención. Es fundamental el respeto, el respeto por el otro” (Administrativo, Área de turnos, Hospital Sbarra, 01/03/13).

En este marco, una profesional respondió *“Primero es el respeto al otro. Respetando a la madre porque viene con un montón de inquietudes, más cuando los chicos son más chicos, el temor al odontólogo es ancestral. Lo trae la madre y se lo transfiere al hijo. Entonces primero tenés que trabajar con la madre, respetar a la madre y es fundamental el respeto al chico. Primero por las edades que tienen entonces es fundamental que vos entiendas y conozcas la evolución de cada nene para poder atenderlo. No podés atender igual a un nene de 9 años que a un nene de tres. Ahí empieza tu función y es ahí donde encontrás el camino para abordarlo”* (Odontóloga, Servicio de Odontopediatría, Hospital Sbarra, 28/02/13).

A partir del análisis de las conceptualizaciones descritas en este trabajo por diversos autores y los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas tanto a personal de salud como a usuarios, pueden destacarse los siguientes aspectos a la hora de describir las consideraciones en torno a las estrategias de comunicación implementadas en pos de mejorar la calidad de la atención en estos hospitales:

- ofrecer un espacio accesible que posibilite y propicie la atención
- brindar un contexto de contención, ayuda y escucha
- posibilidad de los usuarios de expresarse libremente
- contención por parte del personal de salud
- respeto por el otro (destacado tanto por usuarios como por trabajadores)
- atención personalizada
- interacción fluida

De esta manera, puede verse la forma en que los usuarios y trabajadores privilegian aspectos relacionados a la comunicación y otros aspectos psico sociales para definir una consulta de calidad, basada principalmente en el diálogo entre profesionales y usuarios, en la escucha (*“Que siempre sea atento, detallista y que realmente le preocupe el paciente”* -Usuaría, Servicio de Neurología, Hospital Sor María Ludovica, 22/03/11-), la posibilidad y el tiempo para realizar preguntas y la solución efectiva del problema (diagnóstico y tratamiento). Asimismo es valorado el buen trato y la interacción (diálogo) con el médico como otro de los factores importantes de una buena consulta.

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

La comunicación en salud es un campo aún en desarrollo. Como se describió en este trabajo, a partir de la declaración de Alma Ata en 1978 y la Carta de Ottawa en 1986 se profundizó en el ámbito de la salud pública y colectiva la necesidad de propiciar estrategias de promoción y prevención de la salud, incluyendo para ello conceptos y nociones provenientes de las ciencias sociales y humanas como la comunicación, la antropología, la sociología y la psicología principalmente.

La evolución y fortalecimiento del campo se ha desarrollado desde una mirada instrumental de la comunicación (Waisbord, 2007) hacia una perspectiva tal como plantea Mosquera (2003) en donde las personas, sus perspectivas y experiencias se convierten en referentes para el diseño de los programas de comunicación en salud.

Al respecto, en nuestro país se ha producido un importante avance en las últimas décadas en el campo de la comunicación en salud, en donde destacamos las investigaciones de Petracci y Waisbord (2011), Obregón (2010), Regis (2006), Díaz y Uringa (2011) entre otros investigadores de reconocida trayectoria en la materia. Como se ha puesto de manifiesto en este trabajo, la comunicación en salud es un campo que se expandió a partir de una perspectiva interdisciplinaria, conformada por diversos saberes profesionales.

Es así como en este trabajo destacamos múltiples abordajes en el campo de la comunicación en salud, entre los que se destacan:

- un abordaje centrado en el uso de los medios masivos de comunicación para la difusión de información durante la realización de campañas de concientización y/o promoción y prevención de la salud. Esta línea de investigación analiza el rol de los medios durante brotes o epidemias como pueden ser la Gripe A, Fiebre Amarilla, entre otras.
- otra línea de investigación que focaliza en el rol o función de la comunicación en la promoción, prevención y educación para la salud, desde una perspectiva comunitaria y territorial.
- un enfoque que busca caracterizar las relaciones, interacciones y procesos comunicativos que se registran en las instituciones orientadas al proceso de atención de la salud, de especial relevancia para este trabajo.

En torno a este último, esto es, la comunicación al interior de los servicios de salud, se pone de manifiesto la importancia de considerar las particularidades de los actores y las características de cada contexto institucional y, en función de ello, las modalidades que asumen sus interacciones para el desarrollo e implementación de estrategias de comunicación al interior de este tipo de instituciones.

En este trabajo de investigación se buscó analizar los procesos comunicacionales al interior de instituciones de salud, con especial énfasis en las estrategias implementadas por el equipo de salud en su relación con los usuarios, y cómo este vínculo favorece/ dificulta el proceso de atención de los niños que concurren a estos hospitales.

En relación al papel que ocupan los distintos actores en el proceso salud/enfermedad/ atención, este trabajo buscó revalorizar la tarea de todo el personal de salud como partícipes necesarios dentro del proceso de atención y no sólo de los médicos o de los profesionales de la salud. Por ello se amplió el universo de

análisis hacia otros trabajadores en donde se incluyó psicólogos, odontólogos, enfermeros, farmacéuticos, administrativos, entre otros.

En cuanto al estudio de la relación médico- paciente, ha formado parte de las investigaciones de las ciencias sociales desde la década del '50, momento a partir del cual surgen numerosas investigaciones, entre las que se destacan las clásicas obras de Parsons, 1984; Goffman, 1967; Cartwright, 1964; Taylor y Bodgan, 1984 provenientes de la sociología y la antropología médica. Estos estudios analizan no sólo las interacciones verbales al interior de la consulta médica, sino también la comunicación no verbal como factores indisociables. Al mismo tiempo que focalizan acerca de la comunicación como un proceso en donde el profesional establece un vínculo con el usuario para poder realizar el diagnóstico a partir de la exploración de sus condiciones de vida y no sólo a través de los datos objetivos de la revisión clínica.

Por el contrario, la producción científica en torno a las modalidades que adquieren las interacciones entre estos trabajadores no médicos y los usuarios de hospitales así como los factores socioculturales que inciden en ella es aún escasa, por lo que son aspectos que deben profundizarse en futuras investigaciones, dada la centralidad de estos actores en el proceso de atención de la salud, y específicamente, su participación en la implementación de estrategias de comunicación orientadas a los usuarios, como hemos visto a lo largo de estas páginas.

De acuerdo a lo analizado como parte del Estado de Arte, la comunicación en instituciones de salud en la actualidad ocupa un lugar preponderante ya sea de manera formal, planificada y organizada a través de Planes de comunicación o Comités específicos que trabajen en pos de mejorar su funcionamiento dentro del hospital, como también de manera informal a través del accionar cotidiano, la implementación de distintas habilidades y tácticas del personal de salud en su relación con los usuarios. De esta manera debe ser analizada y estudiada como componente estratégico tanto en la gestión cotidiana de los hospitales públicos como también en la planificación y organización prospectiva.

Como componente estratégico de una organización, no se observó en los hospitales Sor María Ludovica y Noel Sbarra la existencia de áreas específicas de comunicación, sino que otras áreas o servicios realizan las actividades relacionadas con la comunicación interna y externa en muchos casos sin la capacitación o formación adecuada del personal. Es por ello que muchas veces la comunicación tanto al interior como al exterior del hospital se ve perjudicada por la falta de formación específica o capacitación en terreno del personal para realizar esas tareas. En este sentido, entendemos que la ausencia de áreas de comunicación como componentes de la estructura y organización hospitalaria supone una valoración respecto de la comunicación institucional y de cuál puede ser su aporte al proceso salud-enfermedad-atención.

Como consecuencia de situaciones coyunturales a nivel institucional y provincial, así como la elevada demanda que implica la tarea asistencial, la planificación e implementación de estrategias institucionales de comunicación queda relegada a un segundo plano. Así suelen priorizarse aquellos aspectos científicos y técnicos referentes al cuidado de la salud de los niños por sobre el fortalecimiento institucional de la comunicación, así como también la planificación de capacitaciones destinadas a los trabajadores en temáticas vinculadas a las interacciones entre usuarios y personal de salud.

De esta manera, estos resultados nos permiten contrastar positivamente las hipótesis de trabajo que proponían que en este tipo de instituciones la comunicación no se encuentra organizada, planificada ni uniforme en la mayoría de los casos, aunque sí en forma aislada y espontánea mediante la implementación de determinadas estrategias en particular.

Respecto de la caracterización de la relación del personal de salud con los usuarios realizada en este trabajo, ésta se ha basado en la identificación y descripción de:

- contexto institucional, la historia, los actores y los modos de organización de cada uno de los hospitales

- estrategias de comunicación utilizadas por los trabajadores del hospital en sus interacciones con los usuarios
- aspectos verbales y no verbales implicados en las interacciones y estrategias de comunicación
- perspectivas de los trabajadores en torno a los procesos comunicacionales que protagonizan cotidianamente como parte del proceso de atención de la salud de los usuarios
- perspectivas del usuario, entendiéndolo como un sujeto activo, que resignifica su rol dentro del proceso de atención.

En cuanto al rol de los usuarios, este trabajo puso énfasis en el reconocimiento de éstos como sujetos con derechos, obligaciones y responsabilidades dentro del proceso salud/enfermedad/atención, diferenciando las conceptualizaciones en torno al paciente con un rol pasivo dentro de este proceso, al mismo tiempo que se presenta como una instancia superadora en donde la persona puede elegir las alternativas o instancias del proceso a seguir.

A través de esta perspectiva, los diferentes actores en la institución tienen un rol activo en el proceso de comunicación a partir de la posibilidad de entablar un diálogo con el personal de salud, de cuestionar lo instituido, aquello que los trabajadores consideran que forma parte de la lógica institucional, a partir del reconocimiento que las inquietudes y preferencias del usuario también son válidas e importantes.

