



**REPRESENTACIONES DEL EQUIPO DE TRABAJO SOBRE LA
COMPETENCIA COMUNICATIVA PRAGMÁTICA DE LAS JEFATURAS
MÉDICAS EN UNA UNIDAD DE UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO: ESTUDIO
DE CASO.**

***REPRESENTATIONS OF THE WORK TEAM ON THE PRAGMATIC
COMMUNICATIVE COMPETENCE OF MEDICAL CHIEFS IN A UNIT OF A
CHILEAN PUBLIC HOSPITAL : CASE STUDY.***

Estudiante:

Guillermo Antonio Cuéllar Castillo

Dirección de la Tesis:

Profesora Tutora: Marta Silva (Universidad Austral de Chile).

Profesor Tutor: Cristián Martínez (Universidad de La Frontera).

Profesora Tutora Externa: Claudia Montero-Liberona (Pontificia Universidad Católica de Chile)

Fecha de la entrega del documento final de la tesis:

06 de marzo de 2025

Índice

Resumen / Abstract.....	5
I. Introducción.....	6
I.1. Objeto de estudio.....	6
I.2. Objetivos.....	9
I.3. Preguntas de investigación.....	10
I.4. Justificación del estudio	11
I.5. Contexto sociohistórico	12
II. Marco Teórico.....	16
II.1. Estado del Arte.....	16
II.2. Teoría general	32
II.3. Teoría sustantiva	54
II.4. Conexiones entre la teoría general propuesta y los conceptos y proposiciones específicas	67
III. Marco Metodológico	71
III.1. Método de construcción de datos	71
III.2. Estudio de caso	79
III.3. Fuentes de datos	80
III.4. Conformación del caso	81
III.5. Técnicas de recolección de datos.....	84
III.6. Técnicas de análisis de los datos.....	91
III.7. Consideraciones éticas	96
III.8. Trabajo de campo.....	98
IV. Resultados: Representaciones del equipo de trabajo sobre la competencia comunicativa pragmática de las jefaturas en una unidad de un hospital público chileno	100

IV.1. Representaciones sobre la competencia comunicativa pragmática de sus jefaturas a partir de las máximas de Grice: Calidad, Cantidad, Relevancia y Modo.....	101
a. Calidad.....	102
b. Cantidad.....	109
c. Relevancia.....	119
d. Modo.....	123
IV.2. Representaciones de buena comunicación en una jefatura	136
a. Principios fundamentales de la comunicación:	137
b. Competencias de comunicación	150
c. Características relacionadas con el liderazgo	156
d. Perspectivas respecto de la estructura de la organización del hospital	166
IV.3. Representaciones de mala comunicación en una jefatura.....	177
a) Bases fundamentales de la comunicación.....	177
b) Competencias de comunicación	187
c) Características relacionadas con el liderazgo:.....	194
d) Perspectivas respecto de la estructura del hospital	200
V. Discusión	225
V.1. Grice frente a los resultados de la investigación y a otras teorías pragmáticas.....	226
V.2. Jerarquía y comunicación en el hospital: una interrelación pragmática y social	233
V.3. El liderazgo como aglutinante de los elementos de <i>Buena Comunicación</i>	238
V.4. La relación entre la jerarquía y el liderazgo.....	244
VI. Conclusiones	248
VII. Referencias	253
VIII. Anexos:.....	277
VIII.1. Instrumento de recolección de información para las entrevistas semiestructuradas y los focus groups.	277

VIII.2. Documentos de consentimiento informado.....	278
---	-----

Índice de imágenes

Imagen 1. Esquema de la Competencia Comunicativa	61
Imagen 2. Síntesis de Representaciones de <i>Buena Comunicación</i> :.....	175
Imagen 3. Síntesis de Representaciones de <i>Mala Comunicación</i>	224
Imagen 4. Síntesis teórica entre las máximas de Grice y las representaciones de <i>Buena Comunicación y Mala Comunicación</i>	229
Imagen 5. Combinación de conceptos de diferentes disciplinas para la interpretación de las representaciones sobre la Competencia Comunicativa Pragmática.	251

Índice de tablas

Tabla 1. Competencias comunicativas necesarias en el ámbito de las organizaciones.....	65
Tabla 2. Categorías de análisis y códigos	94
Tabla 3. Subcategorías y códigos de Buena Comunicación.....	94
Tabla 4. Subcategorías y códigos de Mala Comunicación.....	96

Rumen / Abstract

Resumen: El objetivo general de este estudio de caso es analizar las representaciones de los trabajadores(as) de una unidad hospitalaria respecto de la competencia comunicativa pragmática de sus jefaturas. La investigación es de tipo cualitativo, comprende un análisis interpretativo y se sustenta en la aplicación de entrevistas semiestructuradas y grupos focales como fuentes de datos de primera mano. Los resultados obtenidos dan cuenta de las construcciones de estos trabajadores(as) en torno a las habilidades comunicativas de sus líderes en la dinámica laboral, identificando sus principales constituyentes, así como el proceso de construcción de estas representaciones en tanto que formas de conocimiento social sobre la pragmática comunicativa, donde resaltan el respeto, la cercanía y algunas críticas a la jerarquía y al liderazgo en la comunicación hospitalaria. Todo lo anterior se analiza y discute a partir de la Teoría de las Máximas de Grice, que deriva luego en el complemento de otras teorías pragmáticas y sobre la construcción de sentido y del liderazgo.

Palabras clave: *Competencia comunicativa, Jefaturas médicas, Representaciones, Hospital público, Profesionales de la salud.*

Abstract: The general AIM of this case study is to analyze the representations of workers in a hospital unit regarding the pragmatic communicative competence of their medical chiefs. The research is qualitative, includes an interpretive analysis and is based on the application of semi-structured interviews and focus groups as primary data sources. The results obtained account for the constructions of these workers regarding the communicative skills of their leaders in the work dynamics, identifying their main constituents, as well as the process of construction of these representations as forms of social knowledge about communicative pragmatics, where respect, closeness and some criticisms of hierarchy and leadership in the hospital communication stand out. All of the above is analyzed and discussed from Grice's Maxims Theory, which then leads to the complement of other pragmatic theories and others about the construction of meaning and on leadership.

Keywords: *Communicative competence, Medical chiefs, Representations, Public hospital, Health professionals.*

I. Introducción

I.1. Objeto de estudio

Alrededor del mundo millones de personas pasan gran parte de su vida trabajando en distintas instituciones públicas y privadas, enfrentando allí innumerables desafíos para cumplir con sus tareas diarias. Todas ellas tienen una planificación que busca el logro de metas y objetivos particulares atravesados por la comunicación, lo que hace relevante y necesario tener en cuenta las representaciones de las experiencias comunicativas en el contexto laboral (Kreitner & Kinicki 1992).

En el campo de salud se ha reconocido universalmente la importancia de la comunicación para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención en general (Cuberli, 2008; Gutiérrez Betancur *et al.*, 2022; Mardiah & Musharyanti, 2021; Naseribooriabadi *et al.*, 2017, Newell & Jordan, 2015). Diversos autores, como Culliford *et al.* (2023), Lamont & Dickens (2021), Oztürk *et al.*, (2019), Torregrosa (2020) y Tumaní *et al.* (2022), han enfatizado la necesidad de una comunicación eficaz y empática con los usuarios(as), sus familias y entre los profesionales de salud para prevenir problemas en los tratamientos y garantizar así un cuidado óptimo del paciente. Sin embargo, en el caso de los hospitales públicos chilenos se observa una notable falta de investigaciones que analicen en detalle la comunicación organizacional interna y, más aún, la comunicación concerniente a la jefatura, que es una figura clave en las organizaciones de trabajo en general. Esta brecha en el conocimiento es especialmente relevante en un momento en que la gestión de la atención médica se enfrenta a desafíos de comunicación cada vez más complejos (Garralda Fernández *et al.*, 2021; Jaufuraully *et al.* 2022; Jonasdottir; 2022). La falta de comprensión sobre cómo se percibe la comunicación de los líderes dentro de los equipos de salud puede obstaculizar los esfuerzos por mejorar la calidad de la atención y la satisfacción de los pacientes en el sistema de salud pública chileno (Fernández *et al.*, 2022).

En este marco, la pregunta que orienta esta investigación es “¿cómo representan los miembros del equipo de trabajo la competencia comunicativa de sus jefaturas en una unidad de un hospital público chileno?”. En consecuencia, el objetivo general del estudio es analizar las representaciones que los profesionales de la salud tienen sobre la competencia

comunicativa pragmática de sus jefaturas en una unidad de un hospital público chileno. Luego, este objetivo general se despliega en tres objetivos específicos que, en síntesis, buscaban, en primer lugar, describir las representaciones que los distintos estamentos de trabajadores(as) -TENS, enfermeras(os) y médicos- que componen la unidad caso de estudio construyen sobre la competencia comunicativa pragmática de sus jefaturas, separando estas en los niveles individuales y colectivos; para, en segundo lugar, analizar estas representaciones por grupo de trabajadores(as) y en los mismos niveles a partir de la teoría de las Máximas de Grice (1975) y otras teorías relacionadas con la pragmática.

De esta forma, se han descrito e interpretado los discursos sobre los diversos recursos comunicacionales utilizados en estas situaciones laborales por parte de las jefaturas con el objetivo de lograr la necesaria cooperación del equipo, tanto desde las perspectivas individuales de cada uno(a) de los trabajadores(as) a su cargo como del equipo en su conjunto. En este contexto puede concebirse la idea que la competencia pragmática de la jefatura médica de un equipo presenta ciertas características que influyen de forma relevante en el resultado y el funcionamiento del trabajo, así como en el clima laboral que se genera, con sus respectivas consecuencias, particularmente en situaciones contextuales complejas como las producidas por la pandemia y postpandemia de Covid19. Este es un problema que puede investigarse como fenómeno de la comunicación organizacional en cualquier institución de salud, dada la escasez de bibliografía al respecto y su relevancia tanto teórica como aplicada. Sin embargo, en esta investigación se hace a modo de un estudio de caso, delimitado dentro de un equipo de especialidad médica de un hospital público de Chile, cuya determinación final dependerá de la autoridad del hospital en cuestión.

Ante esta problemática, se propone una aproximación teórica desde la perspectiva de la competencia pragmática de la comunicación, con especial consideración de los planteamientos teóricos de Grice (1968, 1975) referente al acto comunicativo, quien entiende este último como una experiencia esencialmente pragmática, haciéndose cargo del significado de lo dicho en consideración del contexto de enunciación, así como de las regulaciones prácticas de toda comunicación referente a calidad, cantidad, relevancia y modo. Ese significado, por tanto, va a depender de cada situación de habla, ligado indisolublemente al momento en que el hablante se expresa, de la posición que tiene y de la imagen que proyecta, todo bajo principios y reglas de racionalidad tácita. En este sentido, resulta imposible analizar el lenguaje si lo separamos del contexto y de las agencias en que surge y es interpretado. Desde este punto, se entiende la incorporación del principio de cooperación y las máximas de

Grice (1968; 1975) en tanto que principios que establecen un vínculo entre lo que decimos, el objetivo y la efectividad del acto comunicativo.

Una investigación de esta naturaleza busca aportar al campo de estudio interdisciplinario de la comunicación humana (Vidales González, 2017) con la representaciones sobre la competencia comunicativa pragmática, en el sentido de lo expuesto, en las interacciones individuales y colectivas de un equipo de la salud, en un contexto sensible como el de los servicios públicos de un hospital, toda vez que existe escasa literatura científica sobre esta realidad particular en los estudios comunicacionales. De ahí que este estudio busque generar una descripción indirecta de las dinámicas comunicativas dadas en las situaciones de encuentro formal entre jefaturas y equipos de una unidad hospitalaria, con énfasis en el aporte de la competencia pragmática de las jefaturas como herramienta, instrumento o conjunto de estrategias que llegan a generar espacios o experiencias conversacionales que se hagan cargo de aspectos tan relevantes como son, por ejemplo, los acuerdos, las coordinaciones, la retroalimentación o feedback de trabajo, entre otros. En otras palabras, la competencia pragmática es aquí entendida como un recurso de gestión al servicio del desempeño integral de las personas y los equipos profesionales. Por lo tanto, con este estudio en un contexto nuevo y enfocado en sujetos pocos habituales (las jefaturas médicas) para la academia se contribuye a la actualización de este concepto teórico devenido clásico en las disciplinas que estudian el lenguaje y la comunicación.

El enfoque metodológico de esta investigación es de carácter cualitativo interpretativo y corresponde a un estudio de caso. Este último se compone de los médicos, enfermeras(os), técnicos(as) paramédicos y personal administrativo de una unidad de un hospital base de la red de salud pública de Chile, quienes son los principales observadores de la competencia pragmática de sus jefaturas. El estudio implica dos niveles de análisis: uno individual, ya que mediante la interpretación se propone llegar a la reconstrucción de las representaciones de los trabajadores(as) en tanto que sujetos individuales que conviven con la comunicación de sus jefaturas, y otro colectivo correspondiente a las representaciones del conjunto de ellos y ellas como una voz plural del mismo fenómeno. Para acceder al nivel individual de los trabajadores(as) se utilizarán entrevistas semiestructuradas y para aproximarnos al nivel colectivo de los mismos se emplearán grupos focales. Los contextos estudiados son las reuniones de feedback individual y las reuniones colectivas de coordinación, tanto para delimitar nuestro objeto de estudio como porque, según la experiencia de este investigador, en las primeras se genera la relación laboral jefatura-trabajador(a) y en las segundas se

construye un encuadre del trabajo colectivo, de manera que estos contextos resultan cruciales para la gestión de los equipos y la comunicación en ellos toma entonces un rol trascendental. Cabe mencionar que la unidad hospitalaria y los sujetos de este estudio de caso seleccionados han resultado accesibles gracias a las experiencias profesionales previas del investigador autor de este proyecto de tesis

El propósito del estudio es, por lo tanto, exploratorio, por cuanto busca contribuir datos cualitativos sobre cómo se manifiesta este fenómeno comunicativo del cual se tienen pocos datos en Chile. En concreto, se trata de describir e interpretar las representaciones sobre los componentes de la comunicación de las jefaturas en las dinámicas relacionales de este ambiente específico de trabajo desde la percepción de sus trabajadores(as), como aporte al campo de estudio interdisciplinario de la comunicación humana.

I.2. Objetivos

Objetivo general

Analizar las representaciones que el equipo de trabajo de una unidad construye sobre la competencia comunicativa pragmática de sus jefaturas en un hospital público chileno.

Objetivos específicos

1. Describir las representaciones que los trabajadores(as) de la unidad hospitalaria a estudiar construyen a nivel individual respecto de la competencia pragmática de sus jefaturas médicas.
2. Reconstruir las representaciones que los trabajadores de esta unidad hospitalaria tienen a nivel colectivo de la competencia pragmática de sus jefaturas en el ambiente laboral en el que se desenvuelven.
3. Interpretar las representaciones tanto individuales como colectivas que el equipo de trabajo construye en torno a la competencia pragmática de sus jefaturas, en relación con el principio de cooperación de Grice y otras eventuales categorías emergentes.

I.3. Preguntas de investigación

La temática abordada en esta investigación tiene como objetivo analizar las representaciones de la competencia comunicativa pragmática de las jefaturas en la realidad laboral que construyen estas y los trabajadores(as) que están bajo su supervisión. El propósito es comprender a través de estos últimos las estrategias y recursos utilizados por las jefaturas en el ámbito de la dinámica laboral dentro de una unidad de un hospital público.

Este estudio se enmarca en las prácticas de comunicación entre quienes ejercen roles de jefatura hospitalaria y el equipo de profesionales a su cargo. Se investigará la competencia comunicativa pragmática de los médicos en su rol de jefaturas a través de las representaciones de sus trabajadores(as) y su posible impacto en el sistema de trabajo. La relación entre la jefatura y los trabajadores es un elemento relevante para comprender aspectos críticos de la dinámica laboral. Por lo tanto, es importante prestar atención a esta experiencia comunicativa relacional, especialmente en un ámbito tan crítico como el de la salud, el que se caracteriza por altos niveles de estrés y tensión que afectan las relaciones laborales.

Considerando la literatura empírica y contextual revisada, que nos permite establecer el conocimiento existente sobre la competencia comunicativa pragmática, surge la siguiente pregunta que aborda la falta de información respecto de este objeto de estudio:

¿Cómo se representan los equipos de trabajo de una unidad médica la competencia comunicativa pragmática empleada por sus jefaturas en las reuniones de feedback individual y en las reuniones colectivas de coordinación en un hospital público de Chile?

La competencia comunicativa se percibe y caracteriza como un atributo relevante en la dinámica relacional entre una jefatura y su equipo de profesionales a cargo, afectando aspectos críticos de las relaciones laborales, como la motivación, el compromiso y el ambiente de trabajo. Además, tiene un papel importante en la resolución de problemas y conflictos en el contexto de un hospital público.

Supuestos teóricos, a modo de respuestas tentativas a la pregunta de investigación

En el contexto de un hospital público de Chile, se espera que, a partir del trabajo con las entrevistas, los equipos profesionales representen la competencia de comunicación pragmática de sus jefaturas médicas a partir de los planteamientos teóricos de Grice (1968):

- Calidad: Los equipos profesionales perciben a sus jefaturas hospitalarias como comunicadores efectivos, capaces de transmitir información de manera clara y precisa. Se espera que las jefaturas utilicen un lenguaje técnico apropiado, evitando ambigüedades y proporcionando información relevante para el trabajo del equipo.
- Cantidad: Los equipos profesionales esperan que sus jefaturas compartan la cantidad necesaria de información para llevar a cabo su labor de manera eficiente. Las jefaturas médicas deben proveer la información suficiente y pertinente, evitando tanto la sobreinformación que pueda resultar abrumadora como la falta de información que dificulte la toma de decisiones.
- Relevancia: Los equipos profesionales valoran que sus jefaturas se enfoquen en la relevancia de la información que transmiten. Se espera que las jefaturas médicas adapten su comunicación a las necesidades y contextos específicos del equipo, brindando instrucciones claras y pertinentes que faciliten el logro de los objetivos comunes.
- Modo: Los equipos profesionales esperan que sus jefaturas médicas se comuniquen de manera clara y directa, evitando la oscuridad y la ambigüedad en su discurso. Se espera que las jefaturas médicas utilicen un lenguaje accesible, evitando tecnicismos innecesarios y fomentando una comunicación abierta que facilite la comprensión mutua.

I.4. Justificación del estudio

La competencia pragmática es un aspecto crucial en las relaciones laborales, ya que influye en la cooperación y en la calidad de las interacciones entre los profesionales de la salud y entre estos y sus jefaturas. Al develar las representaciones al respecto, se podrá obtener una visión más completa de cómo se establecen y desarrollan las dinámicas

comunicativas en este entorno, lo que permitirá identificar posibles áreas de mejora y promover un ambiente laboral más efectivo y colaborativo.

Examinar las representaciones de la competencia pragmática de las jefaturas médicas desde sus sujetos y en diferentes niveles proporcionará una visión integral de cómo se configura la comunicación en un contexto hospitalario. Estos aspectos son especialmente relevantes en un entorno de alta exigencia como el de la salud, donde la comunicación efectiva y la comprensión mutua son fundamentales para el buen funcionamiento del equipo y la prestación de servicios de calidad a los usuarios(as). Mediante el análisis de estas representaciones, se podrá entonces identificar fortalezas y debilidades en la comunicación interpersonal, y se podrán proponer estrategias y recomendaciones para mejorar la competencia comunicativa entre los equipos profesionales y sus jefaturas médicas en el ámbito hospitalario chileno.

I.5. Contexto sociohistórico

Con la promulgación en 1979, de la Ley N° 2763, se inicia la reorganización del ministerio de Salud en Chile a través del delineamiento de las bases orgánicas para un Sistema Nacional de Servicios de Salud, capaz de garantizar el efectivo acceso de la población a las acciones de salud, adaptándose a las políticas de regionalización, tendientes a generar estructuras acordes a la realidad de cada región y a la redistribución de las asignaciones de recursos. Entre las medidas adoptadas se crearon los servicios de salud, los que en la actualidad alcanzan un total de 29 a nivel nacional, poseyendo una red asistencial formada por hospitales y establecimientos municipales de atención. En cuanto a los hospitales, estos se categorizan por su calidad contractual, existiendo dos tipos de dependencia administrativa (hospital autogestionable en red y hospital de menor complejidad). En cuanto a su capacidad resolutive pueden existir hospitales de alta, mediana y baja complejidad.