Los procesos comunicativos presentes en cada una de las instituciones tienen diferencias de acuerdo a las características y especificidades de cada una de ellas, tales como las “reglas” propias de cada institución que definen su comportamiento esperado (Parsons, 1981), las normas instituidas en cada una de ellas (Berger y Luckmann, 1969; Castoriadis, 1974), los procesos simbólicos y rituales (Vizer, 2006), entre otros.

Es así como nuestros resultados apoyan otra de las hipótesis planteadas, ya que en muchos de los casos analizados los trabajadores tienden a justificar las normas instituidas y así conseguir el mantenimiento de una forma institucional y perdurable, por ejemplo en cuanto a la organización de las tareas y el mantenimiento de roles tipificados según cada tipo de trabajador de la institución. Al respecto, si bien se observa reposicionamiento de los usuarios en un rol más activo, ello no significa necesariamente que estén en condiciones de cuestionar o impugnar determinadas modalidades de atención e interacción en las que prevalece una relación verticalista. En este sentido, si bien se registran transformaciones en los discursos de los trabajadores en torno a la relación entre pares y con los usuarios, resta evaluar de qué modo ésto conlleva cambios en las prácticas. Esto requiere de la ampliación de los contextos de observación, más allá de los considerados en este trabajo.

Los hospitales objeto de este estudio, Sor María Ludovica y Noel Sbarra, presentan diferencias en torno a la organización, funcionamiento y objetivos institucionales debido a la complejidad y patologías que trata cada uno (Interzonal de agudos en el primer caso y Zonal el otro). Sin embargo, no se registraron modalidades de atención de los profesionales contrastantes, sino que las diferencias de estos hospitales están dadas fundamentalmente por las demandas propias de su nivel de complejidad de atención (sectores de internación, equipamiento como por ejemplo), áreas y servicios específicos.

Nuestros resultados muestran similitudes en las modalidades de atención más allá de las diferencias de cada hospital, de modo que las estrategias implementadas por los trabajadores en la interacción con los usuarios no difieren en función de estas cuestiones estructurales o de funcionamiento institucional, sino que generalmente están dadas por las particularidades de los usuarios, sus complejidades o dificultades en la comprensión de un diagnóstico o tratamiento, entre otros factores relevantes que llevan a los trabajadores a implementar diversas acciones durante esas interacciones.

En este sentido, estos hallazgos nos permiten discutir otra de las hipótesis planteadas al inicio del trabajo. Al respecto, una hipótesis alternativa sería considerar que las relaciones que se producen al interior de los consultorios entre profesionales y usuarios están principalmente condicionadas por las particularidades de los actores que participan de esa interacción (su formación, competencias comunicativas, disposición, empatía y trayectoria previa) antes que por factores institucionales asociados a la organización y planificación de estrategias formales instituidas.

Como ya se mencionó, en los dos hospitales no existe una estrategia general de comunicación, por lo que las estrategias aisladas y particularizadas no sustituyen esa falta. En este marco, más allá que no existe una organización y planificación de la comunicación a nivel institucional, en el marco de las interacciones entre personal de salud y usuarios, distinguimos una serie de estrategias desarrolladas en cada uno de los hospitales, algunas de ellas sí planificadas, que fortalecen los procesos comunicacionales.

En primer lugar, en cuanto a las estrategias de comunicación externa utilizadas en estos hospitales, al momento de realizar este trabajo de investigación, en el Hospital Sor María Ludovica estaba vehiculizada exclusivamente a través de la página web de forma organizada, aunque no actualizada periódicamente, no implementando otro tipo de estrategias de comunicación institucionalizadas destinadas a los usuarios y la comunidad en general, como se pudo apreciar en la descripción y análisis de la cartelería, señalética y página web.

Por su parte, en el Hospital Noel Sbarra, más allá de no existir un área específica, la Sala de Docencia e investigación es la encargada de coordinar e implementar estrategias de comunicación a nivel institucional. En este sentido, se destaca la revista de divulgación comunitaria, la realización de afiches y folletos de educación y promoción de la salud y el control de la página web, Facebook y Twitter realizado por el área de Informática.

Es así como diferenciamos la perspectiva comunicacional de estos dos hospitales: mientras que en uno se realizan acciones con un fin en particular y aislado (por ejemplo la difusión de un evento o una actividad institucional) como es el caso del Hospital Sor María Ludovica, en el otro se realizan acciones e implementan estrategias de forma continua y sistematizada.

En segundo lugar, un hecho a resaltar en la formación de pregrado en el Hospital Noel Sbarra son las actividades de los alumnos de la Cátedra B de Pediatría (Facultad de Ciencias Médicas, UNLP) en donde realizan charlas, canciones o dramatizaciones en las salas de espera sobre cuestiones referentes a la promoción y prevención de la salud. Con este tipo de actividades se propende a un mayor acercamiento de los futuros profesionales con la comunidad (a través de la comunicación directa, sin intermediarios como podría ser un afiche/folleto), además de revalorizar la sala de espera como un espacio de aprendizaje para los usuarios.

Es así como destacamos que si bien se implementan estrategias aisladas, en el Hospital Sbarra con más sistematización y organización que en el Hospital Sor María Ludovica en donde son pocas las estrategias comunicacionales implementadas, una estrategia es un diseño articulado y coherente de todos los componentes, que responde a un propósito manifiesto y no alcanza con sumar iniciativas parciales.

Por otro lado, la planificación de estrategias de comunicación institucional debe contemplar el concepto de accesibilidad. En este sentido, los resultados nos permiten reconocer su relevancia a la hora de planificar e implementar estas estrategias en el marco de cada institución.

Tal como se describió en el trabajo ciertas características materiales y de los actores del hospital pueden facilitar u obstaculizar el acceso de los usuarios a la institución. En este sentido, debe evaluarse en qué medida existen condiciones que viabilizan la accesibilidad en cada contexto institucional, no sólo en lo que refiere al ingreso y circulación de los usuarios en el espacio, sino también en lo concerniente a todo el proceso de atención. Esto incluye el acceso a las distintas áreas o servicios así como también la posibilidad de los usuarios de vincularse con el personal de salud y resolver su demanda o problema de salud.

En este sentido, en los hospitales objeto de este estudio, hemos descrito la función que cumplen los cuidadores hospitalarios al orientar y acompañar a los usuarios durante su tránsito y recorrido por cada institución. Como se dio cuenta en este trabajo, principalmente en el Hospital Sor María Ludovica su rol es fundamental en el ingreso al hospital así como también en los accesos a los servicios ya que, en la mayor parte de los casos observados, son el primer recurso de consulta de los usuarios durante su trayectoria por el hospital.

También la accesibilidad social es otra de las dimensiones resaltadas en este trabajo que permite reconocer, analizar y comprender aquellos factores que afectan las relaciones interpersonales que se dan entre el personal de salud y los usuarios (trato amable, adecuación del vocabulario, comunicación fluida, confianza, respeto, información adecuada y oportuna). Entre estos factores se destaca en nuestro análisis la relación estrecha entre usuarios y administrativos quienes actúan como “intermediarios” o “traductores” (según su perspectiva) en la relación entre usuarios y profesionales.

En torno a esa relación, los profesionales destacaron el trato respetuoso como un hecho necesario para poder entablar un diálogo durante la consulta. En este marco, algunos autores referidos en este trabajo (Comes y otros, 2007; Alonso, 2012) aluden a la noción de “encuentros/desencuentros” y ponen de manifiesto la necesidad de pensar en estos términos a la hora de confeccionar diseñar y planificar estrategias para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud.

Tal como hemos caracterizado en el capítulo 4, las percepciones del personal de salud de estos dos hospitales en relación a la comunicación, se corresponde con las perspectivas contemporáneas que enfatizan en su carácter procesual y dinámico, en donde los usuarios son partícipes activos y contribuyen con sus experiencias y saberes a la interacción que se da en este contexto. En este sentido, esta visión se contrapone a la perspectiva instrumental que caracterizó las formulaciones tempranas sobre la comunicación en salud, tal como discutimos en el capítulo 1.

Muestra de ello son las consideraciones realizadas por algunos de los profesionales entrevistados acerca de la importancia de constatar la comprensión por parte de los usuarios acerca de la explicación de un diagnóstico o tratamiento. A fin de verificar que el/los usuarios hayan comprendido correctamente la explicación brindada en forma oral, los profesionales suelen recurrir a un conjunto de estrategias que incluyen demostraciones prácticas, ejercitaciones con la participación del usuario entre otros (por ejemplo cuando se prescribe la utilización de nebulizador o aerocámara).

Según los testimonios de los usuarios y profesionales, estos últimos buscan que el usuario comprenda, internalice y reflexione sobre el diagnóstico y/o tratamiento que le está explicando a través de la utilización de diversas habilidades como son las palabras, el lenguaje no verbal, los gráficos o la explicación manual/real de cómo funciona un determinado objeto. No obstante, algunos refieren a que hay un conjunto de profesionales que sólo brindan la información que ellos consideran necesaria sin verificar el entendimiento por parte de los usuarios, ni entablar un diálogo que permita a estos últimos expresar sus dudas o inquietudes respecto al diagnóstico o tratamiento. En estas circunstancias los usuarios suelen recurrir a otros profesionales o al personal administrativo.

Es así como se ha observado la implementación de estrategias de comunicación que tienden a configurar relaciones estrechas entre usuarios y personal de salud, tales como la personalización e identificación de los usuarios por nombre y apellido, la realización de consultas en espacios cerrados con mobiliario que posibilita el diálogo, la explicación detallada del diagnóstico y/o tratamiento poniendo en juego distintas habilidades y técnicas. En este aspecto, los profesionales intentan superar las limitaciones que suponen ciertos modos de relación que fueron caracterizadas por Menéndez (1997) como elementos constitutivos del modelo médico hegemónico.

Por el contrario, y producto no sólo de un cambio en las concepciones acerca de la comunicación, sino también de la inclusión de un enfoque biopsicosocial de la medicina o médico social (Menéndez, 1997; Laurell, 1982) en espacios de formación de posgrado, los profesionales entrevistados sostienen perspectivas acerca de la comunicación y el otro (usuario) que buscan propiciar

encuentros y diálogos, dándole un lugar a la perspectiva de este otro, atendiendo a la diversidad sociocultural que se pone de manifiesto en la consulta.

En este sentido, y contrariamente a lo que predecíamos al inicio de esta investigación, desde la perspectiva de la mayor parte de los trabajadores no prevalece una visión homogeneizante de los usuarios, sino que se relacionan con ellos en función de sus atributos, origen geográfico, socioeconómico y cultural. Es así como a la hora de explicar un diagnóstico o tratamiento buscan alternativas de expresión lingüística que puedan ser comprendidas por los usuarios de acuerdo a su nivel de lectoescritura (escritura, dibujo o búsqueda de una tercera persona que pueda comprender la explicación), diferencias culturales (reiterando las explicaciones, adaptando el lenguaje y utilizando palabras coloquiales), entre otras en donde prevalece la identificación de la singularidad de las personas al momento de su atención.

Este papel “dialógico y dialéctico de las interacciones” (Bohorqués y otro, 2005) entre trabajadores y usuarios, brinda herramientas que posibilitan que el diagnóstico pueda realizarse a partir de la contextualización de los hábitos, rutinas y costumbres de ese niño. En esta línea, el papel de la madre/padre y/o acompañante durante el proceso de atención es revalorizado por los trabajadores al incluirlos tanto en la consulta médica (brindando información al profesional acerca de la salud del niño y sus hábitos familiares) como también después de la misma como actores claves en el tratamiento, seguimiento y evolución de la salud del niño.

Asimismo nuestro análisis destaca la revalorización del rol del personal administrativo por parte de los usuarios, ya que no sólo cumplen funciones informativas y orientativas para con la comunidad, sino que también son intermediarios y nexos entre los usuarios y los profesionales. Como se afirmó en esta tesis, al ser la primera “cara visible” al momento de ingresar a la institución cumplen un rol comunicador (Kulekdjian, 2010) que posibilita u obstaculiza el proceso de atención.

Es así como todo el personal de salud en su cotidianeidad laboral utiliza diversas habilidades comunicacionales que le permiten relacionarse con los usuarios durante su trayectoria por el hospital. Por ello no hablamos solamente de

los profesionales de la salud como los “artífices” de la salud de los niños, sino que comprendemos la diversidad de los roles y funciones del resto del personal de salud y la necesidad del trabajo mancomunado para alcanzar la calidad de la atención.

Tal como se pudo ver en este trabajo, puede afirmarse que la institución y sus prácticas comunican, ya que todas las acciones de los trabajadores de salud durante el proceso de atención, por acción o por omisión, forman parte de la comunicación con los usuarios que acuden a este tipo de establecimientos de salud.

Los distintos actores son parte del proceso de atención y facilitan que el niño que concurre al hospital con sus padres pueda ser recibido, orientado, atendidos, diagnosticado y abandone la institución con un tratamiento que le permita mejorar su salud y/o prevenir enfermedades. Desde el cuidador hospitalario que orienta, el administrativo que asigna un turno y cumplimenta la documentación necesaria, el profesional que atiende, el técnico que le realiza los estudios complementarios, el bioquímico que efectúa un análisis clínico, la enfermera que vacuna, cuida o suministra un medicamento o el personal de limpieza que se ocupa que el ámbito de atención sea el apropiado, todos los trabajadores cumplen roles claves dentro del proceso de atención. En este contexto en donde todo el personal de salud ocupa importantes roles, la tarea de los profesionales será clave, pero no excluyente dentro del proceso integral de atención.

En cuanto a la atención profesional en los dos hospitales pediátricos estudiados, a través del trabajo realizado se puede concluir que los principales aspectos que emergen como determinantes para que las interacciones sean dialógicas y fluidas, tanto desde las perspectivas de los trabajadores como de los usuarios son:

- ✓ Comunicación verbal, que tiende a privilegiar el lenguaje coloquial por sobre el léxico y la jerga profesional en pos de la comprensión del usuario.

Asimismo el tono de la voz, la manera en que ese profesional se expresa, define el tipo de relación que entable y marca el grado de

acercamiento que quiera realizar con las madres/padres y con los niños.

- ✓ Comunicación no verbal: formas de desenvolverse de los trabajadores, sus actitudes, gestos, miradas, contacto con el otro, entre otros.
- ✓ Ámbito donde se produce la interacción: los consultorios de los hospitales estudiados propician el diálogo y la interacción ya que no sólo poseen un espacio destinado a la revisión (camilla por ejemplo), sino que también hay un espacio que propicia el diálogo y el intercambio entre profesional y usuario (escritorio y sillas).
- ✓ La duración de la consulta que difiere en función de la naturaleza de la práctica o de la consulta, el servicio en el que se realiza, las características del profesional y particularidades de los usuarios. En este tipo de instituciones de salud pública el tiempo de la consulta también está sujeto a la cantidad de usuarios que debe atender cada profesional por día, como consecuencia de la sobredemanda del sector y la falta de profesionales para tal demanda.

En lo referente a la consulta profesional, la entrevista cumple una función que excede lo meramente informativo, sino que se presenta en la mayoría de los casos como una instancia de enseñanza-aprendizaje (Rodríguez Arce, 2008), en donde a partir del intercambio de ideas entre profesional y usuario pueda lograrse el mutuo conocimiento. Esta reflexión con el otro acerca del cuidado de la salud de los niños a partir de la conversación que propicia el profesional, permitirá el acuerdo acerca de comportamientos y hábitos a seguir para mejorar la salud de los niños.

Al mismo tiempo, el diálogo y la comunicación del personal de salud con los niños/as es un factor relevante para que se produzca el éxito del tratamiento ya que es indispensable que se produzca un espacio de intimidad que posibilite el

diálogo para poder realizar la revisión médica y diagnóstico al niño, y llevar adelante luego el tratamiento o cuidado de la salud.

En muchos casos los profesionales u otro integrante del equipo de salud buscan lograr una relación cercana para entablar una conversación que permita comprender el problema de salud que tiene a partir del relato del niño y la aplicación de técnicas o habilidades para acercarse a ellos como puede ser la palabra, la escritura (dibujo) o la comunicación no verbal. Estos comportamientos de los profesionales son diferentes de acuerdo a la edad de los niños y el tipo de relación que se busque alcanzar.

Los profesionales entrevistados reconocieron que existen acuerdos tácitos, (siempre y cuando no sea una patología aguda) que permiten adelantarle aquello que le deberán realizar para llevar a cabo el diagnóstico. Es así como los profesionales implementan determinadas estrategias para fortalecer su relación con los niños y sus madres/padres y así avanzar hacia la solución del problema de salud.

En la mayor parte de los entrevistados (sobre todos en aquellos profesionales de amplia trayectoria) estas competencias y habilidades en torno a las relaciones interpersonales no formaron parte de su formación profesional tanto en pregrado como en posgrado en muchos casos, sino que fueron incorporadas a través de la experiencia práctica durante sus trayectorias académicas y de trabajo en servicios de salud. La ausencia de una formación sistemática en estos aspectos, y la necesidad de desarrollar habilidades comunicativas en situaciones reales y no como parte de un aprendizaje “teórico” favorece la estrategia de “prueba y error” lo que da inicio a un proceso reflexivo sobre las prácticas.

En este sentido pueden resaltarse, como hechos positivos al respecto, los cambios en la formación de los profesionales médicos a través de la incorporación de la residencia en clínica pediátrica comunitaria (primero en el Hospital Sbarra y luego incorporando sus contenidos al resto de las residencias de clínica pediátrica de la provincia de Buenos Aires) con contenidos sociales que buscan incorporar competencias y habilidades no aprendidas en la formación de grado e instaurar en los residentes postulados provenientes de la prevención y educación para la salud.

De esta manera, los resultados de este trabajo muestran la necesidad de incorporar en las instancias formativas que aún no existe como la formación de grado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata, por ejemplo, entre otras Universidades Nacionales, y/o profundizar en el postgrado contenidos que brinden herramientas a los profesionales en su interacción con los otros (no sólo usuarios, sino que también puede ampliarse a las relaciones con el resto del personal de salud, la conformación de equipos de trabajo, comunicación interna, entre otros).

La formación en el marco de las Residencias que brinda el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires podría constituir un escenario propicio para la incorporación de contenidos o materias de comunicación.

También sería valiosa la creación de residencias provinciales para Licenciados en Comunicación Social que permitan que estos profesionales puedan insertarse en los equipos de salud de los hospitales y así aportar al diseño e implementación de estrategias de comunicación en los hospitales bonaerenses, fortaleciendo equipos de salud interdisciplinarios, como un requisito central que emerge de las conceptualizaciones contemporáneas en torno al valor de la comunicación en el ámbito de la salud pública, discutidas en las primeras páginas de este trabajo.

Al respecto, un ejemplo de este tipo de iniciativas es la Residencias Interdisciplinarias de Educación y Promoción de la Salud del gobierno de la ciudad de Buenos Aires, que funciona desde el año 1987 y cuenta con una amplia gama de profesiones entre las que se encuentran los comunicadores. Esta residencia tiene como finalidad la identificación de problemáticas de salud-enfermedad y la planificación e implementación de estrategias socio-sanitarias, comunicacionales, educativas y organizacionales, a través de la gestión interdisciplinaria e intersectorial.

Es así como la comunicación en salud es un campo que no sólo ha evolucionado en función de su objeto de estudio, sino también en su incipiente y lenta incorporación en la cotidianeidad de las instituciones de salud.