Los hospitales base, dada su complejidad técnica y administrativa, en cuanto incluyen el desarrollo de especialidades y una compleja organización administrativa, se categorizan como “autogestionados en red”, que, aunque descentralizados, su función asistencial está determinada por el director de servicio. En lo que respecta a su capacidad resolutive, son de alta complejidad, por cuanto dan cobertura a toda la población del Servicio de Salud para

prestaciones de alta complejidad, según la cartera de servicios definidos por el gestor de la red. Respondiendo también a este modelo de reorganización y modernización de los servicios de salud, se han promovido cambios paradigmáticos en la gestión hospitalaria, principalmente en lo tocante a la gestión de recursos humanos y al desafío de incorporar competencias para el desarrollo del personal. En lo que respecta al desempeño de la jefaturas administrativas y médicas, se han inscrito en un modelo de “gestión participativa”, donde el antiguo modelo piramidal o jerárquico autoritario, cimentado en el paradigma donde “solo unos pocos saben lo que hay que hacer y al resto solo le cabe obedecer”, ha sido progresivamente reemplazado por un modelo donde el conocimiento está repartido entre muchos, con mayor autonomía en la toma de decisiones y a generar conductas tendientes a la cooperación en la búsqueda de objetivos comunes (Artaza *et al.*, 2005). Es en este contexto de complejidad administrativa y operacional que cobra relevancia el rol de las jefaturas en el buen cumplimiento de las prestaciones en asistencia pública en los distintitos servicios que la componen. Es precisamente en este escenario de complejidad en donde situamos esta investigación, entendiendo la relevancia que podría llegar a tener el desempeño de la competencia comunicativa en las relaciones interpersonales de un equipo de esta naturaleza, en un contexto de hospital público, dada la complejidad, en términos de la diversidad de servicios de especialización médica, sumado a una alta población con enormes demandas que no logran ser cubiertas por la escasez de recursos (Goic 2015). Estas condiciones que generan un evidente estrés y demanda de gestión, las cuales por supuesto producen que las relaciones interpersonales de estos profesionales quedan más expuestas y vulnerables.

Debemos tomar en cuenta lo anterior por cuanto resulta de suma relevancia para esta investigación, la que toma como base para su trabajo de campo, un hospital público de la red de salud de Chile, el cual, por su trayectoria, se ha visto atravesado por estas profundas transformaciones administrativas y paradigmáticas.

Según el Ministerio de Salud de Chile, los Hospitales Públicos en Chile son parte de la red de servicios asistenciales del sistema de salud público y representan el nivel más alto (atención terciaria) en la organización de los establecimientos sanitarios de esta red. Forman parte de cada subsistema territorial de salud respectivo, que a su vez integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud de Chile, permitiendo así un trabajo coordinado y articulado con la red asistencial tendiente a satisfacer las necesidades de salud de la población, en el marco de objetivos sanitarios fijados por la autoridad sanitaria y las normativas vigentes.

A partir de una búsqueda de investigaciones acerca de hospitales públicos en Chile en general, y sobre cultura hospitalaria en particular, se puede observar que estas se basan fuertemente en dos áreas: por un lado, la implementación del Sistema de Autogestión en Red para Hospitales de Alta Complejidad y su correlativo desempeño económico y administrativo, como es el caso del hospital que servirá de contexto para el trabajo de campo en este estudio. Por otro lado, en la calidad de servicios con un énfasis en la seguridad o en la satisfacción usuarias.

Por ejemplo, un estudio realizado en dos hospitales de categoría EAR (Establecimientos de Autogestión en Red) del sur de Chile expone una aproximación a las percepciones de sus autoridades respecto de la etapa de implementación de la política de autogestión hospitalaria. El informe establece que la conceptualización de la autogestión está determinada por la autonomía de las instituciones en la toma de decisiones respecto de la asignación de recursos y del financiamiento de la provisión de servicios. También señala que, para mejorar la etapa de implementación, se deben incluir políticas de recursos humanos y de financiamiento de la función de provisión de servicios de salud. Como debilidades del proceso se mencionan la ausencia de capacidades organizacionales y competencias gerenciales de los equipos de salud para la implementación de los cambios (Méndez et al., 2013).

Otro informe, del Ministerio de Hacienda que evalúa el gasto público de hospitales de alta complejidad que forman parte del nuevo sistema de financiamiento hospitalario estableció una eficiencia en costos promedio para el periodo comprendido entre 2014 y 2018 que asciende al 89,4% (es decir, una ineficiencia de un 10,6%), y que tres de cada cuatro establecimientos tienen una eficiencia superior al 86,3%, magnitudes dentro del rango de las estimaciones de eficiencia esperables. Sin embargo, se establece que existen diferencias significativas en la práctica clínica, gestión interna, tipo de mercado en el cual se desenvuelve el hospital y sus insumos productivos, entre otros, que se evidencian en el comportamiento y relación entre los costos, complejidad y volumen de atención o actividad asistencial. Esta situación de carencia y a ratos de cierta precariedad de recursos, es el contexto de trabajo en el que las jefaturas hospitalarias deben gestionar resultados, a través de profesionales y equipos, con altos niveles de estrés y demanda. Para avanzar en la eficiencia global del sistema, según los autores, se requiere la implementación de mecanismos de financiamiento y gestión orientados hacia la estandarización, integración y homologación de los procesos operativos y de atención sanitaria (Henríquez y Herrera, 2021).

Por otro lado, un ámbito que se muestra relevante en los estudios de desempeño de los hospitales públicos es la calidad de los servicios, con énfasis en la seguridad y en la satisfacción de los usuarios(as). La calidad en la atención sanitaria y su medición constante se han incorporado como un factor imprescindible en la gestión de los establecimientos sanitarios, lo que progresivamente ha integrado el punto de vista de los usuarios como parte de este concepto (Armijos y Núñez-Mondaca, 2020). En este sentido, no sólo se percibe como resultado positivo en salud el sanarse, sino que se toman en cuenta otras variables que para el usuario importan: qué valora el usuario(a) en la atención de salud, qué necesita y cuáles son sus expectativas respecto de cómo debería haber sido atendido o atendida.

Así mismo, existen varias investigaciones sobre la seguridad hospitalaria que mencionan la “cultura institucional” como uno de sus temas, tales como la desarrollada por Rocco y Garrido (2017), que se refiere a la “cultura de seguridad” por parte de los equipos de trabajo como elemento clave para la seguridad de los usuarios(as). Por otra parte, la investigación de Bustamante et. al. (2018) se enfoca en la “cultura organizacional” en el marco de los estudios de recursos humanos, tanto para fines del clima laboral como de la calidad del servicio. Sin embargo, en ninguno de estos estudios se aborda la temática de esta investigación.

En conclusión, las conceptualizaciones de los estudios orientados a hospitales públicos en Chile se enfocan principalmente en dos áreas: por un lado, la implementación del Sistema de Autogestión en Red para Hospitales de Alta Complejidad y su correlativo desempeño económico y administrativo; por otro, la calidad de servicios con un fuerte componente en la seguridad y la satisfacción de usuarios, de manera que la cultura organizacional y las dinámicas de trabajo e institucional parece quedar excluida en gran medida. Esta cuestión es importante para los alcances de este trabajo investigativo.

II. Marco Teórico

II.1. Estado del Arte

Existen numerosos estudios que abordan el fenómeno de la competencia comunicacional en general o de algunos de sus elementos en las organizaciones. Hacernos cargo del conjunto de investigaciones relativas a esta materia sobrepasa el marco de esta propuesta, motivo por el cual se ha hecho una selección en función de nuestros objetivos de investigación y nuestra perspectiva teórica. A grandes rasgos, el conjunto de artículos especializados, tesis, monografías, capítulos de libros y libros pesquisados en la revisión bibliográfica, podemos dividirlos en dos conjuntos: literatura especializada de contexto y literatura especializada atingente a la temática. Con la primera hacemos referencia al conjunto de trabajos que, si bien no abordan la temática de estudio en su especificidad, aportan marcos conceptuales y metodológicos referenciales sobre comunicación y salud. Con el segundo conjunto nos referimos a aquellos estudios que están estrechamente vinculados con nuestra temática específica de investigación, recordemos, las representaciones de los trabajadores(as) sobre la competencia comunicativa pragmática de sus jefaturas en una unidad de un hospital público, conformando así antecedentes fundamentales para una discusión bibliográfica relativa a nuestro objeto de estudio. Ambos conjuntos han sido separados en ocho subtemas que se exponen a continuación.

Comunicación y salud

En cuanto a la relación entre comunicación y salud constatamos la existencia de una abundante y variada bibliografía que aborda distintas dimensiones de esta relación. La preocupación por la temática se hace notoria a partir de la década de 1990, con el cuestionamiento al paradigma biomédico y utilitarista que entonces caracterizaba a las prácticas médicas. Por ejemplo, en el diagnóstico realizado por Cuberli (2008) se identifican las principales áreas de producción de conocimiento relativo a esta relación, quien en esta línea señala la existencia de un enfoque más tradicional que se ha centrado principalmente en investigar el lugar de la comunicación en las políticas de salud (Beltrán, 1993; González Gartland, 2019; Petracci, 1994; Petracci *et al.* 1994), cuyo foco ha estado puesto en el diseño y

evaluación de las diferentes modalidades y características de sus componentes, así como del vínculo entre la comunicación y la dimensión política. Así mismo, otras perspectivas dentro de este enfoque se han propuesto describir y analizar “las características de la comunicación, la información y sus alcances para el cambio de comportamientos en los niveles individual y social” (Cuberli, 2008), con autores como Nájera (1990), Ianowski (1997), Kornblit y Petracci (2014), entre otros.

La comunicación en el vínculo médico - paciente / usuario

Por otro lado, existe una línea de investigación que se ha centrado en lo relativo al vínculo médico-paciente (Bohórquez & Jaramillo, 2004; Hernández-Torres *et al.*, 2006; Mucci, 2007; Rioseco *et al.*, 2002; Villalobos & Calvanese, 2021). Si bien el foco de nuestro estudio está orientado al vínculo médico-equipo de gestión, estos trabajos aportan aproximaciones relevantes para el análisis de las relaciones humanas en el ámbito de la salud y el rol preponderante que la comunicación efectiva tiene en el desarrollo de las actividades laborales, el mantenimiento del buen clima de trabajo y las relaciones interpersonales. Varios autores coinciden con que la comunicación es una de las competencias básicas en la formación médica, razón por la cual se han incluido cursos formales de comunicación en los programas curriculares de medicina en varias universidades de América y Europa (Albardonedo, 2018; Alcalay, 1999; Bernardo Fuentes, 2004; Clèries Costa, 2010; Moore & Gómez, 2007; Moore *et al.*, 2010; Moore *et al.*, 2012; Salazar-Blanco *et al.*, 2015; Sánchez-Angarita, 2016). Se ha propuesto con ello al campo de Comunicación y Salud como un referente epistémico para fortalecer las habilidades en comunicación en la formación médica, en estricta consonancia con el paradigma médico social donde la efectividad de la comunicación se ha posicionado como la “piedra angular” en la promoción de cambios en los estilos de vida de las personas y como fundamento del comportamiento del profesional de la Ciencias Médicas (Legón *et al.*, 2010). Otros estudios (Alba-Leonel *et al.*, 2012; Quiroga, 2021), relativos al ámbito de la enfermería han insistido también en la importancia de la formación comunicativa de los profesionales en su desempeño, al igual que en la incidencia que esta tiene en la estabilización del estado emocional de los pacientes y la generación de vínculos de confianza que contribuyan al buen desarrollo y resultado de los tratamientos de salud. Para el caso mexicano, Alba-Leonel *et al.* (2012) han evidenciado el vacío formativo de las enfermeras en el ámbito comunicacional, dificultando la comunicación con los pacientes, mientras que las

que conocen y aplican técnicas comunicativas en el desempeño de sus actividades y en el trato con los pacientes las han adquirido de forma extracurricular.

No obstante, tanto el concepto de competencia comunicativa como la importancia de esta en el ámbito de la formación revisten una dimensión dilemática. Albardonedo (2018) advierte sobre el concepto y el enfoque en competencias, que la connotación eficientista y operativa que despliega no resuelve ni atenúa las debilidades de la formación académica centrada en la “erudición” y “alejada de los contextos y realidades construidas y sentidas por los colectivos y las comunidades” (p. 148). Así también, recalca la posición de dominio y poder relacionada a las competencias y habilidades comunicacionales, en cuanto suponen atributos a poner en práctica y así ejercer “cierto grado de control sobre determinadas acciones”. El profesional de la salud demuestra así que puede comunicar al paciente o a la comunidad de manera eficiente, pasando por alto el hecho de que la eficiencia en un proceso de comunicación, en gran parte de los casos, “es un valor a construir entre emisores y receptores” (Ibid.).

En consonancia con este último punto, Cuberli (2008) señala que los estudios realizados principalmente desde la medicina y la psicología relativos a la comunicación en el vínculo entre profesionales de la salud e individuos en calidad de pacientes o usuarios de los servicios de salud, en los que se problematiza la calidad de la atención recibida, se han caracterizado por ser investigaciones que consideran al paciente como un “sujeto aislado en términos individuales, portador de necesidades que demandan a los servicios las condiciones de su satisfacción”, desconociendo así a la salud o a la enfermedad como parte de un proceso.

La competencia comunicativa en las organizaciones de salud

A partir de aquí surge una tercera área temática identificada por Cuberli (2008), aquella que considera a la salud como un campo complejo esencialmente por la presencia de diferentes saberes disciplinares que se encuentran con motivo de abordar problemas de salud. En este sentido, el concepto de “totalidad” propuesto por Testa (1989), resulta relevante al proponer con él la visión de la salud como un fenómeno social, enfatizando en la necesidad de sustituir el enfoque médico-paciente por una consideración más amplia de las relaciones entre población y servicios de salud, a partir de la incorporación de los grupos y conjuntos sociales.

En este sentido, existen estudios que han relevado la importancia de la competencia comunicativa como un elemento clave para las organizaciones (Bermúdez & González, 2011) y específicamente para aquellas relacionadas al ámbito de la salud (Gutiérrez Betancur *et al.*, 2022; Pezo-Ávila *et al.*, 2020; Ramírez Molina & Hugueth Alba 2017). Al respecto, hay que tener como punto de partida que, tal como lo afirman Fletcher *et al.* (cit. Newell & Jordan, 2015), “la intención principal de la comunicación y la interacción, en el ámbito de la salud, es influir en el estado de salud o el estado de bienestar del paciente”. Como se puede inferir, la comunicación no solo está para transmitir un mensaje, sino que espera que se produzcan cambios reales en la realidad en que se está viviendo. En otras palabras, la comunicación, tanto con el paciente como con los profesionales o con un público más amplio, tiene una finalidad que se busca con ella de manera instrumental. A nivel organizacional esto se denomina *comunicación estratégica*.

El pensamiento estratégico lleva implícito un mensaje de adaptación al entorno variable de la organización (Petrona, 2021). Esto es particularmente relevante dado que el tenor de este trabajo investigativo no radica en la comunicación médico-paciente, sino que refiere a ese mismo profesional médico en su condición de jefatura, en relación con su equipo de profesionales a cargo. Y por ello efectivamente se inscribe más en un enfoque estratégico, en tanto releva las representaciones de la competencia comunicativa de la jefatura, en esa experiencia, esta vez laboral, de interacciones.

De Assis-Brito *et al.* (2022) se dedicaron a investigar cuáles son las estrategias que promueven la comunicación efectiva entre los profesionales de salud que trabajan en un área de neonatología, encontrando las siguientes estrategias: SBAR, P.U.R.E. y cambio de turno, las que como base mejoraron la relación interdisciplinaria, lo que a su vez lleva a mejorar la calidad de la atención al paciente. Aquí se puede constatar una iniciativa que podríamos llamar de “acuerdos conversacionales”, en tanto facilitan ciertas coordinaciones, las que tienen un impacto en la gestión y por ende en los resultados. Lo *et al.* (2021) analizaron el aprendizaje de técnicas SBAR, descubriendo que las mejoras más evidentes se dieron en estudios de aula y que para los estudios en entornos clínicos se necesita de intervenciones más amplias y multifacéticas para que los cambios puedan ser significativos. Por su parte, Fernández-Quiroga *et al.* (2017) comprobaron la mejora de las habilidades comunicacionales de estudiantes de medicina usando la simulación clínica, teniendo resultados significativos en las dimensiones de comunicación informativa, empatía y habilidad social. Apoyando lo antes

mencionado, Aguilar-Ortega *et al.* (2018) añaden la necesidad de que la simulación de casos sea con equipos multidisciplinares.

En todos los casos anteriores es posible constatar una intención de fortalecer las competencias comunicativas de los médicos, con dos propósitos: 1) el claro encuadre médico-paciente, en donde se busca que la competencia comunicativa de los profesionales médicos pueda alcanzar ciertos niveles de empatía, con el segundo con el fin de “humanizar” la experiencia, en el sentido de no sobre tecnificar la explicación del o la médico, cayendo este o ésta en conceptualizaciones o argumentaciones que van a resultar incomprensibles para el paciente; 2) relevar la importancia de la mirada interdisciplinaria al momento de tratar a un paciente. Este punto, el que podríamos llamar forzado, obliga a cada especialista a salir de los márgenes de su formación e interactuar con otros profesionales para enriquecer el diagnóstico, en beneficio del paciente.

Sin embargo, ante la visión de esta investigación, pese a los esfuerzos anteriores, las personas o profesionales de apoyo a la labor de los médicos siguen quedando fuera de la reflexión, siendo hasta aquí los grandes ausentes. Este trabajo busca relevar esa voz, la de los actores “ocultos” o al menos hasta ahora secundarios del sistema de salud. Se puede citar también, por ejemplo, un ejercicio de prácticas en que se analizó la comunicación efectiva sobre las pautas dietéticas basadas en alimentos, haciendo una serie de recomendaciones: 1) revisión del lenguaje y el tono del mensaje; 2) comunicación específica a un segmento de la población; 3) considerar las barreras y beneficios; 4) desarrollo de herramientas y recursos prácticos para apoyar la implementación de las directrices; y 5) aprovechar las redes sociales (Culliford *et al.*, 2023). Al leer estas recomendaciones se puede ver su potencial para ser aplicadas a otras áreas de la salud, con un mayor énfasis en la comprensión adaptativa del desafío. Es decir, un cambio en las prácticas comunicativas de los profesionales en general de la salud que favorezcan una modificación a nivel de mentalidad y de conducta, en el ejercicio de sus roles, para potenciar vínculos relacionales más cercanos, empáticos y por sobre todo fuera de la “caja” de los tecnicismos médicos.

En la misma línea, para Laidsaar-Powell *et al.* (2018) existe una escasez de estrategias prácticas que guíen la comunicación efectiva entre el médico, paciente y la familia, para lo que elaboraron una pauta con la cual brindar estrategias claras, específicas y basadas en la evidencia, planteándose los autores lo beneficioso que sería implementarlas en los planes de educación de los estudiantes del área de la salud.

Para enfrentar el actual estado de la comunicación en salud, Adiss y Fiore (2019) afirman que es necesario hacer un cambio en las estrategias comunicativas, por lo que proponen cinco cambios principales: 1) establecer reglas que realmente se puedan seguir; 2) mejorar la calidad de la información científica; 3) aceptar y alentar la confrontación abierta; 4) permitir que los ciudadanos puedan expresar y hacer valer sus necesidades; 5) transformar la incertidumbre de límite a valor. Algunos comentarios a los cinco puntos referidos en el enfoque son:

- Establecer reglas que realmente se puedan seguir: a primera vista pudiera ser una solución a una serie de situaciones conflictivas, las que incluso en un extremo pueden llegar a ser el fruto de malentendidos y conflictos en temas sensibles de una dinámica de trabajo, tales como: de roles, tareas, pedidos, incentivos, penalizaciones o límites éticos, entre otros. Resulta al menos dudoso que estas complejidades, propias de las experiencias interrelacionales, se puedan solucionar decretando una serie de reglas o normas. Pareciera esto de caer en la “trampa” de darle solución técnica a problemáticas que son adaptativas (Heitfetz, 2009 citado en Addios & Fiore, 2019).

- Mejorar la información científica: pareciera esta una regla o principio obvio para profesionales que requieren de ir perfeccionando constantemente las teorías o los trabajos investigativos y sus hallazgos, dado que son estos los insumos que aseguran una mayor posibilidad de éxito en sus intervenciones médicas. Sin embargo, no abordan el asunto de las relaciones humanas y mucho menos el tema de cómo se comunica esta información. Queda claro el qué (información científica), pero queda al debe, el cómo se comunica. No solo en términos de metodologías de comunicación, sino sobre todo como espacio de diálogo y conversaciones de esta información y de cómo hacerla exequible a los otros(as) integrantes del equipo, a partir de una experiencia amable de coordinación y encuentro.

- Aceptar y alentar la confrontación abierta: este punto pareciera ser una contribución en la línea de fortalecer espacios o experiencias dialogantes de los profesionales de salud. El propósito de abrirse genuinamente a las discrepancias sobre un fenómeno permite reforzar prácticas y una cultura abierta a valorar la diversidad y a incorporar otras visiones. Todo esto a partir de lo que podríamos llamar el valor de conversar. Y si bien esto es pertinente para cualquier escenario laboral, pareciera que, para el caso de los profesionales de la salud, dada la naturaleza crítica de su oficio, esto podría llegar a ser más que relevante.

- Permitir que los ciudadanos puedan expresar y hacer valer sus necesidades: en este punto nos encontramos con lo que podría ser un valor y aporte dado el encuadre de este trabajo, puesto que, por primera vez en este ejercicio de revisión bibliográfica, nos encontramos con la posibilidad de incorporar a otros(as) actores del ámbito de la salud. Y si bien este estudio no pretende relevar estas voces, si busca darles a los relatos, a las experiencias contadas, a las subjetividades de los individuos involucrados. Y asignarle a todo aquello una importancia y consciencia profunda y de peso científico.