En función de ello, y a pesar de los avances en el campo, en los hospitales en los que se trabajó la comunicación institucional ocupa un lugar secundario privilegiando los desarrollos técnicos y científicos por sobre el fortalecimiento de las áreas destinadas a tal fin.

Por último, y a modo de cierre, resulta pertinente resaltar algunas de las estrategias implementadas en los hospitales objeto de este estudio que buscan mejorar la comunicación con los usuarios.

En primer lugar, resultan valiosas las acciones desarrolladas en las salas de espera del Hospital Sbarra para fortalecer los vínculos con la comunidad a través de estrategias de prevención y promoción de la salud. Las charlas, canciones, dramatizaciones, entre otros, que se realizan en la sala de espera de los consultorios externos además de contribuir a la capacitación específica, también es una metodología de enseñanza/aprendizaje que contribuye a la formación social de los futuros profesionales.

En segundo lugar, otras de las acciones ya implementadas en los hospitales, más específicamente en el Hospital Sbarra, que tienden a mejorar la comunicación con los niños son las motivaciones que se realizan en pos de generar vínculos estrechos con los niños que posibiliten las consultas odontológicas. Estas acciones, organizadas desde el Servicio de Odontopediatría, son un ejemplo a seguir en otros servicios de estas características (obviamente no apto para patologías agudas o de rápida resolución) para incentivar las interacciones entre los niños y los profesionales durante la consulta.

Por otro lado, en función del análisis realizado, se desprenden como posibles de aplicación en estas u otras instituciones de salud públicas las siguientes estrategias.

En primer término, a partir de la identificación de la valoración que realizan los usuarios del reconocimiento y personalización de los trabajadores no sólo en función de la tarea que realizan sino también su identificación a partir del nombre, apellido y cargo, surge la necesidad en estos dos hospitales de implementar

acciones que tiendan a fortalecer el reconocimiento del personal por parte de los usuarios. Esta deficiencia actual que sucede en la mayoría de los servicios de estos dos hospitales, puede solucionarse con un compromiso del personal de salud para la utilización de distintivos que los personalicen.

En cuanto al ámbito de atención del personal administrativo, la actual estructura edilicia dificulta en muchos casos la posibilidad de diálogo entre personal administrativo y usuarios. De esta manera, los vidrios se presentan como un obstáculo para la comunicación en estos ámbitos perjudicando en la mayoría de casos que se produzcan conversaciones fluidas como consecuencia de este tipo de barreras físicas.

En torno a los cuidadores hospitalarios, su rol como facilitadores del proceso de atención de los usuarios podría verse fortalecido, si se incluyera en su capacitación aspectos vinculados a la comunicación con los usuarios.

Por último, la duración de las consultas puede ser otro de los aspectos a considerar y evaluar en pos de mejorar los espacios de intercambio entre profesionales y usuarios. Tal como dio cuenta el trabajo, la actual organización de la atención tiende a perjudicar el diálogo durante la consulta a través del condicionante del tiempo. Este aspecto no sólo debería ser analizado como parte de una estrategia institucional de fortalecimiento de las relaciones interpersonales.

Así, los resultados de esta investigación dejan abierto la posibilidad de plantear nuevos objetivos y problemas a abordar futuras investigaciones e intervenciones que fortalezcan el campo de la comunicación en instituciones de salud:

- Estrategias de educación, prevención y promoción de la salud en el marco de hospitales públicos. El estudio de este tipo de estrategias siempre fue planteado desde la salud pública y la medicina, sin embargo aún no se ha profundizado lo suficiente como objeto de estudio dentro de la comunicación.

- Interacciones entre usuarios y otros trabajadores de la salud, exceptuando profesionales, personal administrativo, entre otros.

En este sentido, este trabajo pretendió ampliar el campo de la relación médico-paciente predominante en los estudios de las ciencias sociales hacia otros profesionales, personal administrativo, cuidadores hospitalarios, entre otros trabajadores. Sin embargo, se abren nuevos interrogantes de las interacciones entre usuarios y otros trabajadores durante el proceso de atención que debe ser profundizado en el marco de las investigaciones realizadas desde la comunicación y salud en otro tipo de instituciones de salud (hospitales públicos para adultos, centros de salud, entre otros).

- Análisis e implementación de estrategias de comunicación interna que tiendan a fortalecer los procesos de comunicación al interior de los establecimientos de salud.

Esta investigación pretendió dar cuenta de cómo son los procesos comunicacionales al interior de los hospitales pediátricos de la ciudad de La Plata. Los resultados obtenidos no agotan el tema sino que abren nuevos interrogantes acerca de las particularidades de estas interacciones y las estrategias implementadas por el personal de salud en su tarea diaria.

Durante el recorrido de esta tesis, me encontré con diversas historias, vivencias y trayectorias que no sólo me enriquecieron como investigadora, sino también como persona a través de las experiencias de los usuarios y personal de salud entrevistado para esta tesis. Por eso en estas últimas líneas quiero expresar mi reconocimiento a todas esas personas que concurren a los hospitales públicos para buscar la mejor calidad de vida para sus hijos, así como también al personal de estas instituciones públicas de la provincia que con los recursos con los que cuentan contribuyen a esa mejora.

BIBLIOGRAFÍA

- Agar M. 1986. *Speaking of ethnography*. Newbury Park: Sage Publications.
- Alfaro, Rosa María. 1993. *Una comunicación para otro desarrollo*. Editorial Calandria. Lima, Perú.
- Almeida Celia. 2000. *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Resultados, evaluación de actividades y desarrollo futuro de la Red. Cuadernos para discusión. Número 1. Río de Janeiro, Brasil.*
- Amescua, Manuel y Gálvez Toro, Alberto. 2002. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, Septiembre- Octubre, Vol. 76, número 5. Ministerio de Sanidad y Consumo España. PP.423-436. www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/170/17076505.pdf. Fecha de consulta: 08/09/09.
- Astigarraga, María Fernanda; Simonetti Estela; Zorzoli María Cristina; Casana, Noemí y Vojkovic, María Clementina. 2007. *Docencia e Investigación en salud: experiencia desde un hospital pediátrico*. Trabajo presentado en la Jornada “El trabajo de los profesionales de la salud y la formalización de su práctica”, organizada por la Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La Plata, 16 octubre.
- Banchs R, María Auxiliadora. 2007. Entre la ciencia y el sentido común: representaciones sociales y salud. En *Representaciones Sociales. Teoría e*

Investigación. Coord. Rodríguez Salazar, Tania y García Curiel, María de Lourdes. Universidad de Guadalajara, Editorial. Méjico.

- Basambrío A, Carrozi B, Gennari L, Weller S (2005). "Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD): Herramientas para su desarrollo". Coordinación SIDA, Buenos Aires: Secretaria de Salud, 2005.
- Baylon, Christian y Mignot Xavier. 1994. La comunicación. Ediciones Cátedra S.A. Madrid, España.
- Beltrán S., Luis Ramiro. 2011. Comunicación para la salud del pueblo: una revisión de conceptos básicos. OPS/OMS. La Paz, Bolivia.
- Berger, Peter y Luckmann, Thomas. 1968. La construcción social de la realidad. Editorial Amorrortu. Barcelona, España.
- Bohórquez, Francisco. 2004. El diálogo como mediador de la relación médico - paciente. En: Revista ieRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa [en línea]. Vol.1, No.1 (Julio- Diciembre). Disponible en Internet: <<http://revista.iered.org>>. ISSN 1794-8061
- Bohórquez, Francisco y Jaramillo, Luis Guillermo. 2005. El diálogo como encuentro: aproximaciones a la relación profesional de la salud-paciente. En Revista INDEX de Enfermería Digital No. XIV; Otoño Vol 50. Madrid, España.
- Bourdieu, Pierre. 2007. Estructuras, habitus y prácticas en El sentido práctico. Siglo Veintiuno Editores. Buenos Aires, Argentina.
- Breilh, Jaime. 2003. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- Canovaca Vega, Ana María. 2010. Perfil Comunicacional del Médico de Atención Primaria en las consultas de demanda: Validación de un cuestionario. Universidad de Córdoba. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina. Córdoba: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. España.

- Carballeda, Alfredo. 2012. “La accesibilidad y las políticas de salud”, en Revista Sociedad. Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Buenos Aires, Argentina.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 1986. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Organización Mundial de la Salud. Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Ontario, Canadá.
- Casas Laura. 2008. La comunicación para la salud: prácticas diversas, saberes concurrentes y problemas comunes. 10º CONGRESO REDCOM “Conectados, Hipersegmentados y Desinformados en la Era de la Globalización”. Facultad de Artes y Ciencias. Universidad Católica de Salta. Salta
- Castoriadis, Cornelius. 1975. La institución imaginaria de la sociedad. Editorial Tusquets, Buenos Aires, Argentina.
- Clemente, Adriana; Molina Derteano, Pablo y Roffler, Erika. 2014. Pobreza y acceso a las políticas sociales. El caso de los jóvenes en el conurbano bonaerense. Disponible en ww.sociales.uba.ar/wp-content/.../S86-DOSSIER-CLEMENTE.pdf (Fecha de Consulta 14/05/15).
- Cófreces, Pedro; Ofman, Silvia y Stefani, Dorina (2014). La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. Revista de Comunicación y Salud. Vol. 4, pp. 19-34. Madrid, España.
- Coe, Rodney M. 1984. Sociología de la medicina. Editorial Alianza. Madrid, España.
- Coe, Gloria A.1998.Comunicación y promoción de la salud. Disponible en <http://chasqui.comunica.org/coe.htms>. Chasqui N- 63. Fecha de consulta: 07/07/09.

- Comelles, Josep María y Martínez Hernández, Ángel. 1993. Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología social y la Medicina. Editorial Eudema. Madrid, España.
- Comes, Yamila; Solitario, Romina; Garbus, Pamela; Mauro, Mirta; Czerniecki, Silvina; Vázquez, Andrea; Sotelo, Romelia; Stolkner, Alicia. 2007. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anu. investig. (On-line) v.14 Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene./dic. ISSN 1851-1686.
- Córdova Plaza, Rosío. 2003. En concepto de habitus de Pierre Bourdieu y su aplicación a los estudios de género. Colección Pedagógica Universitaria N-20. Julio-Diciembre. Universidad Veracruzana. Veracruz, México.
- Cresswell, Robert y Maurice Godelier. 1981. Útiles de encuesta y de análisis antropológicos. Editorial Fundamentos. Madrid, España.
- Crivos, Marta A. 1988. Estudio Antropológico de una Sala de Hospital. Medicina y Sociedad. Vol. 11- Nos 5/6- Septiembre- Diciembre. Págs. 127-137. Buenos Aires, Argentina.
 - 1995. Metodología etnográfica y juegos de lenguaje. Revista del Museo de La Plata. Tomo IX. Antropología N-75. ISSN 0376-2149. Págs. 239- 263. La Plata, Argentina.
- Cuberli, Milca. 2009. Tecnologías de las relaciones: escucha, asesoramiento, testeo y comunicación en VIH/sida. Ponencia presentada en VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani- Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
 - 2008. Comunicación política, interpersonal y mediática: aportes para pensar la relación Comunicación, Salud y VIH-sida. Anagramas, Volumen 7 No. 13, pp. 77-89. ISSN 1692-2522. Junio/diciembre, 232 p. Medellín, Colombia.

- 2008. “Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción”. Revista Question, número 18, FP y CS, La Plata
- 2007. Acerca de la Promoción de la salud y una perspectiva comunicacional como proceso social en el campo de la salud”. IV Jornadas de Jóvenes Investigadores, Instituto de Investigaciones Gino Germani. Buenos Aires, Argentina.
- Cuberli, Milca; Casas, Laura y Demonte, Flavia. 2005. “La Comunicación en el ámbito de la salud: Perspectivas para repensarla” en Revista Salud y Población N°4. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
- Cuesta, Cambra, Ubaldo; Menéndez Hevia, Tania y Ugarte Iturrizada, Aitor (coordinadores). 2011. Comunicación y Salud: nuevos escenarios y tendencias. Editorial Complutense S.A. Madrid, España.
- Cuesta, Cambra, Ubaldo; Ugarte Iturrizada, Aitor y Menéndez Hevia, Tania (coordinadores). 2008. Comunicación y Salud: avances en modelos y estrategias de intervención. Editorial Complutense S.A. Madrid, España.
- Cuminski, Marcos. 2000. Meditaciones de fin de siglo. Arch. Argent. Pediatría; 98(1): 51.
- Danet, Alina; Escudero, María José; Prieto, María Ángeles y March Cerdá, Joan Carles. (2012). Comunicación paciente-médico y toma de decisiones en salud en Andalucía. Expectativas de pacientes crónicos del SSPA. Revista de Comunicación y Salud. Vol.2, n°2 pp. 63-77.
- Del Valle Rojas, Carlos. 2003. Comunicar la salud: entre la equidad y la diferencia. Ediciones Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.
- Del Valle Rojas, Carlos y Cofré Soto, Ester. 2009. Comunicar la salud en contexto: crítica y praxis educomunicativa. Tempus- Actas de Saúde Colectiva, Vol. 3, n° 1, p. 38-48, jan./ mar.

- Denzin, Norman. Strategies of multiple triangulation. 1978. En: Denzin N. (Ed.). The Research Act: A theoretical Introduction to Sociological Methods. McGraw-Hill. Nueva York, Estados Unidos.
- Díaz, Hernán y Uranga, Washington. 2011. Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. Revista de Comunicación y Salud. Vol.1, nº 1, pp. 113-124.
- Diez, Patricia; Ghitia, Adriana; Jait, Andrea y Oliva, Karina. 2003. “Buenos Aires 2003”, una experiencia innovadora de comunicación en salud. Disponible en:

www.catedras.fsoc.uba.ar/zucchelli/BuenosAiresSalud2003unaexperienciainnovadora.pdf Fecha de consulta: 08/08/09.
- Doise, Wilhem. 1986. Las representaciones sociales: definición de un concepto. En W. Doise y A. palmonari (dir). Los estudios de las representaciones sociales. Lausanne: Delachaux & Niestré. Barcelona, España.
- Donabedian, Avedis. 1966. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund quart. Vol. 44, No. 3, Part 2: Health Services Research I. A Series of Papers Commissioned by the Health Services Research Study Section of the United States Public Health Service. Discussed at a Conference Held in Chicago, October 15-16, 1965 (Jul, 1966), pp. 166-206. Chicago, Estados Unidos.
- Douglas, Mary. 1996. Cómo piensan las instituciones. Trad. de J. A. López de Letona y G. Gil Catalina. Editorial Alianza. Madrid, España.
- Doval H C. 2007. Malestar en la Medicina. Insatisfacción y descontento en los médicos. Revista Argentina de Cardiología; 75: 336-339.
- Epstein, Isaac. 2004. Comunicación y Salud. UMESP, Cátedra UNESCO, São Paulo/UNICAMP, Campinas. Disponible en

[http://www.eca.usp.br/alaic/boletin16/Comunicaci%F3n%20y%20Salud%20\(M%20Guardia\)%20.htm](http://www.eca.usp.br/alaic/boletin16/Comunicaci%F3n%20y%20Salud%20(M%20Guardia)%20.htm). Fecha de consulta: 30/04/11

- Evans Pritchard, Edward Evan. 1972. Los Nuer. Editorial Anagrama. Barcelona, España.
- Foucault, Michel. 1991. Las redes de poder. Editorial Almagesto, Colección Mínima. Buenos Aires, Argentina.
 - 1984. Cómo se ejerce el poder. Disponible en <http://www.unizar.es/deproyecto/programas/docusocjur/FoucaultPoder.pdf>. Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2014.
- Glaser, Barney y Strauss, Anselm. 1967. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Aldine Publishing Company. Nueva York, Estados Unidos.
- Godelier, Maurice. 1990. Los baruya de Nueva Guinea: un ejemplo reciente de subordinación económica, política y cultural de una sociedad “primitiva” a Occidente. Editorial Akal. Madrid, España.
- Goffman, Erving. 1967. Interaction Ritual, essays on face-to-face behavior. Anchor Books. Nueva York, Estados Unidos.
- González Gartland, Georgina. 2007. Las estrategias de Comunicación gráfica del Programa REMEDIAR. Memorias de las XI Jornadas Nacionales de Investigadores en Comunicación. UNCUIYO, Mendoza, Argentina.
- Good, Byron J. 1994. Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- Grimberg, Mabel; Wallace, Santiago; Margulies, Susana. 1994. "Construcción Social y Hegemonía: Representaciones Médicas sobre el Sida. Un abordaje antropológico" en Kornblit, A. (comp.) Sida y Sociedad. Espacios/ Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales. Buenos Aires.
- Gumucio Dagron, Alfonso. 2002. Comunicación para la salud: el reto de la participación. Revista Electrónica Agujero Negro, núm. 1. La Paz, Bolivia.

- 2010. Cuando el doctor no sabe. Comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación y participación. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, vol. XVI, núm. 31, 2010, pp. 67-93, Universidad de Colima. México.
- Hall, Edward T. 1978. *Más allá de la cultura*. Editorial Gilli. Barcelona, España.
- Hall, Stuart (ed.). 1997. *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices*. Sage Publications. Cap. 1, pp. 13-74. Traducido por Elías Sevilla Casas. London.
 - 1998 “Significado, representación ideología: Althusser y los debates posestructuralistas”. En CURRAN, J., MORLEY, D. y WALKERDINE, V. (comp). *Estudios culturales y comunicación*. Editorial Paidós. Barcelona, España.
- Hammersley, Martyn y Atkinson, Paul. 1994. *Etnografía. Métodos de Investigación*. Editorial Paidós Ibérica. Barcelona, España.
- Idoyaga Molina, Anatilde. 2000. La Calidad de las prestaciones de salud y el punto de vista del usuario en un contexto de medicinas múltiples. *Scripta Ethnologica*. Vol. XXII. 21-86.
- Jodelet, Denise. 1985. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En *Psicología Social* (S. Moscovici org.). Editorial Paidós. Barcelona, España.
 - 1991. "Representaciones sociales: un área en expansión". En: Páez, D. y otros (comps.): *Sida: imagen y prevención*. Ed. Fundamentos, España.
- Kaminsky, Gregorio G. 1994. *Dispositivos Institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

- Lalonde, Marc. 1996. El concepto de campo de la salud: una perspectiva canadiense. En: Promoción de la Salud: Una Antología, OPS- OMS, DC, Publicación Científica N° 557. Washington, Estados Unidos.
- Lavielle-Sotomayor, María del Pilar; Cerón-Ruiz, Maricela, Tovar-Larrea, Patricia y Bustamante-Rojano, Juan José. 2008. Satisfacción con la atención a la salud. La perspectiva del usuario. Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social; 46 (2): 129-134. México.
- Laurell, Assa Cristina. 1982. La salud-enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico Sociales N° 19. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS). Rosario, Argentina. pp. 7-20.
- Loewy, Matías y Petracci, Mónica. 2014. Salud y noticiabilidad: estudio cualitativo sobre las perspectivas de periodistas de medios gráficos de Argentina. XII Congreso ALAIC. Lima Perú. ISSN 2179-7617.
- Luxardo, Natalia. 2005. Cáncer: Historia, representaciones y Terapias. Tesis de Maestría presentada en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Buenos Aires, Argentina.
- Maglio, Francisco. 2008. El modelo médico-hegemónico, la medicina basada en la evidencia y la medicina basada en la narrativa: un triángulo inquietante. Posgrado de Especialización en Economía y Gestión de Servicios de Salud. Departamento de Economía de la Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca, Argentina.
 - 2001. Ética médica y bioética. Aspectos conceptuales. Comité de Bioética del Hospital Muñiz. Buenos Aires, Argentina.
- Malinowski, Bronislaw. 1973. Los argonautas del Pacífico Occidental: un estudio sobre comercio y aventura entre los indígenas de los archipiélagos de la Nueva Guinea melanésica. Editorial Península. Barcelona, España.