- Transformar la incertidumbre de límite a valor: no cabe duda de que en tiempos post Covid 19, conflictos, crisis económica, social y política, han dejado una huella innegable en este sentido. Si antes las organizaciones planificaban a dos, tres, hasta cinco años en la actualidad los planes se elaboran a corto plazo, de cara a los acontecimientos emergentes. Se ha tenido que transitar de estructuras de gestión acostumbradas a la rigidez de ciertos planes, a una capacidad adaptiva de las estrategias, en relación justamente de esta incertidumbre en muchos sentidos, tanto técnicos, como humanos propios de cualquier escenario laboral. Como lo es precisamente el escenario de salud, él que quizás como ningún otro se vio convulsionado con las amenazas de la pandemia del Covid 19 (Garralda Fernández *et al.*, 2021), fueron sin ninguna duda la “primera línea” en contener la pandemia, con todos los riesgos que eso conllevó. Más allá de las evidentes y lamentables pérdidas de vidas por contagio, para el gremio de la salud supuso un estrés importante del sistema en lo que a dinámicas humanas se refiere.

Sin duda uno de los momentos más difíciles de comunicar dentro del trabajo en salud es el tener que comunicar malas noticias. En la investigación de Miller *et al.* (2022) concluyen que a la hora de informar al respecto es necesario hacerlo con una comprensión de toda la verdad hacia el paciente, ya que sin toda la información este no podrá hacer una toma de decisiones informada. Para Coventry *et al.* (2020) la comunicación y apoyo efectivo son fundamentales para la preparación de la muerte del paciente y el proceso de duelo que trae consigo. En un estudio (Stocklassa *et al.*, 2022), con pacientes de cáncer con enfermedades terminales, se concluyó que estos pacientes también quieren saber la verdad sobre su estado. Torregrosa (2020) propone el uso del modelo SPIKES para facilitar las conversaciones difíciles inherentes al trabajo médico, el cual no debería estar enfocado en las habilidades, sino que también en lo necesario de la humanización de la medicina y quien se encuentra en sufrimiento. Los profesionales en salud no solo deben recibir herramientas para comunicar este tipo de situaciones, sino que también se debería reconocer la carga emocional que trae

consigo (Connolly *et al.*, 2015). Para Koch *et al.* (2016) los roles definidos del equipo médico y el trabajo en equipo permiten compartir la información de forma oportuna, compasiva y precisa a los familiares.

Como ya lo hemos señalado en este trabajo anteriormente, las referencias en cuanto a las habilidades comunicacionales de los profesionales médicos siguen tratadas en el encuadre médico-paciente. Al menos hasta aquí no hay estudios respecto de dicha habilidad comunicativa a partir del ejercicio de su rol como jefatura y de cómo esta pudiera llegar a ser contenida en ciertas representaciones (conceptos, imágenes, estereotipos sociales o culturales, etc.) por los profesionales a su cargo. Cabe entonces preguntarse, ¿es posible mejorar la comunicación médico-paciente así como la estrategia de comunicación entre un hospital público y la sociedad sin abordar primero o conjuntamente la estrategia de comunicación interna entre los equipos de salud? Responder afirmativamente esta pregunta resulta a lo menos dificultoso, porque teóricamente, y sin evidencia que compruebe lo contrario, pareciera que a estas estrategias les falta un eslabón previo o complementario. La ausencia de investigaciones capaces de responder esta pregunta representa la relevancia de esta investigación.

Beneficios de mejorar las estrategias comunicativas organizacionales

En una línea distinta a la hasta aquí descrita, existen estudios que plantean los beneficios de mejorar las estrategias comunicativas, en especial con grupos de riesgo como lo serían: los adultos mayores (Pinsonnault-Skvarenina *et al.*, 2021), personas sordas con acceso limitado a la información (Naseribooriabadi *et al.*, 2017), inmigrantes (Giebel *et al.*, 2015), en situación de discapacidad intelectual (Hemm *et al.*, 2015), cuidados paliativos (Saretta *et al.*, 2022), pueblos originarios (Lin *et al.*, 2016; Jennings *et al.*, 2018), jóvenes y adolescentes (Kim & White, 2018), pacientes en urgencias (Wennberg Capellades, 2018), etc.

La comunicación efectiva se vuelve un punto relevante en especial cuando se trata de aquellos profesionales de la salud que se encuentran en puestos directivos, pues pueden transformar la calidad del servicio acelerando o no los procesos de diagnóstico, tratamiento, estadía, planificación y atención (Oztürk *et al.*, 2019). Aquí aparece un resultado novedoso en este ejercicio de revisión, puesto que habla de profesionales de la salud que se encuentran en puestos directivos, sin embargo, lo restringe a la capacidad de tomar decisiones más rápidas

para responder de manera más pronta a un diagnóstico y poder con esa información hacer más eficientes los protocolos de atención al paciente, con un acento en dar solución técnica a una problemática de relación o comunicación.

Así también, un estudio entre el personal especializado de rehabilitación neurológica (Franz *et al.*, 2020) indican que se podría mejorar la calidad de atención centrándose en una comunicación interprofesional orientada al paciente, donde las trabas se encuentran en las diferentes terminologías específicas de cada profesión y en el entendimiento del rol que asumen los otros profesionales dentro de su puesto de trabajo. Nakashima *et al.* (2015) hacen hincapié en el desconocimiento que se tiene de los otros profesionales de la salud como obstáculo para una buena colaboración. Como lo demostró Kaplan *et al.* (2015) en una intervención con estudiantes universitarios, se puede aportar a la colaboración interprofesional dándole oportunidades desde su formación la oportunidad de trabajar con otras áreas de la salud, proponiendo con esto un interesante punto respecto del valor de la colaboración inter-áreas, de los distintos profesionales de la salud, frente a una mejor atención al paciente. Al menos se rescata el valor de la colaboración como un desafío, el que es visto como provechoso, aunque “atrapado” en los límites del vínculo con el paciente.

Desde el enfoque de los estudios cualitativos, se ha remarcado la importancia de los aspectos interpersonales y sociales sobre el trato con el paciente, y más en aquellos pacientes UCI, donde la gestión del riesgo es alta: “En equipos multidisciplinares la buena comunicación facilita la comprensión compartida, la toma de decisiones y la acción coordinada, lo que reduce el riesgo del paciente en el proceso” (Heasman *et al.*, 2015). En el mismo ambiente, Eddy *et al.* (2016) recomiendan que todos los miembros del equipo se capaciten en programas de trabajo en equipo, con profesionales capacitados, basados en las necesidades de cada equipo, las que sean del tipo prácticas, con simulaciones de alta fidelidad y creando oportunidades en que los equipos puedan demostrar lo aprendido. Noce *et al.* (2020) concluyen que para un buen trabajo en equipo es necesario el desarrollo de una buena comunicación y colaboración entre las partes, siendo capaces de integrar las distintas áreas de conocimiento y bases de conocimiento sólidas. Nos encontramos ante un encuadre que releva la importancia de las habilidades o competencias comunicativas de los profesionales de la salud, para generar un valor en la gestión, la que puede hacer la diferencia si colaboraran o se comunican entre sí en el marco de un trabajo multidisciplinario. Es decir, el aporte de disciplinas o especialidades diferentes al servicio de un diagnóstico más certero. Pero ¿qué pasa con estas mismas habilidades “puertas adentro” de cada equipo? Se trata, por ejemplo,

de vislumbrar si esa colaboración propiciada por alguna jefatura genera ese mismo valor de miradas diferentes.

El estudio post- pandémico de Caneppele *et al.* (2020) demostró que se fortaleció el trabajo en equipo y la colaboración interprofesional en el contexto de un servicio de urgencias en Brasil. Este es un aspecto muy importante que ha llegado a revolucionar el trabajo médico, tanto a nivel interprofesional como con los pacientes es el tema de la pandemia, haciéndose un llamado a revisar protocolos y cómo educar a los profesionales ante este tipo de crisis (Anderson et al., 2020).

El “buen médico”

En otra línea de observación, Steiner-Hofbauer *et al.* (2018) hace una revisión minuciosa sobre las características que definirían a un buen médico, llegando a las siguientes categorías: cualidades interpersonales generales, comunicación con el paciente, habilidades médicas técnicas, ética, administración y educación continua. Entre quienes se consultaron, los médicos prestaban más importancia a las habilidades médicas, mientras que los pacientes prestaban más atención a la comunicación. Esta cuestión no es nada de trivial, dada las pretensiones de este trabajo, el que busca relevar o exponer cómo es que los profesionales se representan la habilidad para comunicarse de sus jefaturas y cuánto de estas posibles representaciones dan cuenta de esa dualidad de las que este estudio llama habilidades médicas, versus las habilidades de comunicación, las que sí fueron valoradas por los pacientes.

Wolf *et al.* (2017) llegaron a esta misma conclusión, valorando por sobre todo el proceso de conexión humana. En un estudio con pacientes con trastorno límite de la personalidad y sus familiares (Lamont & Dickens, 2021), estos valoraron positivamente la profesionalidad, el respeto y la compasión, pero señalan que la relación con el profesional se pone en riesgo cuando existían problemas con la comunicación, de intercambio de información y de apoyo.

Por otro lado, al analizar a un grupo de estudiantes de enfermería -sobre quienes existe mayor producción académica-, Huang *et al.* (2020) evidenciaron que estos tenían bastante seguridad en sus habilidades clínicas, pero no así es sus conocimientos socioculturales, de comunicación efectiva y de comprensión del contexto. Recopilando

estudios también sobre estudiantes de enfermería, Bianchi *et al.* (2016) llaman a identificar estrategias pedagógicas adicionales y las características del entorno específicas que fomenten el desarrollo de las competencias de seguridad del paciente.

Prosiguiendo con la búsqueda de más antecedentes nos encontramos con que Tumani *et al.* (2022) consideran que la enseñanza de un actuar profesional debería enseñarse en la formación académica y en las capacitaciones posteriores, ya sea en el área de la nutrición como de la salud en general. Rescatando atributos como la empatía e inteligencia emocional, comunicación interpersonal tanto con pares como con el paciente, se refieren a un actuar centrado en la práctica y al compromiso de un aprendizaje continuo. Relevante en este sentido es el concepto de “inteligencia emocional”. Entre las múltiples aproximaciones al concepto encontramos la del Reuven Bar-On (1997), quien describe la inteligencia emocional como un conjunto de conocimientos y habilidades en lo emocional y social, que influyen en nuestra capacidad general para afrontar efectivamente las demandas de nuestro medio. Dicha habilidad se basa en la capacidad del individuo de ser consciente, comprender, controlar y expresar sus emociones de manera efectiva. Si bien a primera vista es un enfoque interesante para observar la competencia comunicativa de las jefaturas hospitalarias, dada su complejidad se aleja de los bordes de esta investigación, al menos en esta primera fase de construcción del proyecto investigativo.

Luego, un punto donde se tocan el trabajo de equipos de salud y la comunicación entre ellos, es al momento de hacer el traspaso de paciente de un profesional a otro, o dentro de un área a otra. “La adopción de métodos de comunicación efectivos determina una mejora significativa del traspaso y una reducción en la frecuencia de errores y eventos adversos” (Meglione *et al.*, 2021). Para evitar esta clase de situaciones, Burgess *et al.* (2020) plantea la necesidad de usar un marco estructurado y estandarizado de comunicación (ISBAR). Adicional a esto, Tremblay *et al.* (2016), al analizar un estudio de caso, resaltan la idea del liderazgo compartido, el cual “fomenta acciones coordinadas para permitir el funcionamiento como un equipo integrado de equipos (...) deben lograr el liderazgo cuando su contribución sea relevante”. Una vez más un encuadre de coordinación en la comunicación entre médicos especialistas, de cara a una buena gestión de tratamiento médico, obviando el trabajo interno de los equipos y de sus mecanismos de comunicación, propiciados o no por su jefatura, para alcanzar determinados estándares de gestión para el paciente.

Enfoque en la seguridad del paciente

Aranaz et al. (2018) definen la cultura de la seguridad del paciente como “el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización, el estilo y la competencia de dicha gestión”. Uno de los pilares fundamentales de la seguridad del paciente es la comunicación efectiva, afectando la mala comunicación tanto al paciente como a los profesionales de la salud (Mardiah y Musharyanti, 2021). Sin duda la comunicación es un elemento central a la hora de hablar de la seguridad del paciente. Lee et al. (2022) analizaron la efectividad de los programas de capacitación, donde el capacitar enfermeras para hablar en voz alta mejoró tanto su asertividad como su comportamiento, teniendo un potencial de bienestar psicológico y proponiendo enfocar los programas en situaciones clínicas reales, donde se realice un trabajo de equipo conjunto entre todos los miembros del personal de salud. Jaufuraully et al. (2022) señalan que el entrenamiento con simulación y el uso de la inteligencia artificial es clave para el entrenamiento futuro de los estudiantes en salud. Este es un tema que podemos juzgar de muy incipiente, pero podría llegar entregar valiosa información respecto del juicio de valor que pueden llegar tener los individuos que interactúan con un profesional médico, independiente de su condición de paciente o colaborador.

En la recopilación de estudios sobre programas de capacitación en seguridad del paciente dirigidos al área de salud llevado por Amaral *et al.* (2023) se detalló que los programas brindan herramientas y técnicas para reconocer incidentes adversos, reconocer los efectos adversos, reconocer el factor humano (habilidades no técnicas y cansancio), comprender procesos de alto riesgo, y promover la comunicación, el trabajo en equipo y la consolidación de una cultura organizacional que trascienda en el tiempo.

Respecto a la cultura de la seguridad en Latinoamérica, Camacho-Rodríguez et al. (2022) hicieron una revisión sistemática de los estudios del tema en la región, reconociendo que es un tema relativamente desconocido en la mayoría de los países, siendo necesario potenciarlo en los planes de estudio, enfatizando el desarrollo de habilidades comunicativas, liderazgo y trabajo en equipo. Un estudio llevado en un hospital de Sao Paulo (Santiago y Turrini, 2015) mostró una diferencia en la cultura de seguridad de las UCI del mismo hospital, confirmando la existencia de micro culturas locales. En Argentina, pese a que igual se considera un tema reciente, un estudio de percepción de la cultura de seguridad del paciente

(Ramos, *et al.*, 2017) destacó como fortaleza la mejora continua y el trabajo en equipo, y como debilidad la falta de dotación de personal, en donde la carga laboral impide que se pueda atender a los pacientes de manera óptima.

Para Calegari et al. (2015) “la humanización está relacionada con el respeto, la acogida y la empatía. En la práctica profesional, las acciones dirigidas a la humanización se pueden facilitar por la cultura organizacional, pero dificultadas por el exceso de trabajo”. Oliveira *et al.* (2017), en un estudio con pacientes sobrevivientes de cáncer, destacan un área muchas veces olvidada, en que no solo se exija al personal de salud, que era necesario establecer una comunicación efectiva para que todo el proceso de atención se realice de la mejor manera posible y los pacientes se sientan en un ambiente cálido y de confianza. Esto pone en evidencia que no hay que olvidar la importancia del autodesarrollo de los profesionales, en cualquiera que sea su ámbito de gestión. Solo que dada la naturaleza del trabajo de los(as) profesionales de la salud, esta resulta más crítica y sensible.

El profesional de salud como comunicador

Otro de los grandes motivos por el que la comunicación está relacionada con los profesionales de la salud, es porque cada vez más estos últimos se convierten en portavoz de su especialidad e influyen así el comportamiento de las personas. Esto se hizo notorio en los últimos años y se ha más acentuado después de la pandemia del Covid-19. En un estudio, Butow et al. (2023) demostraron que los oncólogos tenían mucha influencia sobre los pacientes con cáncer en cuanto a sus dudas sobre la vacunación. Ante estas situaciones el médico se vuelve un portavoz, por lo que es necesario establecer “una política de comunicación eficaz que permita un flujo de confianza con la población (...) siendo sus objetivos educar, informar, recomendar, preparar y prevenir” (Esquivel-Guadarrama, 2020). En este punto podría llegar a ser interesante el conocer estas mismas percepciones, pero esta vez de los actores que están dentro del servicio, los que dan la atención, no solo de aquellos que la reciben, los llamados “pacientes”.

En la misma línea, Stehr et al., (2022) en un estudio de lesiones infantiles, remarcan la contribución de los profesionales de la salud como comunicadores, en donde una comunicación basada en la teoría y que se adapta a la era digital puede efectivamente contribuir a la prevención. Por lo nuevo del tema, Jonasdottir (2022) sugiere que se investigue

más sobre la capacitación de profesionales de la salud en telemedicina y el uso de recursos tecnológicos que cada vez son más exigidos.

Existen así múltiples estudios sobre educación en salud. Algunos de los temas revisados y que promueven una comunicación entre paciente y profesional de salud son: papiloma humano (Marfo et al., 2022), cambio climático (Kotcher et al., 2021; Dupraz y Burnand, 2021), pautas de actividad física o alimentación (Milton et al., 2020), vacunación prepandemia (Housset, 2019), diabetes tipo 2 (Pourhabibi et al. 2022), osteoartritis (Chou *et al.*, 2018), enfermedades cardiovasculares (Ju *et al.*, 2018), tabaco (McKay et al., 2015). En otro sentido y al final este apartado queda en cierta evidencia que los estudios organizacionales no son tan acabados metodológicamente, porque los que fueron revisados no explicitan si hicieron estudios de representaciones o etnografías, pero sí abordan la comunicación jefatura-equipo, sobre todo en el mundo comercial privado. Luego, en el mundo hospitalario parece ser al revés: las investigaciones tienen metodologías claras y estandarizadas, pero no abordan la comunicación jefatura-equipo.

Para ir cerrando este trabajo de revisión, se puede señalar que uno de los hallazgos más destacados en los estudios referidos a la comunicación por parte de un profesional médico es que estos están centrados, en una importante mayoría, en que “el paciente debe ser el foco de los servicios de salud, donde las mejoras en las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud promuevan una atención de salud excelente y de calidad” (Mata *et al.* 2019). En este sentido, los resultados del estudio de Meneses-La-Riva *et al.* (2021) demostraron que tanto pacientes como profesionales de la enfermería coinciden en que es fundamental la formación del profesional de la salud en una atención humanizadora, siendo este capaz de compartir experiencias, al mismo tiempo que respeta creencias y costumbres y desarrollando habilidades de comunicación. De igual modo, mucha de la capacitación de las habilidades de conversación saludable se enfoca en lograr un cambio en el comportamiento del paciente. Hollis et al. (2022) demostraron un aumento del dominio del tema post capacitaciones, en donde trabas como conocimiento, creencias y las intenciones dejaron de ser una barrera a la hora de lograr cambios de comportamiento. Al ver al paciente dentro de un contexto más amplio, se pueden adoptar estrategias claras y adaptadas a un entorno específico.

Desde la perspectiva de los estudios comunicacionales y la pragmática, puede sintetizarse que los estudios sobre comunicación y salud no se centran en los contenidos ni

elementos técnicos específicos que se valoran en la comunicación profesional dentro de este rubro, tales como calidad, cantidad o claridad, forma, elementos paralingüísticos, etc. Sin embargo, puede inferirse que los enfoques en la relación con los pacientes y en la calidad de la atención, incluyendo en esta la calidad de la comunicación ejercida, guardan relación con la cooperación comunicativa y organizacional, además de algunos elementos psicolingüísticos como la inteligencia emocional y con la pertinencia contextual que se necesita para lograr los objetivos asignados en consideración de los sujetos -usuarios(as)- con los cuales se trabaja.

Representaciones sociales sobre médicos y profesionales de salud

Finalmente, respecto de las representaciones de la comunicación de jefaturas de salud en contexto laboral se ha hallado poca bibliografía publicada los últimos años en español. La mayoría de las investigaciones existentes sobre representaciones acerca de profesionales de salud se centran ya sea en las experiencias de las y los pacientes en los servicios o en las representaciones que estos tienen de sus enfermedades y tratamientos. Entre las primeras encontramos, por ejemplo, estudios sobre representaciones sociales de la atención de salud en mujeres quilombanas en Brasil (Silva et al., 2022) o inclusive algunas en temas muy específicos como la desarrollada por Silva et al. (2022) sobre las representaciones sociales de las mujeres sobre la punción venosa con fines anestésicos y quirúrgicos a la luz de los estresores de Neuman. Entre las segundas se hallan investigaciones sobre, por ejemplo, representaciones sociales de pacientes de origen quechua con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de dos hospitales de Cusco, Perú (Fuigueroa Mujica, 2021).

Luego, en inglés y en portugués existe un poco más de bibliografía sobre representaciones de los propios profesionales de la salud respecto de ciertos grupos históricamente discriminados o también llamados “vulnerables”, como ya se ha señalado. Tal es el caso de una investigación hecha por Craciun (2016) sobre la percepción que médicos generales rumanos tienen sobre la adultez mayor y qué rol puede jugar el género en sus representaciones sobre el envejecimiento. Así mismo, en Latinoamérica existen investigaciones brasileñas sobre, por ejemplo, las representaciones sociales de enfermeras de una unidad de atención de urgencia sobre las atenciones prestadas a personas con trastornos mentales (Sabeh et al., 2023) y otra sobre representaciones sociales de estudiantes de postgrado en psicología respecto de personas trans (Concha Valderrama y Hoyos Hernández, 2023).

En habla hispana se encontró solo una investigación relacionada más directamente con nuestro tema de estudio, específicamente sobre el significado de confiar en la jefatura en el contexto de un hospital público chileno (Yáñez Gallardo *et al.*, 2018). Si bien en dicha investigación no se explicita que su objeto de estudio sea representacional, la metodología utilizada es fenomenológica y se lleva a cabo mediante entrevistas aplicadas a profesionales subordinados, es decir, se construyó un conocimiento indirecto sobre el fenómeno a partir de relatos. Además, entre sus resultados se cuenta que uno de los factores de la confianza hacia la jefatura hospitalaria por parte de esos equipos es la “buena comunicación”. Por otro lado, en español y contextualizada en Chile se publicó una tesis doctoral del año 2016 sobre comunicación institucional, específicamente sobre las conductas comunicacionales en el Poder Judicial y su relación con la percepción de clima laboral por parte de los trabajadores de tribunales (Muñoz Flores, 2016).

Otro buen ejemplo aplicado a la realidad chilena es el estudio de Montero (2016), en el que se analiza el caso del Hogar de Cristo, y cómo a partir de un análisis en torno a la percepción de la institución fueron capaces de crear campañas publicitarias efectivas, ya que se reforzaba y apuntaban las características que eran más identificables para el público. Este estudio abre pie a que se siga utilizando el marco teórico de las representaciones sociales, ya que es una construcción que se hace en conjunto socialmente.

Es por medio de estas representaciones sociales que el mundo va adquiriendo sentido y a la vez podemos comunicarlo con otros. Las representaciones sociales se van dando a través de la cotidianeidad, el espacio público y de la comunicación interpersonal que se genera en estas interacciones. Nos permiten crear un marco de referencias “que facilita nuestras interpretaciones de la realidad y guían nuestras relaciones con el mundo, por lo que llegan a estar profundamente embebidas en nuestro tejido cultural” (Vergara-Quintero, 2008). Ellas nos permiten entender el curso de las cosas e interpretar las actuaciones en sociedad, unen a la persona con el mundo y con los otros y así viceversa.

Todas las investigaciones anteriormente mencionadas sobre representaciones sociales tienen en común que se basan en los postulados teóricos de Moscovici (1986) y Jodelet (1987) sobre la temática, los cuales serán abordados en el Marco Teórico de este trabajo. Es recomendable, por lo tanto, seguir esa misma línea.

Finalmente, como puede apreciarse, uno de los principales hallazgos de esta extensa revisión bibliográfica es la escasez de investigaciones que traten específicamente la

comunicación de las jefaturas médicas con los equipos de salud. La mayoría de las investigaciones halladas se centran por diversos motivos preponderantemente en la relación médico-paciente/usuario, soslayando así lo que podría ser un eslabón previo, complementario o inclusive esencial en los procesos de comunicación estratégica por parte de las instituciones; y los estudios sobre la pragmática de esta comunicación son aparentemente inexistentes. Esta ausencia justifica la relevancia de nuestra investigación en busca de las representaciones sobre la competencia comunicativa pragmática de las jefaturas de una unidad hospitalaria en las reuniones de feedback individual y de coordinación colectiva.

II.2. Teoría general

Comunicación y pragmática

En el mundo de las organizaciones, independiente de la naturaleza del trabajo, la relación entre una jefatura y sus colaboradores o equipos resulta relevante para asegurar una serie de factores críticos de la gestión laboral (resultados, clima o ambiente laboral, compromiso, etc.). Este es el contexto para el desarrollo de esta propuesta de investigación. Se trata así de conocer las representaciones sobre la competencia comunicativa pragmática de un caso de jefaturas médicas y su posible impacto o afectación en las relaciones interpersonales y en el trabajo con los profesionales a su cargo en el contexto de un hospital público. Será por tanto el propósito inicial de este trabajo el hacer una revisión sobre cómo se han desarrollado los distintos enfoques o teorías entorno a la comunicación, por una parte, como fenómeno propio de la naturaleza humana en la interacción con otros(as) en general, identificando allí el posible impacto de esta experiencia en los vínculos relacionales, como es el caso de las jefaturas hospitalarias con las personas a su cargo. Por otra parte, se abordará la comunicación como una práctica esencialmente pragmática en un contexto cultural determinado, como es el caso de un hospital público. En este sentido, hablaremos de competencia comunicativa en general y de competencia pragmática en específico, identificando con ello el enfoque o encuadre de un fenómeno o experiencia comunicativa en su contexto, en este caso en una interacción particular en una dinámica organizacional específica.

Con este objetivo podemos observar, históricamente, que en la década de 1960 y 1970, en los estudios de la lingüística comienzan a aparecer nuevas disciplinas que se apoyan en principios conocidos y aceptados, pero que abren otros ámbitos de comprensión de lo que se

va a entender como “acción o acto comunicativo” (Cordaro 2000). En el encuadre de la filosofía del lenguaje aparece el libro póstumo de J.L Austin (1962), *Cómo hacer cosas con palabras*, que junto al curso de lingüística general de Ferdinand de Saussure (*Origen de la lingüística contemporánea*, 1907- 1911), van abriendo caminos a nuevas comprensiones del fenómeno. Saussure define por primer vez conceptos claves, adjudicándoseles una acepción determinada, tales como: sincronía, diacronía, lengua, lenguaje, habla, signo, significado, significante y unidad lingüística (Reyes, 1994). Podríamos advertir en este contexto el nacimiento de lo que más tarde se conocerá como la “pragmática comunicativa”, el que desarrolla el valor comunicativo del lenguaje, no solo como una experiencia que se explica desde códigos, sino que, desde instancias o experiencias comunicativas situadas en un contexto que les da sentido. Con ello aparece la dimensión social del lenguaje e incorpora para la comprensión del uso variable de la lengua, diferentes vectores, tales como espaciales, sociales, situacionales, lo que origina los estudios sociolingüísticos. Tanto Labov (1972) como Hudson (1980) se centran en el estudio del lenguaje en relación con la sociedad, es decir, las situaciones reales de enunciación y como un elemento clave en la trama social. Por su parte, Lavandera (1988), explícita, además, la dimensión cultural de la disciplina, es decir, se centra en el aspecto sociocultural del lenguaje.

Cuando los lingüistas cruzan las fronteras establecidas por las reglas estructurales que rigen el lenguaje (gramática, sintaxis) y se proponen estudiar unidades que están más allá de la oración o del enunciado, nacen nuevas formas de comprender el fenómeno lingüístico-comunicativo, como, por ejemplo: la lingüística del texto o el análisis del discurso. A finales del siglo XIX se rescata para la ciencia lingüística una evidencia clave para el desarrollo del pensamiento posterior y es que el lenguaje es fundamentalmente oral, “no hablamos como escribimos” (Leech 1983). Con esto nace el análisis de la conversación, el que influye en muchos casos en el análisis del discurso oral. Poniendo un nuevo acento, en los aspectos culturales del lenguaje, resurge la etnolingüística o lingüística cultural, como una profunda conciencia de la relevancia de los factores extralingüísticos en la comunicación humana (Bertuccelli 1993).

A partir de este contexto de pensamiento se proponen dos conceptos: 1) competencia: como conocimiento lingüístico o cognitivo del hablante (supone un hablante ideal); y 2) actuación: muestra todas las posibilidades exactas o inexactas, correctas o no, de construir frases. Para Chomsky (1974), cualquier individuo dotado de la facultad de hablar sería capaz de expresarse en su propia lengua con corrección e interpretar y entender lo que otro

individuo de su comunidad lingüística le pueda comunicar. Diez años después Hymes (1963) propone un contra punto de la teoría de Chomsky, en el contexto de la lingüística aplicada, señalando que es el contexto el que termina por definir las reglas gramaticales y que, por lo tanto, no existe un único hablante correcto. Para argumentar lo anterior agrega el concepto de “competencia comunicativa”, que define como un conjunto de habilidades y conocimientos que permiten que los hablantes de una comunidad lingüística real puedan entenderse en sus contextos de comunicación. Esto tiene en cuenta las actitudes, los valores y las motivaciones relacionadas con las lenguas, con sus características y usos (relevando la importancia del conocimiento sociolingüístico). En resumen, Chomsky utilizó el concepto de competencia para referirse al conocimiento lingüístico, en cambio Hymes (1971) propuso el establecimiento de un enfoque que se orienta a investigar las reglas de uso de una lengua en su medioambiente, es decir, en los diversos contextos socio-situacionales en que se realiza la comunicación verbal de una comunidad. Es decir, la performance o actuación como el “uso real” de la lengua, en donde el conocimiento gramatical es insuficiente para dar cuenta del acto comunicativo (Cordaro 2000). Por ello la aproximación de Hymes nos va dotando de un encuadre pertinente para el desafío de esta investigación.

Dado que la competencia comunicativa se vincula fuertemente con el uso del lenguaje en las situaciones comunicativas, el componente pragmático es de suma relevancia para comprender el uso del lenguaje en su contexto. Por ello, distintas teorías se orientan al estudio del lenguaje cotidiano y abordan diversas dimensiones del uso lingüístico, por ejemplo, actos de habla, fuerza ilocutiva o intención y acción del habla, análisis de la conversación, implicaturas conversacionales, inferencias, entre otros. Todo esto se engloba bajo lo que se puede denominar: estudios actuales de la pragmática.

Las teorías sobre la comunicación humana más frecuentemente citadas en la literatura especializada sobre pragmática son:

1. La teoría de los actos de habla de Searle, basada en el enfoque anterior de Austin (1962), que explica cómo se producen ciertos malentendidos e identifica algunos supuestos que permiten explicar por qué oraciones con formas gramaticales diferentes tienen aproximadamente el mismo sentido pragmático. Eso permite entender que el lenguaje no solo sirve para describir el mundo, sino que genera y es acción. Aquí ya se puede observar claramente lo que es la pragmática o pragmalingüística, la que da cuenta del sentido práctico del habla y de la influencia del

contexto en la interpretación del significado. Este enfoque se conecta directamente con el encuadre teórico de este trabajo, por ello resulta relevante volver a la idea central, de que el lenguaje no sólo se utiliza para emitir enunciados y transmitir significados, sino que con él realizamos acciones concretas en un tiempo y espacio determinados, los cuales contribuyen a la construcción de la situación de comunicación. Así, cuando hablamos no sólo decimos palabras, sino que también realizamos ciertas acciones: describimos, invitamos, aconsejamos, saludamos, felicitamos, discutimos, entre otras cosas (Austin, 1962). Estos aspectos podrán llegar a ser de particular valor al momento de conocer las particularidades de las dinámicas conversacionales en la cultura de un hospital.

2. La teoría de la relevancia de Dan Sperber (1975) en la que explica, a través de un esquema semiformal, cómo los hablantes hacen deducciones e inferencias a partir de lo que se va diciendo en una conversación o interacción lingüística, para así ir creando un contexto lingüístico en el cual interpretar debidamente los enunciados planteados. Es decir, los procesos cognitivos estarían dirigidos hacia la consecución de la máxima pertinencia, es decir, la búsqueda de una relación óptima entre los esfuerzos cognitivos y sus efectos. Vuelve en este último sentido a conectar con la idea de un lenguaje en uso. Este punto se conecta con el concepto de implicaturas propuesto por Grice (1968), el que también nos permite conocer el nivel de inferencias presentes en los actos comunicativos de una jefatura hospitalaria y del impacto que pueden llegar a tener en aspectos tan relevantes para otros(as), como el sentirse parte o integrado, versus el uso de un lenguaje que genera separación o marginación, o eventualmente como expresión de poder (Grice 1968).
3. El principio de cooperación de Grice (1968) estudia cómo los participantes en una interacción usan ciertos principios tácitos que facilitan la inferencia e interpretación de lo que se dice. Se centra en la idea de significado lingüístico en términos de significado del hablante (Escandell 1993). Desde esta mirada, se propone la existencia de un principio cooperativo general en la conversación del cual derivan ciertas máximas específicas. Grice introdujo la noción de implicaturas para sustituir la de implicación. En esta mirada, el contexto es importante en el análisis de un texto o una conversación, ya que, dependiendo de la situación comunicativa en la que nos encontremos, podemos interpretar de una forma o de otra el significado de lo dicho. Es decir, el significado del acto no solo depende del acto en sí, sino que también hay

que destacar la cultura (como el conjunto de sentidos de las prácticas) en la que se desarrolla la acción. Por lo tanto, dependiendo de la cultura, el acto comunicativo puede interpretarse de una forma u otra. De aquí la relevancia de estudiar la competencia comunicativa de una jefatura situada en la cultura propia de un hospital público. Es posible que sea este contexto (y no otro) el que explique el fenómeno comunicativo estudiado, con ciertas particularidades y entendimientos propios.

En un esfuerzo por construir la trazabilidad del pensamiento pragmático, nos encontramos con los siguientes hitos:

Charles Sander Peirce (1839-1914) junto con Ferdinand de Saussure (1857-1913), trabajan en la línea de responder a la pregunta ¿cómo es que se construye certidumbre? Es el contexto de un estudio de los principios que regulan el lenguaje en la comunicación, en sí misma y las reglas que la contienen y explican, en donde las aportaciones de la gramática, la semiótica, sumadas a las leyes de la sintaxis, no alcanzan. En este encuadre aparece el enfoque pragmático de la comunicación en oposición a estas reglas que parecieran apropiarse el lenguaje en su totalidad comprensiva (Bermúdez 2011). Por el contrario cuando el lenguaje se actualiza en su “uso”, aparece todo un campo disciplinar del ámbito de la lingüística, atravesado por lo social, por el “hacer cosas con el lenguaje”. Por ello la relevancia de este enfoque para este trabajo, dado que se trata de ir a observar la competencia comunicativa de jefaturas de una unidad hospitalaria y su posible impacto en la interacción con el equipo de trabajo, por ende, una “lengua en uso”, la que puede llegar a producir cosas, en el contexto de una cultura hospitalaria.

Por tanto, a partir del concepto de la lengua en uso, la pragmática deberá hacerse cargo de una nueva comprensión del fenómeno comunicativo, desde sus raíces, como, por ejemplo, del significado no convencional. La perspectiva pragmática permite observar la lengua como actividad comunicativa cotidiana de naturaleza social por medio de la cual los miembros de un grupo pueden satisfacer exigencias comunes e individuales. Se trata de una experiencia comunicacional “siempre situada” que es posible entenderla en toda su riqueza si se atiende a su contexto.

Para los efectos centrales de este estudio y del ejercicio de consolidar su encuadre teórico, se releva el enfoque de la pragmática en comunicación de Grice (1968), con especial atención en sus máximas:

- **Calidad:** trate de que su contribución sea verdadera.
- **Cantidad:** haga que su contribución sea suficientemente informativa en cuanto se requiera para los propósitos del intercambio; no haga su contribución más informativa de lo que se requiere.
- **Relevancia:** haga que su contribución sea pertinente para el tema que trata y para el propósito que debe cumplir.
- **Modo:** evite la oscuridad; evite la ambigüedad; sea breve; sea ordenado.

Estos postulados se convertirán en un recurso “óptico” para observar cuántas de ellas se cumplen o no, a partir de las representaciones reconstruidas en las entrevistas y en los grupos focales.

Por ello serán el principio de cooperación y las máximas griceanas los recursos teóricos para observar y discernir las representaciones entregadas por los actores involucrados en esta investigación, en tanto den cuenta de sus experiencias y apreciaciones respecto de la competencia pragmática de las jefaturas. En esta línea se entiende el principio de cooperación como un supuesto pragmático de intercambio comunicativo, por el que se espera un determinado comportamiento en los interlocutores, como consecuencia de un acuerdo previo, de colaboración en la tarea de comunicarse. Puede definirse, por lo tanto, como un principio general que guía a los interlocutores en la conversación implícita y/o explícitamente. Grice lo define del siguiente modo: “Haga que su contribución a la conversación sea, en cada momento, la requerida por el propósito o la dirección del intercambio comunicativo en el que usted está involucrado” (Grice citado en Yule, 1996:37).

Representaciones sociales

En la búsqueda de sustento bibliográfico del concepto de “representación social” es posible constatar que, en dicho ejercicio, no es posible encontrar una única definición o encuadre del concepto. Esto ha sido un aspecto controvertido dentro de este campo de estudios. Para Sergio Moscovici “la representación social es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios”. Como señala, para el autor las representaciones sociales son lo que él llama teorías del sentido común socialmente elaboradas y compartidas por un grupo concreto,

permiten establecer comparaciones intergrupales que son imprescindibles en la construcción de la identidad grupal.

De acuerdo con Ibáñez (1988), es Moscovici quien introduce la noción de representación social hacia el año 1961, tomando en consideración las ideas centrales del pensamiento de Emile Durkheim, teniendo como referencia las denominadas representaciones colectivas. De acuerdo con Ibáñez (1988), siguiendo a Moscovici, señala que: "Si bien es fácil captar la realidad de las representaciones sociales, no es nada fácil captar el concepto" (p.32). De las definiciones de representación social, una de las más aceptadas por su naturaleza sintética y generalizadora, así como por su poder integrador ha sido la de Denise Jodelet, el que señala que el concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica. (1986: 474).

En este punto conviene aclarar que en la literatura especializada encontramos, que se refiere al tema de las representaciones sociales y de cómo estas plasman el conocimiento de lo cotidiano, de aquello que constituyéndose como una experiencia social compartida. Se utilizan distintos términos al referirse al conocimiento cotidiano. Algunas de estas denominaciones, las que podríamos considerar equivalentes, son: ideas previas, conocimiento intuitivo, conocimiento cotidiano, concepciones previas, concepciones alternativas y teorías implícitas (Driver et al, 1989; Castorina, Barreiro y Toscano, 2007-b; entre otros). En este trabajo utilizaremos la expresión conocimiento cotidiano, por considerar que es un conocimiento construido en el contexto de la vida cotidiana y que es finalmente el producto de un aprendizaje en la mayor parte de los casos informal o implícito que tiene por objeto establecer regularidades en el mundo, hacerlo más previsible y controlable" (Pozo y Gómez Crespo, 1998, p. 103). En este sentido esta aproximación resulta del todo relevante para los fines de este trabajo investigativo, puesto que se busca conocer la competencia comunicativa de las jefaturas de una unidad hospitalaria, en el contexto de un quehacer laboral, en un hospital público. Por tanto y en el encuadre de la discusión bibliográfica hasta aquí me permito destacar los siguientes puntos:

- Las representaciones sociales dan cuenta de ciertos concesos colectivos respecto de cómo significar o entender ciertas experiencias que les son comunes o relevantes. Como los que pudieran encontrarse en una dinámica de hospital público
- Dichas representaciones adquieren un cierto “lugar común” de comprensión del fenómeno, permitiendo entender y avanzar. Y con ello asegurar un trabajo colectivo y eficiente que, en el contexto de un equipo de salud, pueden marcar la diferencia.
- Recogen dichas significaciones o entendimientos de la vida cotidiana. No son necesariamente el fruto de un trabajo intelectual o teórico. Aquí se encuentran el encuadre pragmático de la competencia comunicativa que este trabajo busca conocer, puesto que se trata de un ejercicio comunicativo situado, en función de una dinámica interrelacional, con objetivos productivos y de progreso muy claros.
- Las representaciones sociales, tienen por tanto una finalidad práctica, cotidiana, simple. Tanto así que las reconoce también como el llamado “sentido común”, del que tanto se habla.

Siguiendo a Jodelet (1986), las representaciones sociales son “una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social” (p.473). Por otra parte, Abric (2001, p.13) señala que “a priori no existe realidad objetiva, pero toda realidad es representada, apropiada por el individuo o el grupo y reconstruida en su sistema cognitivo, integrada en su sistema de valores que depende de su historia. Hasta aquí podemos confirmar que estos autores mantienen esta tensión o discusión que, para efectos de este trabajo, representa una complicación, puesto que se resuelve, entendiendo que nos vamos a dar cuenta de un estudio sobre dinámicas comunicacionales humanas, con individuos particulares y únicos y situado en un contexto de representaciones comunes y compartidas, en donde los sujetos conviven con objetos que contienen una significación acordada, otras quizás en proceso de acuerdos y consensos. Por tanto, esta posible tensión teórica, se resuelve en el entendido, que este estudio dará cuenta de dinámicas vivas, cambiantes, que se afectan entre objetividades y subjetividades, en un devenir rico en sentidos e interpretaciones. En relación con esto aporta que toda representación, en el momento en que ella se produce, afecta, además de los órganos, al propio espíritu, o sea, las representaciones presentes y pasadas que lo constituyen. Por ello resulta fundamental y sobre todo admitir que las representaciones pasadas subsisten en nosotros, están en nuestra historia, dada nuestra

condición de sujetos situados, siempre en un contexto determinado. “El cuadro que yo veo en este momento actúa de una forma determinada mis formas de ver, sobre mis aspiraciones, sobre mis deseos; la percepción que tengo de eso es, por tanto, solidaria de esos diversos estados mentales” (Durkheim, 2004, p. 26). Para el autor el sujeto se aproxima a las cosas con una mente que es capaz de representar o significar esas cosas, las que provienen de un pasado y acontecen en un presente, sin tensión, sino más bien como parte de un ejercicio en que la mente es representada por Durkheim por procesos que son específicos en relación con los que caracterizan a otros modos de aprender o aproximarnos a las cosas, como fruto de lo que es el proceso natural de aprender y conocer, en convivencia con otros “mundos” de ahí su énfasis en la integración entre representaciones presentes y pasadas.