o 1964 [1923]. El problema del significado en las lenguas primitivas. En: C.K. Ogden y L.A. Richards: El significado del Significado. Una investigación acerca de la influencia. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

- Maqueda Martínez, M. Ángeles e Ibáñez, Luís Martín. 2012. La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. Revista Española de Comunicación y Salud. 3, (2). 158-166. Madrid, España.
- Martínez, Ángel. 1996. Antropología de la salud. Una aproximación genealógica. En Ensayos de antropología cultural. Joan Prat y Ángel Martínez Editores. Editorial Ariel, Barcelona, España.
- Massoni, Sandra. 2007. Tres movimientos y siete pasos para comunicar estratégicamente publicado en el libro "Estrategias. Los desafíos de la comunicación en un mundo fluido". Homo Sapiens Ediciones. Rosario, Argentina.
- Mata, María Cristina. 1985. Nociones para pensar la comunicación y la cultura masiva. Módulo 2, Curso de Especialización de Educación para la Comunicación. La Crujía. Buenos Aires, Argentina.
- Matus, Carlos. 2007. Teoría del juego social. Ediciones de la UNLa, Remedios de Escalada. Buenos Aires, Argentina.
- Mauro, Mirta; Solitario, Romina; Garbus, Pamela y Stolkiner, Alicia. 2006. La accesibilidad a los servicios de salud: una experiencia con adultos mayores de 59 años. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Menéndez, Eduardo. 1986. Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. Revista Cuadernos médico sociales / Centro de Estudios Sociales y Sanitarios, Asociación Médica de Rosario. Rosario, Argentina.

- 1988. Modelo Médico hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención primaria de la salud. Págs. 451-464. Buenos Aires, Argentina.
- 1994. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? En ALTERIDADES, 4 (7): Págs. 71-83. Departamento de Antropología de la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa. Méjico.
- 1997. El punto de vista del actor. Homogeneidad, diferencia e historicidad. Relaciones 69:237-271. Méjico.
- Moore, Philippa.; Gómez, Gricelda; Kurtz, Suzanne. y Vargas, Alex. 2010. La comunicación médico - paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? Revista Médica de Chile. Vol. 138, pp. 1047-54.
- Moscovici, Serge. 1979. El Psicoanálisis, su imagen y su público. Ed. Huemul, 2da. Edición. Buenos Aires, Argentina.
- Mosquera, Mario. 2003. Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa, 1985. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf?ua=1. Fecha de consulta: 20/10/14.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. 1986. Carta de Ottawa. Primera Conferencia Mundial de Promoción para la Salud. Disponible en
www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf. Fecha de consulta: 24/06/11.
- Organización Panamericana de la Salud. 1992. “Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La participación social en el desarrollo de la salud”. Documento de trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Serie PALTEX N° 10, OPS, Washington DC.

- 1999. Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud. Washington DC: Serie Paltex.
 - 2001. Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Familiar y Población Unidad Técnica de Salud y Desarrollo de Adolescentes Organización Panamericana de la Salud. Fundación W.K. Kellogg. Washington DC.
- Outomuro, Delia y Actis, Andrea Mariel. 2013. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica Revista Médica de Chile Vol. 141 N- 3. Santiago de Chile, Chile.
- Pasquali, Antonio. 1985. Comprender la comunicación. Monte Ávila Editores. Caracas, Venezuela.
- Petracci, Mónica. 2004. Salud, derechos y opinión pública. Editorial Norma. ISBN 987-545-178-9. Buenos Aires, Argentina.
 - 2005. La perspectiva de los profesionales de la salud sobre la calidad percibida por los usuarios/as: dos opiniones en coincidencia. Revista Question. Vol 1, Núm 7. Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Unlp. La Plata, Argentina.
- Petracci, Mónica, Quevedo, Luis y Vacchieri, Adriana. 1998. “Las políticas comunicacionales del SIDA y del cólera”. 1998. En Mendes Diz, A., Findling, L., Petracci, M., Federico, A. (compiladoras) 1998. Salud y población. Cuestiones sociales pendientes. Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- Petracci, Mónica; Cuberli, Milca y Palopoli, Andrea. 2010. Comunicar la salud: una propuesta teórica y práctica. Trabajo galardonado en el Concurso de Honor de la Educadora Haydee de Luca “Determinantes de la Salud, CAESPO. Disponible en http://gecys.blogspot.com/p/escritos_16.html. Fecha de consulta: 10/05/11.

- Petracci, Mónica y Waisbord, Silvio (comps.). 2011. Comunicación y Salud en Argentina. La Crujía Ediciones. Buenos Aires, Argentina.
- Picard, Dominique. 1992. Capítulo 1: El análisis conversacional en La interacción social. Editorial Paidós. España.
- Pittman, Patricia. 1999. Género y calidad de atención: el caso de hipertensión arterial y diabetes en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires, Argentina.
- Poccioni, María Teresa; Esnaola, Fernanda y Remorini, Carolina. 2007. “El trabajo cotidiano en los hospitales públicos: la mirada de los trabajadores. Programa de mejora de la Atención a la Comunidad. Subsecretaría de Planificación de la Salud. MSPBA”. Ponencia presentada a las XVII Jornadas Nacionales y XVI Internacionales de AES. ARG. Tucumán, 27 y 28 de agosto. Argentina.
- Puerto Ortuño María. 2007. La satisfacción de los usuarios en un servicio público de salud (CMS) es variable, en función del trato que reciben por parte del médico. Trabajo presentado en el Curso de Especialista Universitario en Salud Pública Municipal, Universidad Europea de Madrid-Madrid Salud. España. Disponible en:
www.madridsalud.es/comunicacion_salud/documentos/satisusuarios.pdf
Fecha de Consulta: 25/07/14
- Regís, Stella. 2006. Reflexiones sobre las prácticas de comunicación en el campo de la salud en Revista digital Question. Facultad de Periodismo y Comunicación Social- UNLP. Disponible en:
http://perio.unlp.edu.ar/question/numeros_antteriores/numero_anterior13/nivel2/articulos/ensayos/regis_1_ensayos_13verano06.htm. Fecha de consulta: 10/06/09.
- Remorini, Carolina; Esnaola, Fernanda; Poccioni, María Teresa y Wagner, María Alejandra. 2007. Hospitales públicos: la mirada de usuarios y trabajadores. Estudios preliminares. Publicación de la Subsecretaría de

Planificación de la Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Gobierno de la Prov. de Buenos Aires.

- Rodríguez Salazar, Tania. 2003. El debate de las representaciones sociales en la psicología social. Relaciones, invierno, Vol. 24 número 93. El colegio de Michoacán, Méjico.
 - 2007. Sobre el estudio cualitativo de la estructura de las representaciones sociales. En Representaciones Sociales. Teoría e Investigación. Coord. Rodríguez Salazar, Tania y García Curiel, María de Lourdes. Universidad de Guadalajara, Editorial cucsh-udg. Méjico.
- Rombolá, Laura. 2006. Caja de Herramientas. Módulo de formación para emprendedores culturales, Cultura de la Nación- Laboratorio de Industrias Culturales. Buenos Aires, Argentina.
- Rubinstein, Adolfo y Terrasa, Sergio. 2001. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Editorial Médica Panamericana; Buenos Aires, Argentina..
- Silva Pintos, Virginia. 2001. Comunicación y Salud en Inmediaciones de la Comunicación. Publicación de la Escuela de Comunicación de la Universidad ORT Uruguay. Año 3 Número 3. Págs. 119-136. Montevideo, Uruguay.
- Sirvent, María Teresa. 1999. Cultura popular y participación social. Una investigación en el barrio de Mataderos. Niño y Dávila Editores. Buenos Aires, Argentina.
- Spinelli, Hugo, Alazraqui, Marcio y Sy, Anahí. 2009. La profecía de Saramago. Disponible en <http://www.elargentino.com/nota-49382-La-profecia-de-Saramago.html>. Fecha de consulta 26 de octubre de 2011.
- Spinelli, Eleonora. 2004. Los modelos de comunicación. Disponible en http://www.infoamerica.org/documentos_pdf/spinelli01.pdf. Fecha de consulta: 25-07-09.
- Spink, Mary Jane. 1993. Qualitative research on social representations: the delightful word of paradoxes. Papers on social representations, vol. 5.