Por otra parte, en el estudio de Mazzitelli y Aparicio (2009) en la alusión al valor social y cotidiano de las representaciones sociales, señalan que estas surgen irremediamente en un contexto social e ideológico que les son propios y que esta representación reestructura la realidad, pero a la vez permiten una integración de las características objetivas del objeto, de las experiencias anteriores del sujeto y de su sistema de normas y actitudes. Esto muy vinculado a lo que expresamos en el párrafo anterior a propósito del aporte de Durkheim. Es decir, se produce un cierto encuentro entre las significaciones individuales, propias de las historias subjetivas que nos constituyen, como observadores y sujetos de nuestra realidad. Pero al mismo tiempo, se encuentran y transforman con las significaciones sociales o culturales, de las que somos parte, dada nuestra condición natural de individuos-sociales. Esto permite definir a la representación como una visión funcional del mundo que permite al individuo o al grupo otorgar sentido a sus conductas y entender la realidad mediante su propio sistema de referencias conocidas y sobre todo compartidas, en las dinámicas propias del con-vivir con otros(as). Facilitando el encuentro y con ello el progreso de lo humano, con mayor sentido, cuando un grupo humano comparte distinciones que están al servicio de un asunto tan fundamental como es el de cuidar y salvar vidas, como es el caso de los profesionales de la salud.

Farr (1986), señala que las representaciones sociales tienen una doble “tarea”: hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible resulte perceptible. En la teoría de Moscovici existe una relación dialéctica entre lo social y lo individual. Jodelet (1986) afirma que el concepto “relaciones sociales” “(...) nos sitúa en el punto donde se interceptan lo psicológico y lo social” (p.473). De esta manera, las representaciones tienen un componente cognitivo - supone un sujeto activo y una actividad psicológica guiada por los procesos cognitivos- y un

componente social -que interviene a través del contexto concreto en el que se sitúan los individuos y los grupos, la comunicación que se establece entre ellos, el bagaje cultural que proporciona marcos de percepción y los códigos y los valores relacionados con sus pertenencias sociales específicas-. La puesta en práctica de los procesos cognitivos está regulada por las condiciones sociales existentes.

En este punto cabe explicitar la concepción de sujeto sostenida desde esta teoría. Se parte de considerar al sujeto como un ser esencialmente social y en una relación mutuamente modificante con un medio o contexto en el que está inmerso. Moscovici (1986), al considerar al individuo y a la sociedad supera un esquema diádico, donde sujeto y objeto interactúan, para pasar a un esquema triádico donde los otros sujetos también interactúan e inciden en la relación sujeto-objeto. Esta visión se enmarca en una lectura ternaria (sujeto, objeto, alter), la que, al considerar a ese alter, otro/a, entorno social, lo hace como mediador y parte de la persona o grupo en cuestión. De esta manera, a la hora de proponernos a estudiar las relaciones sociales es necesario definir claramente tres aspectos metodológicos: 1) el objeto de la representación social; 2) los sujetos de los que se estudiará la representación social; 3) las características del contexto sociocultural donde se desenvuelven los sujetos al estudiar la representación social

Las representaciones sociales constituyen por tanto un conocimiento práctico, de sentido común, el que nos permite comprender y explicar los hechos y las ideas de nuestro mundo, responder a las preguntas que éste nos plantea, establecer nuestra posición en relación con los fenómenos, acontecimientos, objetos y comunicaciones, y, de esta manera, dar sentido a nuestro entorno y a los hechos que ocurren, participando en la construcción social de nuestra realidad (Jodelet, 1986).

Así, tres funciones de las Representaciones Sociales son:

- Función cognitiva de integración de la novedad.
- Función de interpretación de la realidad.
- Función de orientación de las conductas y de las relaciones sociales.

De tal modo cuando en nuestra práctica investigativa suscribimos nuestro posicionamiento teórico, afín a algunas de las vertientes apuntadas, es recomendable tener en

cuenta algunos elementos claves para la conducción de cualquier estudio. No debemos olvidar un importante precepto teórico general: toda representación es siempre de algo (el objeto) y de alguien (el sujeto, la población o grupo social).

De modo tal que no es posible estudiar a uno y desconocer al otro, se trata por tanto de dos polos que se encuentran e integran inevitablemente. Esto supone un reto importante de conciencia en la cotidianidad, en la que nos movemos los seres humanos. En este sentido y frente al desafío de llevar este enfoque teórico al trabajo de campo de la investigación científica, al momento de tomar decisiones, para estructurar un estudio en terreno de las representaciones, resulta beneficio tener en cuenta las recomendaciones a Celso Sá (1998):

- 1) Enunciar exactamente el objeto de representación que se ha decidido estudiar, descartando la influencia de las representaciones de objetos muy cercanos al de nuestro interés. Que en nuestro caso es la competencia comunicativa de las jefaturas de una unidad médica.
- 2) Determinar los sujetos, en términos de grupos, poblaciones, estratos o conjuntos sociales y grupos, en cuyas manifestaciones discursivas y comportamientos estudiaremos la representación. En este caso se trata de los profesionales de la salud a cargo de las jefaturas hospitalarias estudiadas (enfermeras, otros médicos no jefes, personal auxiliar, administrativos).
- 3) Determinar las dimensiones del contexto sociocultural donde se desenvuelven los sujetos y grupos, sus prácticas sociales particulares, redes de interacción, instituciones u organizaciones implicadas, medios de comunicación al acceso de los grupos seleccionados, normas o valores relacionados con el objeto de estudio. Este punto se encuadra en el contexto de un hospital público elegido para este trabajo investigativo.

Para Jodelet, 1986 (citado por Vergara-Quintero, 2008) lo que caracteriza a las representaciones sociales es que se refieren a un objeto/situación/relación importante para el grupo y se generan a través de dos procesos comunicativos, la objetivación y el anclaje. El primer concepto consiste en transformar los conceptos abstractos en materializaciones concretas, incluye sintetizar la información que se tiene sobre el objeto social en un esquema, descartando cierta información y quitándola de su contexto original. Posteriormente se naturaliza esta información para que poco a poco las imágenes socialmente creadas

reemplacen a la realidad. El proceso del anclaje consiste en incorporar lo desconocido dentro de un sistema de categorías ya existente y que conocemos, teniendo cuatro dimensiones, la primera consiste en integrarlo en un cuadro de referencia ya existente, esto con el fin de que el impacto de lo nuevo no sea muy grande. La segunda dimensión consiste en cómo se transforma en un instrumento de comunicación y comprensión mutua, donde los individuos pueden compartir un mismo lenguaje para entender el evento. La tercera dimensión apunta a sus funciones de clasificación y discernimiento, las que permiten dar orden y a su vez comprensión. La última dimensión se relaciona con los procesos de categorización social, donde el sujeto es capaz de identificarse dentro de ciertas categorías, y a la vez es capaz de identificar quienes no calzan dentro de esas categorías.

Las representaciones sociales se constituyen en lo que se considera un nodo central y un sistema periférico. Se puede entender el nodo central como aquel que da significado a la representación social, está asociado a aquellos eventos históricos, sociales y culturales del grupo, por lo que se considera que da estabilidad y continuidad, lo que permite la permanencia de la representación. Por otro lado, el sistema periférico está determinado por la historia individual de las personas, por sus experiencias personales. Esto hace que sus elementos sean más proclives al cambio, dentro de sus funciones está proteger el nodo central de las amenazas de cambio, incorporando nuevas informaciones que lo respalden (Vergara-Quintero, 2008). Así es como las representaciones funcionan a través de un doble sistema, en que núcleo y periferia están conectados, pero funcionan interdependientemente.

Aproximaciones al concepto de Cultura Organizacional

La pertinencia de abordar esta temática guarda relación con el concepto de “cultura” a propósito de que las representaciones sociales (abordadas anteriormente en este trabajo) ocurren o acontecen a partir de una determinada cultura o contexto, de comprensiones o consensos comunes y compartidos. Como sería el caso de la cultura organizacional en este caso, de un hospital público. En este ambiente laboral ocurre la dinámica relacional de un equipo de trabajo de profesionales de la salud, bajo la dirección de una jefatura. Por ello en este apartado haremos el ejercicio de revisar la literatura científica, en torno al concepto de cultura organizacional, con el propósito de ver la pertinencia o no, de asumirla como aporte al marco teórico para este trabajo investigativo.

Por ello se asume la necesidad de explorar el concepto de “cultura organizacional”, dado que esta investigación busca observar las representaciones de la competencia comunicativa de las jefaturas de una unidad médica, en el contexto de un hospital público. Y como observamos en la temática anterior, la que buscaba la consistencia teórica del concepto de representación social, aparece recurrentemente, que dichas representaciones sociales, acontecen en el contexto de una dinámica o cultura de interacciones sociales. Y es solo a partir de ese fenómeno colectivo, en donde es posible comprender el valor de las representaciones sociales, como grandes acuerdos en el lenguaje, que lleva a los grupos a significar (consensuar) o valorar de una determinada manera ciertas experiencias, conductas o vivencias.

Son numerosas las referencias que del término “cultura organizacional” se encuentran en la literatura especializada. Por ello resulta comprensible que no exista hasta la fecha una definición consensuada y comúnmente aceptada por los distintos autores. El término “cultura de la organización” se comienza a emplear especialmente en la década de 1970 (Garmendia, 1990) como intersección de dos teorías: la de la organización, donde se entiende así misma como un fenómeno de relaciones fundamental para la consecución de objetivos; y la de la cultura, que la define desde una perspectiva antropológico-funcionalista, como instrumento requerido para la satisfacción de necesidades y valores, que una determinada agrupación resuelve consensuar, para otorgar significación y/o sentido compartido, ciertas experiencias u objetos de la vida. En este caso las que le son propias al mundo del trabajo (lo laboral).

Por su parte, la sociología utiliza el término cultura organizacional para explicar las diferencias entre resultados empresariales de forma cualitativa (Pettigrew, 1979). Es en la década de los ochenta cuando comienza a relacionarse el término con el debate entre aspectos tangibles e intangibles, considerando que la cultura organizacional era el motor de la organización definiéndola como “los valores compartidos por los miembros de la organización” (Peters y Waterman, 1982). Desde entonces, se puede comprobar un alto grado de coincidencia entre los autores respecto a la identificación de los intangibles como punto de comprensión de lo que se empezaría a denominar la cultura de la empresa (Leal, 1991). En cualquier caso, el análisis de la cultura de empresa en el más amplio sentido de la idea de lo empresarial u organizacional es que adquiere una comprensión para tener en cuenta, en tanto integra diversas comprensiones de estos dos conceptos y va dejando una idea más unitaria, con una significación propia, lo que se conocerá entonces como “cultura organizacional”

(Bueno y Morcillo, 2003). De hecho, para muchas empresas, la cultura organizacional puede llegar a ser más valiosa que sus propios activos tangibles (Kaplan y Norton, 2004). Estos autores, también señalan en la antropología las raíces del término, definiéndolo como “símbolos, mitos y rituales que forman parte íntegramente de la mente consciente o subconsciente del grupo”. En este sentido muy vinculado o coincidente con la comprensión del concepto de presentaciones sociales abordadas en este trabajo.

Siguiendo con el ejercicio de revisión y ámbitos de estudios del tema, aparece la perspectiva psicosocial y aquí son numerosas las referencias al término cultura organizacional en tanto ha sido la disciplina que más ha profundizado en el tema. Así, Peiró (1982) la describe al igual que Schein (1990) como un factor fundamental del clima organizacional y distinguen varias subculturas en la organización. Sin embargo, otros como Evan (1976) consideran la cultura organizacional como un conjunto de creencias, normas y valores que tienen influencia sobre la conducta, afirmando que estos elementos suponen una amplitud excesiva del término que no permite delimitar el clima organizacional. Schneider (1990) señala que la cultura organizacional es aún un término nuevo y no existe una definición aceptada comúnmente, aun cuando distingue entre cultura como algo que la organización es frente a algo que la organización tiene.

En este ejercicio de revisión bibliográfica se pueden observar perspectivas del concepto de cultura organizacional como una experiencia de interacción social en que se van incorporando consciente o inconscientemente en el colectivo de esa agrupación, un carácter o un sello particular. Todo esto en la cotidianidad propia de lo laboral que, por definición, busca asegurar el cumplimiento de ciertos objetivos y metas de trabajo. Como es sin duda el caso de un equipo de profesionales de salud, tanto en los aspectos técnicos, como los sicosociales, en particular de sus jefaturas o autoridades formales. Es decir, entender el elemento sociocultural de las organizaciones es una responsabilidad de las personas encargadas de gestionarlas (Dávila, 2000). Por cierto, es un elemento no menor en este intento de fundamentación bibliográfica, está el aspecto del rol de las jefaturas y su competencia comunicativa en esa dinámica de laboral. Es posible encontrar una amplia variedad de estudios sobre el rol de estas en una organización, muchas veces asociados al concepto de “liderazgo”, ya sea en sus múltiples aproximaciones teóricas. Sin embargo, dichos estudios se han realizado fundamentalmente desde las metodologías cuantitativas (Wasti, Tan & Erdil, 2011). Este enfoque ha llevado a privilegiar su investigación a través de encuestas y experimentos de laboratorio, es decir, han predominado investigaciones de aproximaciones

teóricas con limitada contextualización (Wright & Ehnert, 2010). Wright y Ehnert (2010) señalan que la perspectiva predominantemente para abordar el tema durante el siglo XX fue la teoría de la elección racional, la cual ha significado una amplia gama de enfoques respecto de los estilos de ejercer la jefatura o el liderazgo, dejando fuera estudios más específicos, tales como el de la competencia comunicativa y el ejercicio del rol.

La cultura organizativa, también denominada cultura corporativa, cultura empresarial o cultura institucional, es el conjunto de creencias, valores, normas y reglas que definen el comportamiento de una organización. Por ello y a partir de este primer gran encuadre revisaremos distintas aproximaciones del concepto.

Autores como Edgar Schein (2004) definen la cultura organizacional como un conjunto de creencias que comparten los miembros de una organización respecto de cómo se debe hacer una mejor gestión de la tarea, las cuales definen la visión que la organización tiene de sí misma y del entorno. En este caso el autor propone una comprensión del modelo de la cultura organizacional, el que se basa en la creencia de que la cultura se desarrolla con el tiempo a medida que los empleados utilizan supuestos básicos para resolver problemas internos y externos. Estas suposiciones, si se demuestra que son efectivas, se transmiten a los nuevos empleados. Y de esta manera se va creando una suerte de relato que conlleva aspectos centrales de la identidad del sistema, el que, entre otras cosas, la haga fuerte y competitiva. (Barney, 1986, 1991). El autor lleva esta reflexión y aporte a identificar tres niveles de aproximación al concepto de cultura organizacional. A veces representado como una pirámide y en este sentido indica que su enfoque describe el grado en que los fenómenos culturales son visibles para el observador, los que van desde los más evidentes y visibles, a lo más imperceptible.

1.- Los artefactos: se refieren a las características materiales de una organización fácilmente percibidas y sentidas por los individuos. Se trata de todos esos elementos que abarcan muebles de oficina, instalaciones, comportamiento de los empleados y reglas o normas, incluso de vestimenta. Schein sugirió que los artefactos arrojaron poca información sobre la cultura de la empresa. Como resultado, alterarlos no lograría un cambio cultural significativo. En esencia, los artefactos proporcionan al observador interno o externo pistas sobre la manifestación superficial de la cultura de una organización.

2.- Los valores propugnados: Están referidos con las declaraciones que dice una organización hacer sobre su cultura y forma de operar. En general son ejercicios

aspiracionales que se proyectan en la elección de ciertos valores propugnados. Son indicadores más profundos y menos visibles de la cultura de la empresa que los artefactos. Pueden incluir factores tales como valores que esa organización decide llevar a la gestión, como un factor diferenciador, de su sello.

El ejercicio de una organización de acordar y declarar ciertos valores, sin duda brindan más información sobre el tipo de cultura organizacional, la que es o quiere llegar a ser. Estos valores, particularmente cuando se adoptan en una misión o visión declarada, dan forma a la cultura de una organización y sobre todo de como esta quiere ser reconocida o valorada hacia dentro y también hacia afuera, por la sociedad en la que está inmersa. Es esta tensión que a veces puede llevar a algunas organizaciones a cometer el error de tratar el tema de lo cultural, como si fuera una problemática puramente técnica y que consiste en crear una suerte de proyecto cultural impuesto, donde la dirección tendría el poder absoluto para modelar comportamientos (Urrea, Mejía y Arango, 2000) esta situación podría llegar a generar reacciones en la línea contraria a lo deseado.

Con lo expuesto hasta aquí, un hospital público no está excluido de estos encuadres, puesto que también es una organización, con asignación de roles, metas, tareas y por supuesto con dinámicas de trabajo, las que ponen a profesionales a gestionar resultados, en un contexto valórico determinado. Valores que influyen en la filosofía central de la organización a medida que el personal los internalice con el tiempo. Por ello es esencial que estos valores no se conviertan en una mera declaración de principios y no alcancen a ser internalizados, en especial por las altas autoridades de la organización. Pues es a estos a quienes se les va a exigir con mayor severidad el cumplimiento de esos principios que integran lo técnico y lo psicosocial (Kast y Rosenzweig, 1988).

3.- Creencias subyacentes: Son los indicadores más profundos de la cultura organizacional porque reflejan la forma en que opera internamente y percibe el mundo. Los empleados tienen creencias subyacentes, incluidas suposiciones sobre cómo deben trabajar con sus colegas y el tipo de comportamiento que conduce al éxito o al fracaso. Este punto pudiera llegar a ser un tópico importante en tanto releva la posibilidad de manifestar ciertos patrones de pensamientos comunes, los que pudieran llegar a tener los profesionales de la salud. Por ejemplo, las creencias colectivas de cómo se comportan las jefaturas de hospital y que esperar o no de ellas al momento comunicarse.

Hasta aquí y en relación con el planteamiento de Edgar Schein, (2004), quien define a la cultura organizacional como un conjunto de creencias que comparten los miembros de una organización y en particular frente a los dos primeros puntos de su modelo, los que el autor llama los Artefactos y símbolos y los Valores adoptados, me permito hacer un contra punto, en consonancia con la línea teórica de este trabajo a partir de la teoría de la pirámide de Maslow (*A Theory of Human Motivation* 1943), el que sostiene que las acciones del ser humano nacen de una motivación innata a cubrir nuestras necesidades, las cuales se ordenan jerárquicamente dependiendo de la importancia que tienen para nuestro bienestar. Y es justamente en ese ejercicio de jerarquización donde el autor sitúa las llamadas “Necesidades Básicas”, a la base de su modelo piramidal, las que hacen referencia a condiciones fundamentales para subsistir. Y luego están las Necesidades de Seguridad y Protección, las que surgen cuando las necesidades fisiológicas están satisfechas y hacen referencia a sentirse seguro y protegido (Ramírez, 1998). En esto el modelo es muy claro, si estos dos niveles no están satisfechos va a ser muy difícil que un individuo en un ambiente laboral pueda acceder a los niveles superiores de identidad, compromiso y motivación, los que están a la punta de la pirámide. Por lo tanto, los llamados factores “Artefactos”, por Shein, si pudieran afectar elementos muy sensibles de la cultura de esa organización, en tanto provee o no de estos factores distintivos, los que permiten a los individuos o trabajadores(as) de una organización contar con una opinión respecto de cómo es sentida esa cultura.

En esta misma línea está la contribución de Frederick Irving Herzberg (1953), con su aporte a una comprensión del fenómeno de la motivación de los individuos situados en un ambiente laboral, conocido como la “Teoría de los dos factores”, o también como la “Teoría de la motivación e higiene” (Herzberg et al, 1959). Según esta teoría, las personas están influenciadas por dos factores:

- **La satisfacción**, la que es principalmente el resultado de los *factores de motivación*. Estos factores ayudan a aumentar la satisfacción del individuo, pero tienen poco efecto sobre la insatisfacción, estos referirán a la segunda clasificación. En la satisfacción el autor sitúa elementos como, logros, reconocimiento, independencia o autonomía laboral, responsabilidad o empoderamiento, promoción o lo hoy denominado como oportunidades de desarrollo de carrera
- **La insatisfacción** es principalmente el resultado de los factores de higiene. Si estos factores faltan o son inadecuados, causan insatisfacción, pero su presencia

tiene muy poco efecto en la satisfacción a largo plazo. Conocidos también, estos últimos, como factores higiénicos, refieren a los elementos fundamentales para realizar una tarea, que, de estar presentes, se dan por integrados, pero su alcance o nivel de impacto, estaría limitado a no sentirse insatisfecho y de no estar presentes estos elementos, se generaría una sensación de alta insatisfacción, por parte de los trabajadores(as)

Esta teoría permite comprender que los trabajadores(as) encuentran mayor satisfacción cuando su entorno laboral es favorable. Esto significa que les permite ascender a puestos más altos, lograr autorrealización y recibir reconocimiento por sus esfuerzos. Todo esto genera una experiencia positiva en el trabajo que por cierto está inevitablemente asociado a experiencias comunicativas o dinámicas conversacionales, las que hacen posible estas constataciones.

Por ello las organizaciones representadas en sus jefaturas, debieran hacer lo siguiente para generar o favorecer dinámicas de motivación:

1. Eliminar la insatisfacción, expresada en alguna de las siguientes prácticas de gestión de sus jefaturas:

- Revisar las políticas de la empresa y eliminar las que puedan afectar la productividad del trabajador.
- Revisar los salarios y realizar ajustes si fuera necesario.
- Promover mayor seguridad laboral.
- Enriquecer las tareas laborales para que todos realicen un trabajo interesante y significativo.
- Eliminar todo lo que pueda causar frustración en el empleado.

2. Promover la satisfacción

- Tras eliminar todos los puntos que crean insatisfacción, se debe aumentar el nivel de satisfacción. Para ello se recomienda:
- Reconocer los esfuerzos y logros de los empleados, generando una cultura de valoración al mérito.
- Aumentar el nivel de responsabilidad en los empleados y evitar los controles innecesarios y demostrar con ello altos niveles de empoderamiento y confianzas.
- Ayudar a que el trabajo de los trabajadores(as) resulte desafiante o motivador. Por ello es relevante contar con iniciativas de perfeccionamiento continuo.

En un resumen y postura final del modelo o enfoque de Herzberg (1953) se puede concluir que cuando las personas se encuentran satisfechas en el trabajo se desempeñan mejor. Y esto tiene un impacto en su nivel de motivación para realizar un mejor trabajo y de esta manera garantizar una mayor capacidad de resultados. El propósito sería entonces favorecer un entorno laboral donde los trabajadores se sientan motivados, contentos y, en consecuencia, tendrán un mejor rendimiento. En este encuadre, la competencia comunicativa de una jefatura sería considerada un factor que afectaría la satisfacción de un colaborador(ra) por ende un impacto en su motivación. Desde esta perspectiva se releva la importancia de comunicar. Sin embargo, otro aporte novedoso surge de Allaire y Firsirotu (1992), quienes consideran que la organización se constituye por tres elementos interrelacionados: 1) un

sistema socioestructural que sostiene un sistema cultural: 2) dicho sistema cultural, que sirve de justificación al anterior; 3) los empleados, que como individuos elaboran activamente una realidad organizacional coherente.

De esta manera la cultura organizacional se concibe, a diferencia de valores y principios defendidos por los autores citados, como “un sistema particular de símbolos, influido por la sociedad circundante, por la historia de la organización y por sus líderes pasados, así como también por diferentes factores de contingencia. Cuestión que podría resultar un aporte para el enfoque de esta investigación, dado el sello que pueden llegar a tener los llamados líderes en una cultura organizacional. Si es que llegamos a denominar de esta manera la cultura de un hospital público.

Concepto de cultura organizacional hospitalaria

Partiendo de lo que entendemos como cultural organizacional, llevado al ámbito de las instituciones de salud este es un “sistema de conocimientos profesionales, expectativas, creencias y supuestos inconscientes, descubiertos o aceptados por el equipo de trabajo interdisciplinario, fuertemente influidos por la estructura, la tecnología y el ambiente laboral” (Carrada, 2001). Al generarse todas estas interacciones se van creando los patrones de comportamiento grupal, el que podemos ver a través del lenguaje hablado, la corporalidad y el lenguaje escrito. Debido a su alta complejidad a nivel estructural, la existencia de varios equipos de trabajo, la coexistencia de una amplia diversidad cultural dado por la profesión, género, sexo, clase social, años de trabajo etc. Hacen que entender la cultura organizacional dentro de una institución de salud sea algo muy complejo, ya que se encuentra en un ambiente muy dinámico

Carrada (2012) resume las creencias subyacentes que definen como percibe, piensan, sienten y actúa el personal de salud, clasificándolas en seis dimensiones:

1. Relación organización-contexto externo: puede ser de dominio/sumisión, democracia/ participación, armonía/cooperación. Habla de cómo una subcultura se relaciona con la otra.
2. Naturaleza de la verdad y la realidad: incluye las reglas y acuerdos verbales referentes al tiempo, el espacio, la propiedad y la información. Estas pueden estar basadas en: a)

la tradición; b) la racionalidad técnico-científica; c) la autoridad; d) el Código de ética; e) el método científico; y f) Por prueba y corrección.

3. Naturaleza del tiempo y el espacio, en este punto es necesario entender la definición planificación laboral como un símbolo de poder-status, siendo un punto de remarcación de las jerarquías
4. La naturaleza humana.
5. La concepción del trabajo-descanso.
6. Las relaciones humanas, dependiendo de cada grupo a que se le da valor, ya sea la tradición, la colaboración o el individualismo.

Dentro del sistema de salud se reconocen 5 tipos de comportamiento gerencial (Carrada, 2012), los cuales no necesariamente se dan de manera pura:

- 1) Autocrático: el poder y el ejercicio de este mismo reside solamente en las jefaturas.
- 2) Paternalista: quienes poseen el poder deben cuidar a sus subordinados, pero también sin permitir su participación
- 3) Consultivo: El poder de decisión sigue perteneciendo a las jefaturas, tomándose a los subordinados como fuente de información principal
- 4) Participativo/delegativo: Se potencia la descentralización y la autonomía profesional.
- 5) Colegiado: Se considera a todos los miembros de la organización como socios con iguales responsabilidades.

Los países se han orientado a la aplicación de políticas públicas que buscan la eficiencia, adoptando medidores cuantitativos, tendencia que Ferrua (2016) ha calificado como la “nueva administración pública”. La aplicación de esta nueva cultura administrativa dentro de los recintos de salud ha encontrado sus dificultades al tratar de instaurarse, porque como ya sabemos, la cultura, las tradiciones y las rutinas que traen consigo no es algo fácil de cambiar (López y Suarez, 2017). La resistencia al cambio es inevitable, en especial por tratarse de sistemas altamente jerarquizados y debido a que la cultura como tal tiende a reproducirse, siendo aquellos con más antigüedad los encargados de llevarlo a cabo.

Un análisis de la cultura organizacional en un hospital en Nicaragua (Guerra 2007) llegó a la conclusión de que un alto porcentaje del personal hospitalario no conoce sobre los valores, misión o visión de la institución, por lo que hay existe un bajo nivel de pertenencia. También se destacó que el estilo de liderazgo llevado se identificó como autocrático, con una distribución de tareas de manera equitativa y que la opinión de los empleados es promovida,

pero finalmente las decisiones son tomadas a nivel gerencial. En un estudio mexicano (Villareal et al., 2012), persistieron las mismas críticas a una organización excesivamente regulada, existiendo una necesidad de los miembros de la institución por una mayor consideración de sus opiniones. En Brasil, tanto en un hospital público (Rocha, 2014) como en uno privado (Vegro et al., 2016) encontraron jerarquías de poder rígidas y centralizadas, donde en el hospital privado el ambiente laboral era correcto, pero orientado a principalmente a la satisfacción del cliente, pudiéndose generar descontento y falta de motivación de los trabajadores.

Como concluyente, es necesario “medir la cultura organizacional frecuentemente en los establecimientos de salud para identificar otros aspectos que puedan estar influyendo, causados por los constantes cambios a nivel social, económico, tecnológico, ambiental, y político” (Quijije et al., 2022). La sociedad y la comunidad están en constante cambio, por lo que hay que mantenerse al tanto de estos contextos para mantener un buen clima laboral y evitar los posibles daños que pueda generar a la institución. Para Vegro et al. (2016) es cada vez más necesaria la implementación de modelos organizacionales más flexibles y dinámicos en que la construcción de prácticas de cuidado esté basada en las necesidades personales, una participación y relaciones laborales humanizadas. Para Carraza (2012), “las organizaciones modernas de avanzada son aquellas que fomentan el diálogo y la franqueza y son capaces de producir innovaciones”. Es por ello por lo que las instituciones son capaces de reconocer sus propias fortalezas y debilidades, el cómo es que conviven los diferentes equipos, como estas diferentes subculturas se relacionan entre ellas y entre sus propios miembros, para poder colaborar y convivir de la mejor forma posible.

II.3. Teoría sustantiva

Introducción a la noción de competencia comunicativa

El siguiente apartado busca hacer una búsqueda bibliográfica en profundidad, respecto del concepto de competencia comunicativa, dado que es objeto de estudio de esta investigación. Dado que se buscará conocer dicha competencia, en el ejercicio del rol de una jefatura en una unidad hospitalaria y como esta es representada por los profesionales de la salud a su cargo en el contexto de un hospital público

Según Bermúdez & González (2011), para entrar en el ámbito teórico de la competencia comunicativa es necesario transitar un camino que conduzca a la comprensión de varios campos de estudio. Estos van desde la psicología, disciplina que adquiere un rol importante desde el punto de vista del comportamiento como parte de la expresión humana; la lingüística, en cuanto a la formación de las habilidades del lenguaje; hasta la pragmática, como una disciplina multifactorial indispensable para el estudio del tema.

Antes de la década de los 60, la palabra “competencia” se asociaba a la concepción conductista desarrollada por la Psicología conductual. En lugar de tratar de comprender o definir la competencia en términos cognitivos, esta concepción se enfoca en el desarrollo de comportamientos específicos a través de la asociación de estímulos y respuestas (Ardila, 1965).

El concepto de competencia evolucionó a partir de la crítica que realizó el lingüista Noam Chomsky (1965) al psicólogo y filósofo Skinner sobre su percepción del aprendizaje del lenguaje, la que plantea un proceso basado solo en la relación estímulo-respuesta, sin tomar en consideración la vital importancia del proceso creativo. Chomsky (1974), por su parte, propone la construcción de una nueva teoría sobre la adquisición de la lengua. Este autor acuñó el término competencia que definió como “capacidades y disposiciones para la interpretación y la actuación” (Chomsky, 1974). Introduce así los elementos competencia-actuación, donde el primero implica el conocimiento que el hablante/oyente posee de su lengua, entendido como conocimiento lingüístico (fonológico, morfológico, sintáctico, semántico y léxico); el segundo es el uso real de la lengua en situaciones concretas. De esta forma, el autor considera al hablante/oyente ideal en una comunidad lingüística del todo

homogénea, el que sabe su lengua perfectamente y al que no afectan condiciones sin valor gramatical. Según Nunam (1988), desde su perspectiva de la pedagogía y la enseñanza de segundas lenguas, la competencia para Chomsky está ligada al dominio de los principios que rigen el comportamiento del lenguaje, mientras que la actuación se refiere a la manifestación de estas reglas internas en el uso real del lenguaje.

Sin embargo, la teoría propuesta no ha logrado resolver el problema de la relación entre la lengua y la actuación, ya que su concepto de competencia comprende solo la competencia lingüística, con la cual, por sí sola, no garantiza una comunicación eficiente. Por otra parte, el paradigma chomskyano ha sido refutado por considerar la lengua como un sistema axiomático, que negaría su carácter de producto de la actividad práctica y cognoscitiva, contradiciendo su carácter social, lo que lo lleva a admitir que la influencia de los factores externos sólo afecta la actuación, pero no la competencia (Aguirre, 2005).

Hymes (1971), por su parte, amplía la noción de Chomsky y la concibe como una actuación comunicativa acorde a las demandas del entorno. La definición de Hymes se aparta así del hecho meramente lingüístico dando cabida a otros aspectos como el social y el psicológico. En sus palabras: “La adquisición de una competencia tal, está obviamente alimentada por la experiencia social, las necesidades y las motivaciones, y la acción, que es a su vez una fuente renovada de motivaciones, necesidades y experiencias” (1972, p. 48). Así, la idea principal de Hymes sobre la competencia comunicativa es que comunicarse de manera efectiva en un idioma no se limita al conocimiento de sus estructuras gramaticales y vocabulario. Esta implica también la capacidad de adaptar el lenguaje a diferentes situaciones sociales, comprender las normas de uso y ser competente en la interacción comunicativa en contextos reales. Así, con su enfoque contribuyó al desarrollo de la sociolingüística y la pragmática, teniendo un impacto significativo en el estudio de la comunicación de las personas en la vida cotidiana. Para este autor, los sectores de la competencia comunicativa son las competencias lingüísticas, sociolingüística, estratégica y discursiva (Ronquillo & Goenaga, 2009).

En el campo psicosocial, se encuentran los aportes de McClelland (1973) que realiza dentro de la teoría de las necesidades y la identificación de variables sociales, a partir de las cuales explica cómo llegar a la eficacia en el trabajo, situando el término competencia en el campo laboral tal como se conoce hoy. McClelland desarrolló la idea de que las personas tienen diferentes necesidades y motivaciones, una de las cuales es la “necesidad de logro”.

Este autor afirmó que, para el éxito en la contratación de una persona, no es suficiente con el título y el resultado de los tests psicológicos a los que se les somete, sino que el desempeño que tiene depende de las características propias de la persona. Esto es que, dependería más de sus competencias que de sus conocimientos, currículum, experiencia y habilidades (Zarazúa, 2007). Si bien McClelland no se enfocó directamente en la competencia comunicativa, su teoría de la motivación de logro y su énfasis en las diferencias individuales en la motivación pueden proporcionar una perspectiva interesante sobre cómo las personas pueden abordar el desarrollo de sus habilidades comunicativas, y su disposición para enfrentar desafíos en la comunicación en el contexto laboral.

Desde esa óptica psicológica, Piaget (1981) planteó la teoría del desarrollo cognitivo y el uso de las operaciones mentales, considerando la existencia de un conocimiento abstracto del sujeto que interviene en el desarrollo de sus habilidades. Aunque la teoría de Piaget no se centra directamente en la competencia comunicativa, proporciona un marco para comprender cómo el desarrollo cognitivo y la interacción social pueden influir en la adquisición y el uso del lenguaje. La competencia comunicativa es un campo multidisciplinario que abarca aspectos lingüísticos, sociales y cognitivos, y la teoría de Piaget puede ofrecer una perspectiva sobre cómo estos aspectos se entrelazan en el desarrollo de las habilidades comunicativas a lo largo de la vida (Bermúdez y González, 2011). Así, la confluencia de estudios tanto en el área del lenguaje como en el área de la psicología y la cognición dio paso a una óptica común que permitió la expansión del concepto de competencia comunicativa.

En reacción a tan variadas consideraciones, los lingüistas Canale y Swain (1980), desarrollaron el modelo de competencia comunicativa ampliamente citado en la literatura sobre la enseñanza de lenguas extranjeras y la adquisición de segundas lenguas. Dichos autores, propusieron una estructura teórica de cuatro componentes que describen la competencia comunicativa (Canale, 1983): la competencia gramatical (lingüística), la competencia socio-lingüística, la competencia discursiva y la competencia estratégica. Después aparece un quinto componente, la competencia sociocultural (Van Ek, 1976). Canale y Swain (1983), reconocen la importancia del contexto al incluir reglas de uso sociocultural en el componente socio-lingüístico, el que a su vez Hymes (1972) incluye en su teoría, lo que es apropiado en un contexto sociocultural dado. Van Ek operacionaliza e incluye el concepto junto a las cuatro dimensiones, dando origen al llamado enfoque comunicativo que hasta hoy ha enriquecido la enseñanza de lenguas extranjeras. Otro lingüista, Gumperz (1981), citado por Stalker (1989), redefine el término competencia comunicativa reconociendo y

enfaticando el carácter interaccional y cooperativo de la comunicación y su contextualización (Pulido Díaz & Pérez Viñas, 2004).

Respecto a la mirada desde la pedagogía, Ortiz (1997), enmarca el estudio de la competencia comunicativa en la labor pedagógica, concretamente, en el desarrollo de esta en el maestro. Este autor coincide con Pérez Martín (citado en Ortiz, 1997) en cuanto a lo que se entiende por competencia lingüística y comunicativa, señalando que “la primera es el resultado del desarrollo de la segunda”. Concuerta, además, con aquellos autores que incluyen dentro de esta última, factores sociopsicológicos y culturales, sin negar su estrecha relación con los factores lingüísticos.

Ya en el 2000, Cot (2000), a partir de los criterios de Canale y Swain, conceptualiza la competencia pragmática y, dentro de esta, las dimensiones sociolingüística, textual y estratégica, donde aparece el componente interactivo. Sin embargo, los trabajos que ha presentado Romeu (2005), pedagoga de la enseñanza de las lenguas, se han considerado más completos, pues integran todas las áreas del desarrollo humano que posibilitan la participación del sujeto en diferentes contextos comunicativos. Dicha autora, asimismo, define la dimensión sociocultural de la competencia comunicativa, donde incluye las capacidades cognitivas y metacognitivas para comprender y producir significados, los conocimientos lingüísticos y discursivos y las capacidades para interactuar en diferentes contextos (Pilleux, 2001).

Desde la Sociología, Jurgen Habermas (1987) ha aportado significativamente al concepto de competencia comunicativa al destacar su papel central en la construcción de la sociedad, la toma de decisiones éticas y el funcionamiento de la democracia (Franco, 2004). Su teoría de la acción comunicativa y su énfasis en el diálogo racional han influido en la comprensión de cómo las personas deben comunicarse de manera efectiva para lograr una sociedad justa y participativa. Para Habermas, la competencia comunicativa se refiere a una situación discursiva ideal, del mismo modo que la competencia lingüística se refiere al sistema abstracto de reglas lingüísticas (Ronquillo & Goenaga, 2009).

A manera de explicación, la competencia comunicativa implica, entonces, una serie de procesos, saberes y experiencias de diversos tipos que el emisor-receptor deberá poner en juego para producir o comprender discursos adecuados a la situación y al contexto de comunicación. Pulido (2004), pedagogo de la didáctica de enseñanza de las lenguas, define la competencia comunicativa integral como “la habilidad del que aprende la lengua para

expresar, interpretar y negociar significados socioculturales en la interacción entre dos o más personas o entre una persona y un texto oral o escrito, de forma tal que el proceso de comunicación sea eficiente y esté matizado por modos de actuación apropiados". El concepto involucra nueve dimensiones que el autor separa, desde el punto de vista metodológico, en tradicionales y novedosas. Dentro de las tradicionales se encuentran las competencias lingüística, sociolingüística, estratégica y sociocultural. Con relación a las dimensiones novedosas, el autor enuncia cuatro competencias: de aprendizaje, cognitiva, afectiva y comportamental. La competencia de aprendizaje abarca la capacidad de un individuo para dirigir y asumir la responsabilidad de su propio proceso de formación, incluyendo la toma de decisiones, la autoevaluación y la supervisión activa. La competencia afectiva se refiere a la habilidad de reconocer, expresar y gestionar las emociones, destacando la importancia del equilibrio emocional, la autoestima y la empatía. Finalmente, la competencia en el comportamiento involucra una serie de habilidades verbales y no verbales que facilitan la comunicación efectiva, adaptándose a la situación y el contexto.

Posteriormente, Aguirre (2005) plantea que la categoría de la competencia se debe abordar desde tres dimensiones: la cognitiva, la comunicativa y la sociocultural para analizar al sujeto dentro de su pragmática, por lo cual hace un enfoque integrador. Esto último muy directamente relacionado con el encuadre de esta investigación, la que busca conocer las representaciones de parte de los colaboradores sobre la competencia comunicativa pragmática de sus jefaturas en una unidad médica, siendo esta una dinámica de trabajo en donde la comunicación está puesta al servicio de objetivos de gestión. En otras palabras, se entiende la comunicación como un lenguaje en uso al servicio de coordinaciones de acciones que aseguren resultados.

Como puede verse, varios autores coinciden en que la competencia comunicativa es el resultado de la suma de varias competencias y subcompetencias, denominadas dimensiones. Así lo refleja uno de los conceptos de más reciente data expuesto por Niño (2008), quien reafirma que la competencia comunicativa es saber comunicarse en un campo del conocimiento y un saber aplicarlo; saberes que comprenden conocimientos, habilidades, actitudes y valores (precondiciones, criterios, usos, reglas y normas) para realizar actos comunicativos eficientes en un contexto determinado, según necesidades y propósitos.

Dimensiones de la competencia comunicativa

Entre los autores que han ofrecido una visión holística del concepto se encuentra Romeú (2005), quien define la competencia comunicativa como una configuración psicológica que integra las capacidades para interactuar en diversos contextos socioculturales, con diferentes fines y propósitos. La autora incluye en su concepción de la competencia comunicativa los procesos cognitivos, el dominio de las estructuras discursivas y la actuación sociocultural del individuo. El componente cognitivo y sociocultural de la competencia al que hace mención Romeú involucra tanto los saberes culturales adquiridos, como la cultura de los individuos con los que interactúan sus conocimientos, valores, necesidades, emociones y motivaciones en un constante proceso de retroalimentación. Desde esta perspectiva, según Bermúdez & González (2011) la competencia comunicativa está sujeta al contexto, a las relaciones con los otros, al rol y a la posición social, lo que determina que su análisis debe hacerse con una visión interrelacionada de todos sus componentes. Como variable de estudio y partiendo del hecho de que la competencia comunicativa ha sido abordada por diferentes ciencias, su análisis adquiere dos dimensiones básicas: la dimensión lingüística y la dimensión estratégica.