- Stein H. 1990. American medicine as culture. Boulder: Westview Press.
- Stolkiner, Alicia y Barcala, Alejandra. 2000. “Reforma del sector salud y utilización de servicios de salud en familias nBI: estudio de caso”, en La Salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Dunken. Buenos Aires, Argentina.
- Taylor SJ, Bogdan R. 1984. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós. Barcelona, España.
- Testa, Mario. 1993. Pensar en salud. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.
 - 1995. Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso de salud. Lugar Editorial. Colección Salud Colectiva. Buenos Aires, Argentina.
- Tobeña, Verónica. 2006. Relaciones de poder al interior de un equipo interdisciplinario de salud. KAIROS, Revista de Temas Sociales. Proyecto “Culturas Juveniles Urbanas”. Universidad Nacional de San Luis. Año 10 – N° 17. <http://www.revistakairos.org>. San Luis, Argentina.
- Tosoli Gomes, Antonio Marcos; De Oliveira, Denize Cristina y Pereira de Sá, Celso. 2008. Las Representaciones sociales del Sistema Único de Salud en el Municipio de Río de Janeiro, Brasil, según el enfoque estructural. En Revista latino-am Enfermagem. En www.eerp.usp.br/rlae. Fecha de consulta: 05/07/09.
- Uranga, Washington. 2011. Para pensar las estrategias en la planificación desde la comunicación. Disponible en: http://www.wuranga.com.ar/images/pdfs/estra_2011.pdf. Fecha de consulta: 18/11/2011.
 - 2007. Mirar desde la Comunicación. Disponible en: www.catedras.fsoc.uba.ar/uranga/uranga_mirar_desde_la_comunicacion.pdf. Fecha de consulta: 17/10/10

- Vargas, Teresita y Zapata, Natalia. 2010. Enredando prácticas. Comunicación desde las organizaciones sociales. Editorial San Pablo. Buenos Aires, Argentina.
- Vidal y Benito, María del Carmen. 2002. Acerca de la buena comunicación en medicina. Conceptos y técnicas para médicos y otros profesionales de la Salud. Instituto Universitario CEMIC, Buenos Aires, Argentina.
- Vizer, Eduardo. 2006. La trama (in)visible de la vida social. Comunicación, sentido y realidad. Ediciones La Crujía. Buenos Aires, Argentina.
- Vojcovic, María Clementina y Zorzoli, María Cristina. 2007. Crianza: una experiencia de 60 años en el Hospital “Dr. Noel H. Sbarra”. Arch Argent Pediatr; 105(1):50-53. Argentina.
- Waisbord, Silvio. 2007. Árbol genealógico de teorías, metodologías y estrategias en la comunicación para el desarrollo. Fundación Rockefeller. Disponible en:
http://www.catedras.fsoc.uba.ar/uranga/arbol_genealogico.doc. Fecha de Consulta: 10/12/09.
- Watlawick, Paul. 1997. Introducción, Cap 1 y 2 en Teorías de la Comunicación Humana. Interacciones, patologías y paradojas. Textos Universitarios- Herder. España.
- Williams, Raymond. 1977. Dominante, residual y emergente. En Marxismo y Literatura. Oxford University Press. New York, Estados Unidos.

APÉNDICE

I. Misión, visión y valores del Hospital Sor María Ludovica

MISIÓN

- Dar respuesta al derecho a la salud a todo niño que, necesitando de los servicios, no pueden pagar por ellos.
- Buscar el mayor grado de eficiencia en el uso de los recursos técnicos y económicos en función del paciente, razón de ser de la Institución.
- Cuidar de nuestros equipos de salud de manera integral, favoreciendo su crecimiento profesional y humano, fortaleciendo su vinculación emocional y pertenencia con el Hospital, estimulando la mejora continua de las condiciones de trabajo y el ejercicio de un liderazgo participativo.
- Contribuir a la capacitación, interviniendo tanto en la docencia de pre-grado como en las actividades de post-grado, formación especializada como capacitación en servicio, estimulando la Investigación, en la búsqueda de la mejora del nivel de salud de los niños asistidos.
- Participar como referente de alta complejidad en las redes provinciales de prestación sanitaria y de mediana y baja complejidad para las redes regionales y locales.

VISIÓN

- Queremos ser el mejor hospital especializado en pediatría de la República Argentina
- Queremos ser referentes en los ámbitos asistencial, docente y de investigación, para la alta complejidad pediátrica, ejemplares por nuestros resultados y capacidad de respuesta, tanto para las redes regionales y provinciales como para el país y aún países vecinos.
- Queremos que nuestros trabajadores de salud encuentren un ambiente laboral que facilite y estimule el trabajo en equipo, el crecimiento profesional y personal, la construcción de liderazgos, sintiéndonos orgullosos de pertenecer al hospital.

VALORES

- Atender a los niños es un privilegio
- Siempre hacer lo que más le convenga al niño.
- Calidez, Equidad, Respeto a la Vida, Respeto a la Dignidad Humana.
- Somos un Equipo
- Siempre valorar a aquellos que presten servicio a los niños.
- Siempre valorar los dotes de liderazgo.
- Responsabilidad, Vocación de Servicio, Profesionalidad, Compromiso Social.
- Queremos Aprender y Mejorar
- Siempre valorar la honestidad y la honradez.
- Calidad, Compromiso con el Medio Ambiente, Diversidad, Innovación

II. Objetivos Institucionales Hospital Noel Sbarra

- Asistir en forma integral a niños con "problemas de salud" originados en situaciones de alto riesgo social.
- Brindar atención primaria de salud infanto-juvenil a la comunidad a través de los Consultorios Externos.
- Enseñar la problemática de salud del niño abandonado o en riesgo social a estudiantes de distintas disciplinas e integrantes de la comunidad.
- Investigar aspectos relacionados con el crecimiento y desarrollo, violencia y maltrato, adopción, nutrición, SIDA, etc.

El abordaje de estos objetivos se realiza a través de la participación y compromiso de todos los integrantes de la comunidad hospitalaria.

III. Protocolo de observaciones

I. Qué características presentan el Hospital Noel Sbarra y el Hospital Sor María Ludovica en relación con:

1. Modos de organización espacial:

a. Ubicación de los consultorios externos, áreas de atención al usuario y salas de espera

- disposición de los diferentes sectores o áreas reconocibles (por ej. Cantidad de consultorios, salas de espera, consultorios; áreas de informe; área de comunicación; áreas de obtención de turnos y SAMO);

b. Distancia entre consultorios y accesos del hospital. Distancias entre áreas administrativas y consultorios externos

- dimensiones de los espacios físicos (salas de espera, consultorios, espacios de circulación de los usuarios en general)

- mobiliario (cantidad, calidad, adecuación),

- lugares de interacción de los actores en su actividad institucional, apropiación de estos espacios

- ventilación, iluminación, medidas de seguridad;

c. Recorrido de los usuarios desde que entra hasta que salen del hospital

- accesibilidad física

d. Existencia de señalética orientativa

2. Modos de funcionamiento

a. Distribución por servicios/ especialidades. Organización en cada hospital. ¿Con qué servicios cuenta cada hospital?

b. Cómo están organizados. Existe una relación entre ellos.

c. Cuántos profesionales atienden en cada servicio.

3. Comunicación:

a. Identificar si el hospital posee un área específica, dónde se encuentra, cuáles son sus características y quién trabaja allí.

b. Comunicación institucional que implementa cada hospital: existencia de cartelería informativa y/o divulgativa, folletos informativos, campañas de prevención, revistas académicas, para usuarios, entre otros.

4. Áreas de Atención al usuario

a. Cómo están organizadas.

b. Cuáles son

c. Qué personal trabaja en cada una de ellas.Cuál es su formación/preparación/ experiencia previa.

d. Existe algún mecanismo de realización de quejas o reclamos por parte de los usuarios (verbal o escrito). Hay en el hospital un buzón de quejas o de un área específica para ello)

5. Mecanismos de atención y de obtención de turnos.

a. Existen diferencias en la atención y obtención de turnos según los servicios.

b. Los turnos son obtenidos por demanda espontánea o programados, por teléfono o personalmente. C. A qué hora se entregan los turnos y a qué hora tienen que estar los usuarios para poder sacarlo.

II. ¿Cómo pueden caracterizarse los actores y sus acciones? ¿Cómo pueden describirse las interacciones entre ellos?

- a. Qué actores entran en relación: Descripción de los actores, cantidad, caracterización o clasificación de los mismos.
- b. Tiempo en el que se producen las interacciones (momento/hora; día de la semana; duración de las acciones/interacciones registradas).

IV. Protocolo de entrevistas a usuarios

- Cuando llega al hospital ¿hacia dónde tiene que ir? Cuando no sabe a dónde dirigirse, ¿a quién le pregunta?

- ¿Los carteles del hospital le sirvieron para orientarse? ¿Los vio, le parece que son apropiados?

- ¿Qué información le brinda el personal administrativo? ¿Le explica todo lo que usted necesita? ¿La información que necesita se la brinda de forma escrita o sólo verbalmente?

- ¿En qué consultorio se atiende? ¿Con qué profesional/es tiene contacto?

- Podría relatar cómo es una consulta normalmente en relación al:

- trato del profesional (qué es lo primero que hace el médico ¿saludo?).

- ubicación en el consultorio.

- duración de la consulta

- Cuando el médico le da una explicación, ¿la escribe o sólo se la da oralmente?

- ¿El profesional le brinda la posibilidad y el tiempo para las preguntas y explicaciones sobre el problema o el tratamiento de su hijo?

- ¿Utiliza un vocabulario claro y entendible? ¿La información es suficiente?

- ¿Qué es una buena atención para usted?

- ¿Ha visto carteles o afiches informativos sobre prevención de enfermedades u otras cosas en el hospital? ¿Le parece que son útiles?

V. Protocolo de entrevista a trabajadores

Para profesionales (médicos- psicólogos-etc.)

- ¿Qué profesión, cargo, antigüedad, experiencia previa, servicio en el que trabaja, antigüedad en el servicio posee?
- ¿Cuántas horas/días está en la institución?
- ¿Trabaja en equipo o en relación con otras personas de la institución?
- ¿Con qué servicios trabaja en forma articulada/coordinada más frecuentemente? ¿Por qué?
- ¿Por qué tipo de problemas de salud vienen a consultarlo?
- ¿Qué características tienen los pacientes/usuarios que atiende?