1. La dimensión lingüística

Inicialmente, la dimensión lingüística, según Chomsky (1965), abarca la gramática tradicional, que comprende niveles como la morfología, sintaxis, fonética, fonología y semántica. Posteriormente, Hymes (1971) añade a estos elementos la capacidad de relacionarlos con el contexto sociohistórico y cultural en el que se lleva a cabo la comunicación. Esta dimensión se divide en tres categorías de análisis: la competencia discursiva, descrita por Niño (2008) como la facultad de asignar la macroestructura semántica y las relaciones de coherencia y cohesión en la comunicación oral o escrita; la competencia psicolingüística, y la competencia sociolingüística. La competencia sociolingüística implica, según Hymes (1971), el conocimiento de las normas de interacción social y la competencia cultural, lo que conlleva comprender las normas de comportamiento de los miembros de una cultura específica, así como asimilar los aspectos de la cultura, incluyendo su estructura social, valores y creencias.

Por último, se encuentra el componente afectivo, compuestos por los rasgos variables de una persona, como, por ejemplo, su estado de ánimo que afectan la calidad y cantidad de su interacción en eventos específicos. También está el espacio social compuesto por el contexto

institucional, el momento y las normas de interacción y la interpretación que deben aplicarse en el acto de habla. Desde la óptica de la pragmática, las contribuciones hechas por Austin (1962) permitieron ver la competencia comunicativa más allá del dominio del código, al incorporar la capacidad que posee el individuo para lograr sus proyectos, por lo cual se usa la lengua como instrumento para especular, rechazar, negar y preguntar, siempre de acuerdo a la cultura, a los sistemas de valores y a las expectativas contextuales de cooperación de los participantes en un acto comunicativo para utilizar el lenguaje de manera efectiva en situaciones de comunicación en la vida cotidiana. Esta forma de competencia lingüística se centra en la comprensión y aplicación de las reglas no sólo gramaticales y semánticas, sino también las reglas pragmáticas que gobiernan la comunicación, como el uso del lenguaje en diferentes contextos, la interpretación de intenciones comunicativas, la empatía y la adaptación al interlocutor.

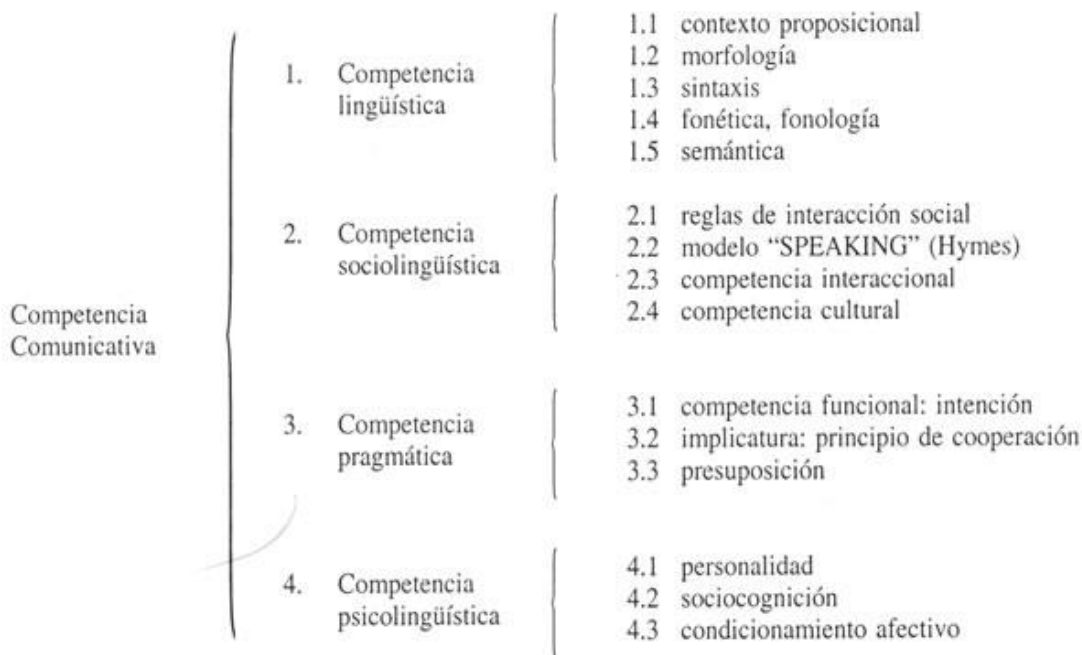
2. La dimensión estratégica de la competencia comunicativa

Abarca los factores relacionados con el uso efectivo de la lengua. Es la capacidad de hacer uso de recursos verbales y no verbales para favorecer la comunicación y compensar errores en ella, derivados de falta de conocimiento o de otras condiciones que la limitan. Tal como lo señala Bachman (1990) la competencia estratégica es una habilidad que permite a un individuo hacer el uso más efectivo de las habilidades disponibles, al llevar a cabo una tarea determinada, tanto si esa tarea está relacionada con el uso comunicativo de la lengua como con tareas no verbales. Con base en lo anteriormente planteado, ser competente a la hora de comunicarse guarda una estrecha relación con la situación en la que se desenvuelve el individuo, lo que indica que la noción de competencia requiere, para su análisis, un contexto específico ya que de ello depende su tratamiento tanto teórico como metodológico. Razón por la cual, a continuación, se contextualiza la competencia comunicativa en el ámbito de las organizaciones y se incorporan conceptos que son propios de esa disciplina y que permitirán determinar las interrelaciones necesarias para comprender las exigencias comunicativas de individuos, de cuyo desempeño depende gran parte la eficacia de una organización. Como podría ser el caso de las dinámicas de trabajo, propias de un hospital público, con las particularidades estresantes y demandantes en temas de salud, con todas las complejidades críticas que esto pueda llegar a tener para el bienestar de los pacientes.

De esta forma, la competencia comunicativa es nuestra capacidad de interpretar y usar apropiadamente el significado social de las variedades lingüísticas, desde cualquier circunstancia, en relación con las funciones y variedades de la lengua y con las suposiciones culturales de la situación de comunicación. Se refiere, en otros términos, al uso como sistema de las reglas de interacción social. Es Fishman (1970), sin embargo, quien se acerca más, según Pilleux (2001) , a lo que debería entenderse por competencia comunicativa o competencia de comunicación (Álvarez 1995), al expresar que todo acto comunicativo entre dos o más personas en cualquier situación de intercambio está regido por reglas de interacción social, las que define como “quién habla a quién (interlocutores), qué lengua (variedad regional, variedad de edad, sexo o estrato social), dónde (escenario), cuándo (tiempo), acerca de qué (tópico), con qué intenciones (propósito) y consecuencias (resultados)” (Fishman 1970). Esta definición reconoce elementos pragmalingüísticos y psicológicos involucrados en la comunicación interpersonal, lo que nos permite aproximarnos más a lo que vamos a entender por competencia comunicativa a la luz de la contribución de otras disciplinas.

La competencia comunicativa resulta ser una suma de competencias, la que incluye la competencia lingüística, la competencia sociolingüística, la competencia pragmática y la competencia psicolingüística. A su vez, cada una de estas competencias se compone de “subcompetencias”. El siguiente esquema, que resume e incluye elementos lingüísticos, sociolingüísticos, pragmáticos y psicolingüísticos, quiere ser una puesta al día de lo que en este momento entendemos por competencia comunicativa.

Imagen 1. Esquema de la Competencia Comunicativa



Nota. Extraído de "Competencia comunicativa y el análisis del discurso" (p. 5), por M. Pilleux (2001), Estudios Filológicos (36) 143-152.

En esta investigación, dado su objeto de estudio -las representaciones del equipo de trabajo sobre la competencia comunicativa pragmática de su jefatura- y sus objetivos, se utilizará solo el concepto de competencia pragmática y, de ella, específicamente el principio de cooperación de Grice (1966, 1975) que se sustenta en sus máximas, que es la principal perspectiva teórica escogida para abordar este problema. En este sentido, se ha decidido no hacer análisis respecto de la subcompetencia funcional, de la intención ni de la presuposición contenidas en el modelo precedente de Pilleux (2001) representado en la gráfica, en favor de nuestro objeto de estudio.

Competencias comunicativas necesarias en el ámbito de las organizaciones

El estudio de la competencia comunicativa requiere, entonces, de una visión holística alejada de posturas mecanicistas y rígidas para dar paso a una multifactorial y necesariamente subjetiva o por lo menos flexible; particularmente cuando se aplica al contexto organizacional, donde las relaciones humanas determinan la consecución de los

objetivos. Considerando que la estructura interna o elementos constitutivos de la competencia comunicativa agrupa tanto factores verbales como no verbales, donde el análisis de la cultura y la sociedad de la lengua juegan un papel fundamental. De esta forma, la revisión de la producción teórica sobre la competencia comunicativa permite hacer una aproximación a las que necesariamente deben poseer los miembros de una organización. Para ello es necesario tener en cuenta los conceptos e interrelaciones que permitan comprender la intrincada red de elementos que conforman el rendimiento efectivo (Bermúdez & González, 2011).

La competencia comunicativa dentro de un grupo de trabajo implica el dominio de habilidades que se construyen a través del aprendizaje consciente y el desempeño en la actividad profesional. Según Correa (2001, citado en Bermúdez & González, 2011) sólo a través de un esfuerzo persistente puede un sujeto aprender la tarea de una actividad. Ya que como lo afirma Huerta (2006, citado en Bermúdez & González, 2011) las competencias son repertorios de comportamientos y características individuales que hace a las personas eficaces en una situación determinada. Los planteamientos de los autores antes citados se orientan hacia la necesidad del aprendizaje constante al que deben estar sometidos los miembros de una organización hoy en día, cuando los procesos de comunicación se han ubicado en el centro del interés global y, por ende, la competencia en esa área se ha convertido en un elemento estratégico, para el desempeño de todo individuo en cualquier ámbito. En otras palabras, toda persona debe poseer un repertorio de competencias que la hagan más eficaz, en función de los objetivos y la misión de la organización. Así, cuando se habla del desarrollo de la competencia comunicativa es indispensable conocer las características individuales e identificar objetivamente las habilidades para su desarrollo a través del aprendizaje y el ejercicio de la actividad profesional constante, como medio para afianzar el sentido de seguridad, la confianza en sí mismo, en su entorno y así crear un vínculo con la eficiencia, indispensable en el desempeño laboral (Bermúdez & González, 2011).

Las competencias representan entonces la unión entre las características individuales y las cualidades requeridas y aprendidas para llevar a cabo tareas profesionales claves para ganar eficiencia. Desde esta perspectiva, Huerta (2006) señala que se pueden distinguir competencias comunicativas que se relacionan con la actividad dentro de una organización. Por ejemplo, las competencias de liderazgo, de relación, la capacidad para trabajar en equipo y de resolver situaciones de crisis, que junto a las motivaciones psicológicas, emotivas y actitudinales guían el ejercicio laboral, apoyado en el esfuerzo personal y la práctica constante, hacia el aprendizaje intencional y voluntario. Pero el aporte quizá más importante

del autor en relación con las competencias es la importancia que la comunicación tiene en la conducción de una organización, y todo ello lo resume cuando afirma que las formas representativas de disposición hacia la eficacia representan la base para transmitir con éxito las experiencias y los conocimientos adquiridos en y para la organización.

Vista como variable de análisis, la competencia comunicativa necesaria en el ámbito organizacional incluye habilidades que pueden ser agrupadas en tres grandes categorías tal y como se muestra en la siguiente tabla (Bermúdez & González, 2011):

Tabla 1. Competencias comunicativas necesarias en el ámbito de las organizaciones

Competencias lingüísticas	Competencias de liderazgo	Competencias de relación
Discursivas	Autocontrol	Capacidad de escucha
Psicolingüísticas	Búsqueda de información objetiva para el desarrollo del proceso de comunicación	Empatía-rapport
Sociolingüísticas	Toma de decisión	Capacidad de entender y aceptar el punto de vista de otra persona
Pragmáticas	Orientación a resolver problemas	Actitud comunicativa

Para obtener y afianzar estas competencias es necesario que el individuo cumpla con prerrequisitos tales como habilidades para realizar operaciones mentales, cognitivas, socioafectivas y psicomotoras específicas del ejercicio profesional. Pero su desarrollo dependerá de las características individuales requeridas para enfrentar un proceso de aprendizaje constante, en función de las exigencias de su cargo y de los objetivos de la organización. La adquisición de competencias para la comunicación efectiva, aun cuando ya ha quedado establecido que es un proceso individual de aprendizaje y adquisición de conocimiento, se traduce en eficacia no solo del individuo que realiza un trabajo, sino de toda la organización. Por esta razón, las relaciones humanas medidas por acciones comunicativas para divulgar, administrar y preservar el conocimiento generado en el interior de la organización es un proceso que enriquece la práctica laboral y la conduce hacia la consolidación de la cultura organizacional (Bermúdez & González, 2011).

Desde nuestra perspectiva, puede decirse que la competencia pragmática propuesta por Bermúdez y González (2011) en el ámbito organizacional guarda relación con lo planteado por Grice (1968, 1975) décadas anteriores, ya que la actitud comunicativa puede

entenderse como la disposición demostrada para cooperar, cuya evidencia corresponde con las máximas de calidad, cantidad, relevancia y modo.

En síntesis, las competencias comunicativas deben ser desarrolladas a través del dominio del saber (conocimiento teórico), el hacer (las habilidades y destrezas, es decir, la experiencia en el área y la aptitud); el ser (la disposición psicológica o actitud) y el querer hacer (deseos o motivaciones), todo esto manejado dentro de un entorno social, ideológico, cultural, económico, espacial y temporal determinado y esencialmente pragmático. Como variable de estudio, la competencia comunicativa debe ser analizada en un contexto determinado, de manera que pueda dársele el tratamiento teórico, empírico y metodológico requerido (Bermúdez & González, 2011). En el ámbito de las organizaciones es necesario tener en cuenta que todos y cada uno de los individuos que interactúan en ellas tienen sus propias creencias, su propia cultura, sus propios conocimientos y habilidades para ponerlos en práctica, y estos van a ser confrontados no solo entre ellos sino con la propia cultura organizacional, sus reglas, normas, valores y conductas. Esta confluencia de intereses (individuales y colectivos) hace de la competencia comunicativa un elemento clave en la consecución de los objetivos comunes dentro de un sistema colectivo. Que puedes ser el caso desde una familia hasta una organización con roles y funciones más complejas, como es el caso de esta investigación.

En lo individual, la competencia comunicativa es el resultado de la unión de las características de la personalidad y las cualidades adquiridas en el ejercicio profesional constantes, a través del aprendizaje voluntario y consciente. En lo comunitario u organizacional, la competencia comunicativa es el producto del quehacer diario, de la adaptabilidad de esa práctica y de la capacidad de interpretar pensamientos, sentimientos y objetivos de seres humanos que reciben, interpretan y reaccionan ante un conjunto de mensajes. Partiendo de que la competencia es el requisito principal para el establecimiento de un proceso de comunicación efectivo. Por ello, si los miembros de una comunidad poseen habilidades en esa área el proceso será más fluido y con ello pareciera se asegura un mayor progreso. En consecuencia, la competencia comunicativa es, en el ámbito de las organizaciones, un instrumento para el cambio, siempre y cuando sirvan a sus integrantes para la búsqueda de soluciones a los problemas, para ejercer su rol eficientemente, así como para fomentar y fortalecer la cultura organizacional a través de la retroalimentación

constante. En este sentido es que resulta relevante conocer cómo se representan la competencia pragmática de sus jefaturas aquellos y aquellas que colaboran directamente con ella, en consolidar vínculos claves para asegurar una dinámica de trabajo exitosa en lo técnico y con impacto positivo en la cultura o en el ambiente de trabajo (clima laboral)

La competencia comunicativa en el ámbito organizacional es el resultado de la unión de las características individuales y las cualidades adquiridas en el ejercicio constante a través del aprendizaje voluntario y consciente (Bermúdez & González, 2011). Es decir, de la actividad creativa que conlleva a la continuidad de las actitudes positivas dentro del aprendizaje, “el saber ser”.

II.4. Conexiones entre la teoría general propuesta y los conceptos y proposiciones específicas

Relación entre las máximas de Grice y las representaciones sociales

Si bien en nuestro esfuerzo de revisión bibliográfica no se hallaron estudios que utilicen el principio de cooperación y las máximas de Grice (1968, 1975) en el análisis de representaciones, la decisión del uso de dicha teoría para el abordaje de nuestro objeto de estudio radica esencialmente en dos razones. Por un lado, en el valor conceptual y regulador que poseen los elementos teóricos de Grice (1968) respecto de la comunicación humana en general, y en particular para el análisis de la competencia comunicativa de jefaturas de una unidad de un hospital. Por otro lado, en el valor metodológico de estos mismos conceptos tanto para la construcción de los instrumentos de reconstrucción de representaciones como para el posterior análisis interpretativo de las mismas. Estas relaciones se detallan en los tres argumentos que se esgrimen a continuación.

En primer lugar, el principio de cooperación de Grice (1968) señala que, para que toda comunicación exista, debe haber cooperación entre los hablantes o participantes que pretenden comunicarse. En otras palabras, para que un emisor A que inicia un acto de comunicación y un receptor B se comuniquen efectivamente, B debe poner atención a A y/o responder lo que este le solicita, acciones mediante las cuales B coopera con A. Al contrario, si B no quiere atender al llamado de A o no le proporciona la información en la forma y/o

contenido que A requiere, no habrá comunicación. Por esta razón, Grice (1968) indica que, para que haya cooperación -y así comunicación-, los actos comunicativos deben cumplir 4 máximas como principios reguladores: calidad (trate de que su contribución sea verdadera); cantidad (haga que su contribución sea lo más informativa posible en cuanto se requiera para los propósitos del intercambio; no haga su contribución más informativa de lo que se requiere); relevancia (haga que su contribución sea relevante al tema o a la solicitud que se le hace); y modo (evite la oscuridad; evite la ambigüedad; sea breve; sea ordenado). Entonces, por su factor regulador general, estas máximas son perfectamente aplicables al análisis de un caso de representaciones de la competencia comunicativa de jefaturas de hospital en situaciones profesionales.

En segundo lugar, aunque no suelen ser reconocidas principalmente por ello, a nuestro juicio las máximas de Grice comportan un gran valor metodológico, ya que las mismas sirven como categorías de análisis para levantar, describir e interpretar la práctica comunicativa de los hablantes en general, y en particular la de jefaturas de una unidad hospitalaria en contextos laborales. Por ejemplo, la *máxima de cantidad* nos abre la posibilidad de describir y evaluar la expresión comunicativa de una jefatura en sus reuniones y diálogos profesionales en cuanto a la cantidad de información incluida en sus intercambios comunicacionales o, más precisamente, si es esta suficiente y no excesiva para transmitir un mensaje preciso que permita llevar a cabo el trabajo del cual se habla en un momento dado. Así mismo, la *máxima de modo* nos permite indagar, a través del relato de los equipos, si la expresión comunicativa de una jefatura es habitualmente clara o ambigua según su contenido y organización. De la misma manera, se pueden proferir descripciones y evaluaciones de competencia comunicativa de las jefaturas a partir de las otras dos máximas de Grice.

En este mismo sentido, a la hora de construir los instrumentos de recolección de información para esta investigación, los que corresponden a la pauta de la entrevista semiestructurada y a la pauta de los grupos focales a aplicar a las y los profesionales para reconstruir sus representaciones, el principio de cooperación y las máximas de Grice (1968) nos permitirán inclinar la pesquisa de la información en un caso y en el otro hacia la competencia comunicativa de las jefaturas, específicamente hacia la calidad, la cantidad, la relevancia y el modo con los cuales ellas se expresan. Es decir, serán utilizadas como categorías de análisis interpretativo que nos permiten aproximarnos hacia nuestro objeto de estudio, las representaciones, a través de las preguntas de los instrumentos de recolección. Al respecto, cabe también mencionar que las preguntas a incluir en estos últimos no se limitarán

de forma cerrada a indagar solamente los aspectos que refieren las máximas de Grice, sino que serán lo suficientemente abiertas para permitir el surgimiento de otras categorías sociales propias de los participantes del caso que se estudia. Estas últimas serán solo la piedra angular de los instrumentos de recolección, ya que ninguna teoría es una comprensión total de los fenómenos sociales: en otras palabras, la infinita realidad social no se agota en la finitud de ninguna teoría.

En tercer lugar, de manera muy sintética, las representaciones sociales son, según Pozo y Gómez Crespo (1998), siguiendo a Jodelet (1989), "una forma de conocimiento colectivo cotidiano, porque es construido en el contexto de la vida cotidiana producto de un aprendizaje en la mayoría de los casos informal o implícito, y tiene por objeto establecer regularidades en el mundo, hacerlo más previsible y controlable" (p. 103). En conexión con esto, los relatos de los equipos y profesionales de salud sobre la práctica comunicativa de sus jefaturas en su cotidiano laboral no son sino representaciones, dado que estos relatos contienen tanto la experiencia cotidiana de su comunicación en el trabajo desde una perspectiva subjetiva, así como el conocimiento evaluativo respecto de la competencia de sus jefaturas. Para el contexto de esta investigación, evidentemente, las valoraciones que las y los profesionales puedan hacer de algún aspecto de la comunicación de sus jefaturas, basándose en las máximas de Grice u otro criterio, encontrará asidero en las descripciones que los mismos consultados(as) puedan hacer para justificar esas apreciaciones. Esto último enriquecerá el aspecto descriptivo de la investigación, el que es inherente a las representaciones sociales.