- ¿Qué hace usted cuando ingresa el usuario al consultorio? Suele usar algún tipo de expresiones más frecuentes
- ¿Cómo se ubican usted y el usuario al empezar la consulta y durante su desarrollo?
- ¿Podría relatar qué sucede habitualmente en una consulta ordinaria?
- ¿Cuánto cree Ud que dura una consulta en promedio? ¿Por qué puede ser más breve o más extensa que este tiempo?
- ¿Cómo describiría el vínculo que ud entabla con los usuarios durante la consulta? ¿Tiene trato con ellos más allá de estas instancias? (ver si existe alguna instancia telefónica)
- Cuando le tiene que explicar un tratamiento o un diagnóstico a un paciente, cómo lo hace (lo hace solamente de forma verbal o también lo escribe). Cómo hace para explicar aspectos técnicos de una enfermedad o tratamiento a seguir.
- ¿Qué aspectos considera Ud que son más fáciles de explicar/trasmitir y cuáles más difíciles? ¿A qué puede atribuirse?
- ¿Encuentra algún obstáculo en su comunicación con los usuarios? ¿Cuáles? ¿A qué cree que se deben esos obstáculos?
- ¿Cómo podría describir el lenguaje que utilizan los usuarios para comunicarse con usted? Por ejemplo, además del vocabulario, ¿alguna otra característica del modo de expresarse que le parezca relevante?
- ¿Qué estrategias suele utilizar cuando la madre, padre o acompañante del niño no comprende aquello que le está explicando?
- ¿Qué diferencias hay entre el vocabulario que utiliza para comunicarse con los niños y con sus padres/personas que los traen a la consulta?
- Según su perspectiva, como podría definir “buena atención”. En qué aspectos cree que los usuarios tienen una visión similar a la suya.

- ¿Considera Ud. que la formación que ha recibido es adecuada para poder enfrentar las diversas situaciones que se dan durante la interacción con los usuarios?
- ¿Qué lugar le asigna Ud. a la comunicación con los usuarios? ¿Cómo podría definir “buena comunicación”?

Para Personal Administrativo

- ¿Qué cargo, antigüedad, experiencia previa posee?
- ¿Cuál es el Área/Servicio en el que trabaja? ¿Qué antigüedad tiene en el servicio?
- ¿Cuántas horas/días está en la institución?
- ¿Trabaja en equipo?
- ¿Para qué servicios/área entrega turno/ trabaja?
- ¿Qué características tienen los pacientes/usuarios que acuden al hospital?
- ¿Podría relatar qué sucede habitualmente cuando una persona solicita un turno/información en su área de trabajo?
- ¿Cómo describiría el vínculo que ud entabla con los usuarios? ¿Cómo es ese trato?
- Cuando le tiene que explicar algo (información/turno/entrega de información) a un paciente, ¿cómo lo hace?
- ¿Qué aspectos considera Ud que son más fáciles de explicar/trasmitir y cuáles más difíciles? ¿A qué puede atribuirse?
- ¿Encuentra algún obstáculo en su comunicación con los usuarios? ¿Cuáles? ¿A qué cree que se deben esos obstáculos?
- ¿Cómo podría describir el lenguaje que utilizan los usuarios para comunicarse con usted? Por ejemplo, además del vocabulario, ¿alguna otra característica del modo de expresarse que le parezca relevante?

- ¿Qué estrategias suele utilizar cuando un paciente no comprende aquello que le está explicando?
- ¿Qué diferencias hay entre el vocabulario que utiliza para comunicarse con los niños y con sus padres/personas que los traen a la consulta?
- Según su perspectiva, como podría definir “buena atención”. En qué aspectos cree que los usuarios tienen una visión similar a la suya.
- ¿Considera Ud. que la formación o capacitaciones que ha recibido son adecuadas para poder enfrentar las interacciones con los usuarios?
- ¿Qué lugar le asigna Ud. a la comunicación con los usuarios? ¿Cómo podría definir “buena comunicación”?

VI. Acerca del Sitio Web del Hospital Noel Sbarra

Información extraída de la página web <http://www.hospitalsbarra.com.ar/acercaSitioWeb.html> que detalla los criterios utilizados en el diseño de la página web en función de la accesibilidad de los usuarios.

Desarrollo

El desarrollo del Sitio Web estuvo a cargo del **Área de Informática** del Hospital Dr Noel H. Sbarra, en colaboración con la Sala de Docencia e Investigación, biblioteca y demás servicios que componen el Hospital.

Elección del Diseño

El estilo de diseño que se aplicó al Sitio Web del Hospital Sbarra es Minimalista.

Con esto se intenta lograr básicamente la reducción de elementos, colores, texturas y la utilización de formas básicas.

De esta manera se muestra solo aquellos elementos que son necesarios para transmitir el concepto buscado y lograr un diseño elegante, agradable y con la funcionalidad deseada.

Responsive Design

El diseño web adaptativo o adaptable (en inglés, Responsive Web Design) es una técnica de diseño y desarrollo web con la cual se consigue adaptar de manera fluida el sitio web al entorno, de esta manera el contenido puede ser accedido por todas las personas a través de cualquier dispositivo (Pc, Tablet, SmartPhone, etc).

Accesibilidad Web

En noviembre de 2010 el Senado de la Nación Argentina aprobó la Ley de accesibilidad de la información en las páginas web (Ley 26.653). Estas normas están referidas a técnicas de diseño y programación muy específicas para la elaboración de sitios web con el fin de que los contenidos que se expresen a través de ellas puedan ser accedidos por todas las personas, independientemente de la situación técnica, cognitiva o física.

Desde el Área de informática del Hospital "Dr. Noel H. Sbarra" estamos trabajando para que nuestro sitio web cumpla con todas las pautas de accesibilidad especificadas, por esta razón se rediseñaron algunos aspectos de programación así como también algunos aspectos visuales.

VII. Sistemas de Salud en Argentina

La organización de los sistemas de salud en Argentina en los últimos 30 años estuvo influenciada por el sistema canadiense el cual prioriza la promoción de la salud a partir de la instalación de centros de salud conformados por equipos interdisciplinarios para trabajar en coordinación con los hospitales de referencia. Es por eso que la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) es la base del sistema sanitario en nuestro país¹⁰¹ (Casas, 2008).

De esta manera, a través de la atención en el primer nivel, se busca emplear distintas estrategias para lograr la prevención de las enfermedades, la educación y la promoción de la salud. En este contexto, las estrategias de comunicación utilizadas en los centros de atención primaria (CAP's) posibilitarán que los usuarios accedan a la información necesaria para prevenir posibles problemas de salud (ver Tabla A1).

¹⁰¹La Atención Primaria de la Salud se definió como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Ver www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata. Consulta en julio de 2008.

Tabla A1: Diferencias entre la Atención Primaria y la Atención secundaria

	Atención primaria	Atención secundaria
Características	Atención en centros de atención primaria	Atención e internación en hospitales
Actividades	Promoción de la salud y prevención de enfermedades. Vacunación	Medios técnicos y equipamiento para resolver y diagnosticar problemáticas de mayor complejidad Atención de urgencias/emergencias
Organización de la atención	Espontáneo Programado-	Espontáneo Programado- Turnos telefónicos o en el área correspondiente
Lugar de atención	Centros de atención primaria de la salud	Hospitales

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al segundo y tercer nivel de atención, las patologías a tender tendrán mayor complejidad por lo que se requería mayor aparatología y conocimientos técnicos para su tratamiento. En este caso también debe destacarse, tal como se muestra en la tabla 1, la atención de urgencias/emergencias.

En esta breve caracterización del sistema de salud en Argentina, también debe distinguirse, siguiendo a Masuel (2010) su división en tres subsistemas:

1.Subsistema público: la atención se realiza en hospitales que dependen del estado nacional o provincial. Los municipios, por su parte, tienen a su cargo también la administración y prestación de servicios públicos en lo referente a la atención primaria de la salud.

2.Subsistema de seguridad social: en el que se encuentran las obras sociales, conducidas la mayoría de ellas por trabajadores y empresas patronales.

3.Subsistema privado: destinado al sector de mayores recursos económicos, en el que se diferencian las "empresas de medicina prepagas".

Los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires por su parte pueden clasificarse de acuerdo a:

Hospital General: Es aquel que se encuentra en condiciones de recibir pacientes con riesgo de sufrir diversos tipos de patología.

Hospital especializado: Es aquel que está en condiciones de recibir solamente pacientes con riesgo de sufrir un tipo determinado de patología. Se considerará en esta categoría aquel cuya estructura está destinada a recibir un tipo determinado de patología con una incidencia no menor al 50% de la capacidad instalada.

Por otro lado también se puede hablar de Hospitales:

- de Agudos: Es aquel destinado al diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades de comienzo brusco y/o evolución breve.

- Crónicos: Es aquel destinado al diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades de comienzo tórpido y/o tratamiento prolongado.

Finalmente también pueden clasificarse los hospitales de acuerdo a la capacidad de camas de equipamiento y área de influencia.

a) Hospital Local: Es aquel con una capacidad de 30 a 49 camas disponibles con un perfil de equipamiento básico para cubrir con eficacia las funciones

esenciales de Pediatría -Obstetricia Ginecología- Clínica Médica- Clínica Quirúrgica. El área de influencia, será el ámbito de un partido.

b) Hospital Subzonal: Es aquel con una capacidad de 50 a 149 camas con un perfil de equipamiento básico para cubrir con eficacia las funciones de Pediatría - Obstetricia – Ginecología - Clínica Médica - Clínica Quirúrgica. Su área de influencia estará determinada por la conjunción de uno o varios partidos entre (10.000) y (30.000 habitantes).

c) Hospital Zonal: Es aquel con una capacidad de 150 a 299 camas con un perfil de equipamiento que le permita cubrir las funciones de Pediatría - Obstetricia - Ginecología – Clínica Médica - Clínica Quirúrgica - además de las especialidades que de ellas derivan. Su área de influencia estará determinada por la población de la zona o región sanitaria correspondiente.

d) Hospital Interzonal: Es aquel con una capacidad de más de 300 camas con un perfil de equipamiento que le permita cumplir cualquier acción de atención médica. Su área de influencia sobrepasará al de una zona o región sanitaria, pudiendo llegar, en ciertos casos, a ser de influencia Provincial.