En suma, la argumentación aquí expuesta demuestra que las máximas de Grice se pueden utilizar para investigar desde un enfoque interpretativo las representaciones de la competencia comunicativa de jefaturas médicas en hospitales públicos, específicamente desde la perspectiva de sus equipos y profesionales a cargo. Esto porque, por un lado, dichas máximas implican dimensiones de la comunicación que son susceptibles de ser descritas y significadas en tercera persona por parte de sus equipos profesionales: permiten reconstruir representaciones. Por otro lado, porque los relatos subjetivos y las valoraciones que las y los profesionales puedan hacer respecto de la competencia comunicativa de sus jefaturas, en sus situaciones cotidianas de trabajo, no son otra cosa que representaciones sociales en concordancia con las definiciones de Moscovici (1986), Jodelet (1989) y Pozo y Gómez Crespo (1998). En adición, esta combinación al parecer inédita de elementos teóricos de Grice y la

metodología interpretativa de las representaciones le da un carácter innovador al presente trabajo.

Igualmente, las máximas de Grice, así como su principio de cooperación, han sido objeto de algunas críticas académicas. Una de ellas es la aludida por Frederking (1996), quien argumenta que las máximas de Grice son vagas, porque no están definidas en detalle, y muy generales, de manera que no son aplicables a todos los posibles intercambios conversacionales concretos del mundo.

Por nuestra parte, podría cuestionarse la asunción de racionalidad en todo intercambio conversacional que el autor hace a partir de Kant, de quien toma los nombres para sus Máximas. Esto se contrapone con las evidencias de la psicología sobre la irracionalidad del comportamiento humano (Calvo-Elizondo y Hernández-Castro, 2020; Mora 2011). Por lo tanto, no se puede asumir de manera general esa racionalidad del habla y la comunicación como siempre presente. Puede ser posible que en algunos intercambios comunicativos no haya racionalidad ni voluntad de cooperar más allá de dar una respuesta vaga. Así mismo, es posible que en algunos contextos dados como el que aquí se propone estudiar el uso de metáforas, ambigüedades, ironías o bromas, etc., en definitiva, formas no claras o indirectas de comunicación, tengan una función o un sentido situacional.

En adición, también es posible que existan otros principios que los trabajadores(as) consideren necesarios en una buena competencia comunicativa de parte de la jefatura, tales como la cordialidad, la forma o estética, el tono, la entonación y otros elementos paraverbales o no verbales.

En consecuencia, el uso de esta teoría se hace con la debida cautela, entendiendo sus limitaciones como con toda teoría, ya que ninguna ofrece una totalidad comprensiva de los hechos a los cuales se remite. En esta misma línea, en nuestro modelo y método de análisis del siguiente capítulo se plantea que las realidades son múltiples y los sujetos todos diferentes en su particularidad.

III. Marco Metodológico

III.1. Método de construcción de datos

Estrategia metodológica

Esta investigación se basa en una metodología de enfoque cualitativo, descriptivo e interpretativo en forma de estudio de caso. Se propone así estudiar las representaciones de la realidad específica de un grupo de profesionales de un hospital de la red salud pública de Chile, específicamente sobre la competencia pragmática que sus jefaturas demuestran en las reuniones de feedback individual y en las reuniones colectivas de coordinación, toda vez que estas últimas son constitutivas tanto de la relación jefatura-trabajador(a) como del funcionamiento de la estructura organizacional.

Esta investigación contempla el uso de fuentes primarias, las que serán obtenidas en el trabajo de campo mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales como técnicas de producción de información, correspondientes a los discursos individuales y grupales de las entrevistas y grupos focales.

El propósito, por lo tanto, es descriptivo-exploratorio. Descriptivo, por cuanto busca dilucidar cómo es y cómo se manifiesta este fenómeno comunicativo según las representaciones de los trabajadores (as). Se trata por tanto de especificar sus componentes y estrategias y los posibles efectos (en el sentido de impacto o afectación) en las dinámicas relacionales de este ambiente específico de trabajo. Es exploratorio, por cuanto se ha realizado una revisión acuciosa de la bibliografía relativa a la temática de investigación en el apartado titulado “Estado del arte”, constatando una escasa existencia de estudios específicos que den cuenta de la problemática tratada en esta propuesta investigativa.

La investigación implica dos niveles de análisis, uno individual y otro colectivo, atendiendo tanto al objeto de estudio como a los objetivos planteados. Se propone identificar primero a los sujetos individuales dentro de su sistema laboral y luego a estos en su conjunto a nivel colectivo, en tanto que sujetos que construyen representaciones acerca de la competencia comunicativa pragmática de sus jefaturas en una unidad un hospital de la red de salud pública de Chile.

En concreto, el caso de investigación está compuesto por las jefaturas médicas y administrativas, las enfermeras, los técnicos, los paramédicos y los auxiliares de una unidad de un hospital público. Los relatos emitidos por ellos sobre el tema consultado, que devienen representaciones sociales de su contexto laboral, constituirán las unidades de análisis y serán segmentadas en dos grupos: los emitidos por los médicos(as) jefes(as) y los emitidos por los profesionales no médicos(as), al mismo tiempo que por técnicos, administrativos y auxiliares bajo la dirección de dichas jefaturas. Se precisa que, para el caso del segundo grupo, las instancias de intervención se realizarán agrupándolos de acuerdo con su categoría profesional, privilegiando de esta manera una mayor libertad y confidencialidad al momento de exponer sus experiencias, es decir, un grupo de médicos, un grupo de enfermeras(os), uno de técnicos(as) y otro de auxiliares.

La elección y pertinencia de la elección de la metodología de los grupos focales dice relación con la posibilidad de generar un espacio colectivo de interacción entre los distintos profesionales con dos propósitos fundamentales: 1) constatar si la información entregada por los informantes en las entrevistas individuales es coherente o consistente con la entregada en este espacio de interacción pública; en este sentido, se evalúa como un aporte este ejercicio para develar cuánto están las personas dispuestas a decir algo en lo privado con la garantía de la confidencialidad y anonimato, versus en un espacio de conversación pública donde podrían quedar en evidencia sus planteamientos; 2) Favorecer una dinámica conversacional que al darse entre profesionales del área dará cuenta de una voz colectiva respecto de todos los consultados(as).

Con el fin de dar más claridad a la elección del enfoque, la metodología y las herramientas de investigación a utilizar, ahondaremos en los siguientes apartados cada uno de estos puntos.

Enfoque cualitativo

La investigación cualitativa se caracteriza por la comprensión, la interpretación y/o la crítica de la realidad social desde la perspectiva de los y las participantes, en todas sus dimensiones posibles, a partir de los hechos y sin pretender la cuantificación de los hallazgos o del objeto de estudio, sino buscando comprender en profundidad el significado y las interpretaciones que comparten los individuos sobre la realidad social que se estudia,

generalmente a partir del análisis de grupos pequeños. En este sentido, este enfoque es utilizado para estudios que buscan centrar el análisis en detalles e interrelaciones complejas de determinados fenómenos tales como sentimientos, percepciones, visiones, valores, ideas, representaciones sociales e intereses de los sujetos. De ahí que, para llegar a ello, sea necesario trabajar con la palabra y el discurso de los participantes de la investigación (Flick, 2007; Ramírez 2016; Katayama, 2014). Por lo tanto, este reconocimiento de la subjetividad es lo que permite que el diseño se adapte a diferentes fenómenos sociales. De allí la relevancia de los testimonios, los que se van a recoger en esta investigación de los testigos y participes directos en la interacción con las jefaturas de su unidad. Es esa subjetividad transformada en un relato experiencial y apreciativo lo que se busca rescatar.

Respecto de la posibilidad de hacer lectura de la subjetividad desde una mirada de la investigación cualitativa, es necesario remitirse a los conceptos de comprensión de sentido desde una perspectiva fenomenológica y al concepto de experiencia. En primer lugar, la fenomenología no estudia una realidad que es similar para todos, sino una realidad que depende del modo como es vivida y percibida por cada sujeto. Por su parte, la búsqueda de la comprensión requiere del despliegue de la capacidad de ver el mundo y las realidades que en él se configuran desde la perspectiva del otro; dicho de otro modo, es entender que aproximarse a la comprensión de la manera como se configuran los sujetos es una tarea fundamentalmente de reflexión y profundización acerca de los discursos y las acciones de los sujetos, lo cual indudablemente está atravesado por la biografía y las condiciones del contexto en el que están inmersos (Ramírez 2016, Katayama, 2014).

Desde esta perspectiva, la investigación cualitativa busca explorar por medio del lenguaje las diferentes formas en que se expresa la experiencia humana. Es por ello por lo que la pregunta por la subjetividad se ubica desde la perspectiva cualitativa, porque interesa conocer las dimensiones más profundas del constituirse en sujeto, lo que implica que los datos a generarse y construirse son específicamente el lenguaje de los participantes de la investigación.

Por lo anterior, el propósito de conocer las representaciones de la competencia comunicativa pragmática de las jefaturas de una unidad de un hospital público cobra relevancia, al menos en dos sentidos: 1) con ellas será posible conocer y mostrar qué lenguajes, y expresados en qué conceptos, dan cuenta de la particularidad de cómo es representada la competencia comunicativa pragmática de cada jefatura por los profesionales

de la salud a cargo de las mismas. Con toda la diversidad que allí podría llegar a encontrarse a partir de los roles que las personas ocupan dentro de esa particular dinámica de trabajo. Por ejemplo, ¿será lo mismo la representación para la secretaria del equipo, que para la enfermera jefe o el auxiliar paramédico? Todos ellos(as) participan del mismo contexto de trabajo, con roles y funciones específicas y diversas al mismo tiempo; 2) la información entregada tanto en las entrevistas como en los grupos focales será la subjetividad que dé cuenta ya no solo de los testimonios en particular. En este caso la de una unidad inserta en un hospital público, con todos los elementos que pueden aportar a una mayor comprensión de las dinámicas de trabajo en este ámbito.

Se debe mencionar también que la comprensión de la subjetividad es inaccesible a los procedimientos metodológicos que funcionan a partir de la medición y control de variables, como es el caso del enfoque cuantitativo. En cambio, en técnicas que priorizan la emergencia del lenguaje, tales como entrevistas en profundidad, los grupos de discusión, la observación participante y las historias de vida, es posible acceder a la expresión de la subjetividad de la persona o grupo estudiado (González, 2006, Vargas, 2007, Pichón 2003). En esta línea, según Vargas (2007) y Pichón (2003), el sujeto como individuo debe ser comprendido como un fenómeno cuyo acontecer es posible gracias a las complejas redes interpersonales en las que participa, en el que no hay nada que no sea resultante de la interacción entre individuos, grupos y clase.

Dicho lo anterior, puede inferirse que la subjetividad está constituida tanto por el sujeto individual como por los diferentes espacios y experiencias de alteridad en las que vive. Es por ello por lo que cada una de las formas de expresión de la subjetividad tiene implicadas representaciones sociales, valores, creencias, producciones discursivas, entre otras, propias de una determinada sociedad (Ramírez, 2016).

En conclusión, el enfoque cualitativo resulta fundamental para indagar en la subjetividad de las personas, sus visiones y representaciones, ya que se centra en la profundización y la exploración detallada de las experiencias humanas. A través de métodos como entrevistas en profundidad y grupos de discusión es posible capturar las perspectivas individuales y colectivas de manera contextual y rica en matices. Esto facilita la identificación de patrones, significados y complejidades en las narrativas de las personas entrevistadas, contribuyendo así a una comprensión más completa y holística de sus percepciones y construcciones sociales en el contexto que se está investigando.

Modelo interpretativo

El uso del modelo o paradigma cualitativo de tipo específicamente interpretativo en esta investigación se justifica tanto por la naturaleza de nuestro objeto de estudio como porque las características del primero resultan adecuadas para analizar el segundo. Por una parte, las representaciones, en tanto que extractos de discursos, están sujetas a interpretaciones desde que son recibidas por cualquier interlocutor: con mayor razón desde la investigación social. Por otra parte, el paradigma interpretativo se pone como meta principal encontrar y analizar los significados contenidos en esos discursos (Walker, 2022). Con el objetivo de desarrollar mejor estas ideas, a continuación, se exponen tres características de este paradigma de investigación: sus principales fundamentos, su origen histórico-teórico y sus principales alcances investigativos que, en conjunto, lo configuran como idóneo para el análisis de las representaciones de la comunicación en unidades de trabajo hospitalario.

En primer lugar, según González Monteagudo (2001) -en un artículo devenido clásico, aún muy citado al respecto-, a lo largo de la historia de las ciencias sociales se ha denominado paradigma, tradición o enfoque interpretativo a un paradigma metodológico -ontológico, epistemológico, axiológico y metódico- que busca construir conocimiento social cualitativo esencialmente a través de los procesos de descripción, interpretación y finalmente de comprensión de la realidad. Según el mismo autor, para ello el paradigma se sustenta esencialmente sobre la base de cinco axiomas como punto de partida:

1. La concepción de la realidad social -fundamento ontológico-: a diferencia del positivismo que la estudia como una cosa dada, fragmentable y fácilmente accesible, esta se concibe como construida de manera múltiple y compleja por las y los sujetos sociales, mayormente en forma de fenómenos (González Monteagudo, 2001), de manera que subjetividad de los primeros y las condiciones contextuales de los segundos se vuelven altamente relevantes.
2. La relación entre el investigador y lo conocido -fundamento epistemológico-: uno es inseparable del otro en el proceso de investigación, de manera que el segundo, en tanto que sujeto cognoscente, toma parte en la construcción de la realidad que investiga (González Monteagudo, 2001).

3. La imposibilidad de las generalizaciones sociales -fundamento epistemológico-: según este paradigma, las realidades que se estudian son casos particulares de las distintas sociedades y los grupos que la componen, entonces nada permite afirmar su replicabilidad (González Monteagudo, 2001). Cada fenómeno de la realidad responde así a condiciones únicas de su contexto.
4. La dificultad de asumir nexos causales -fundamento epistemológico-: ante a la suposición positivista de que toda acción social puede ser explicada como el efecto de una causa previa, el interpretativismo plantea al contrario que en los fenómenos sociales es difícil diferenciar entre causas y efectos, ya que las acciones sociales se influyen mutuamente en entramados complejos. En consecuencia, el objetivo primordial de investigar no es explicar, sino comprender (González Monteagudo, 2001), y el medio para llegar a la comprensión es la interpretación.
5. El papel de los valores en la investigación -fundamento axiológico-: tanto los valores del investigador(a) como aquellos del contexto estudiado están inherentemente siempre presentes en la investigación. El primero los demostrará a través de la elección de un paradigma, de un método y de una teoría que guiarán el levantamiento y la interpretación de los datos (González Monteagudo, 2001). Así, más que un problema inevitable, los valores son vistos como elementos trascendentales de la investigación, sobre los cuales el investigador/a tiene una responsabilidad ética para con los sujetos de estudio y una responsabilidad metodológica que hace necesario transparentarlos en la investigación.

En segundo lugar, el paradigma interpretativo surge históricamente de la mano de las corrientes filosóficas historicista, hermenéutica y fenomenológica originadas en Alemania (Gadamer, 1993 y 1994; Weber, 1984 y 1993; Husserl, 1991, citados en González Monteagudo, 2001), del interaccionismo simbólico iniciado en Estados Unidos (Blumer, 1982; citado en González Monteagudo, 2001) y de la antropología interpretativa o simbólica de Geertz (1973) y otros. Todas estas teorías han buscado comprender las manifestaciones sociales y culturales a través de la interpretación de sus acciones lingüísticas, de comunicación y/o comportamentales.

En tercer lugar, esta tradición tiene a lo menos tres alcances investigativos útiles para la presente investigación, los cuales se resumen a continuación: aportes metodológicos para la construcción de conocimiento cualitativo a partir de representaciones, mecanismos de

fiabilidad y su relación con la teoría social mediante el análisis, que se desarrollan a continuación.

La capacidad de construcción de conocimiento cualitativo a partir de representaciones discursivas está dada a partir de los fundamentos ontológicos y epistemológico anteriormente mencionados, sobre todo por la concepción de una realidad social subjetiva, múltiple y compleja y por la naturaleza descriptiva de los datos que genera. Desde dicha concepción, la pesquisa hace énfasis en el lenguaje como generador de datos descriptivos que transmiten la interpretación de los hechos desde el punto de vista de un actor social particular (González Monteagudo, 2001). De este modo, se indaga precisamente en las visiones subjetivas de los individuos estudiados y en los significados que estas adquieren en la interacción social, por lo que el conocimiento resultante, en forma de descripción o relato, tiende a estar “cargado de significaciones personales, sociales, ideológicas y valorativas” (González Monteagudo, 2001, p. 238).

En adición, Jiménez Peralta y Zamora-Bugueño (2022), desde una aproximación más actual y fenomenológica, hacen hincapié en que el enfoque interpretativo no estudia al sujeto ni a su mundo de manera directa ni por separado, si no al mundo vivido por el sujeto, y accede a él en forma de relatos o representaciones. En consecuencia, señalan los autores, a menos que se trate de etnografías, las estructuras fenomenológicas no son observables de manera directa, sino que se hace necesario construir diseños de investigación capaces de reflejar los significados que los actores dan a la práctica social, utilizando técnicas de construcción de datos indirectos donde los fenómenos se expresen en representaciones que empleen los códigos originales de la práctica social (Jiménez Peralta y Zamora-Bugueño, 2022).

Justamente a este tipo de saber accede el paradigma interpretativo a través de métodos como los estudios de caso y, en ellos, mediante técnicas de construcción de datos indirectas tales como las entrevistas semiestructuradas y en profundidad (González Monteagudo 2001), como es el caso de este trabajo. Con estos últimos, la construcción de datos se enfoca en la información capaz de expresar las representaciones, los significados y las jerarquizaciones que los sujetos participantes han generado de un evento vivido, los cuales muestran, en suma, el sentido del ser de la práctica social (Jiménez Peralta y Zamora-Bugueño, 2022). Los autores llaman a este método “el enfoque ideográfico” (p. 14). Ellos mismos desarrollaron un ejemplo sobre las representaciones que estudiantes tenían de la mediación tecnológica -videollamadas- en procesos de aprendizaje universitarios. Lo llevaron a cabo

mediante entrevistas y matrices de análisis de relatos que permitían dilucidar los significados al respecto, y luego los nodos u organización de estos que, en conjunto, muestran el sentido que los sujetos construyen de la práctica social que se estudia.

En síntesis, hasta este punto, el paradigma interpretativo resulta idóneo para este estudio de caso de las representaciones sobre de la comunicación de jefaturas de una unidad de un hospital público, porque este enfoque posee una epistemología, metodologías y técnicas de construcción de datos suficientes para su reconstrucción y análisis en tanto que unidades de discurso que dan sentido a la realidad social, como demuestra la literatura académica en el tema.

Luego, para generar conocimiento válido y así garantizar la calidad de la investigación interpretativa, Guba (1983, citado en González Monteagudo, 2001) y Guba y Lincoln (1985, citado en González Monteagudo, 2001) han sugerido algunos mecanismos de fiabilidad, clasificados en mecanismos de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad, de los cuales en esta oportunidad se utilizarán dos: la triangulación de la información -a partir de dos fuentes primarias de información diferenciada según los instrumentos de recolección que se exponen más adelante, literatura académica sobre el mismo tema y las teorías implicadas-.

Finalmente, en cuanto al análisis interpretativo, en términos generales un análisis corresponde a la última etapa del desarrollo metodológico de una investigación. Según González-Monteagudo (2001), el enfoque interpretativo se relaciona directamente con la teoría seleccionada a través del análisis al menos de dos maneras. Por una parte, la teoría proporciona el primer marco conceptual para la interpretación de los datos, esto mediante el conocimiento previo respecto de casos de la realidad social semejantes al estudiado, como hicieron Ramírez Bermúdez y Pedraza-Jiménez (2022) en un estudio sobre las representaciones sociales de la educación ambiental en profesores. Por otra parte, el análisis contribuye a la construcción teórica, ya en él se suelen interpretar y relacionar reflexivamente los significados y sentidos que los sujetos sociales atribuyen a la práctica social. En este sentido, se teoriza no tanto para elaborar una generalización de la realidad ni asumir la replicación de una teoría, sino para expandirla o contradecirla (Jiménez-Peralta y Zamora-Bugueño, 2022). En nuestro caso, la teoría utilizada para la construcción de los códigos con los cuales se analizarán interpretativamente los datos es la teoría de las Máximas de Grice (1966 y 1975) y en general la pragmática (Austin, 1962).

En conclusión, se ratifica la pertinencia del paradigma interpretativo para los efectos de este estudio de caso, dado que permitirá reconstruir cómo se representa la competencia comunicativa pragmática de las jefaturas por parte de los trabajadores(as) a su cargo. Para esto, el paradigma interpretativo posee elementos epistemológicos y metodológicos, específicamente técnicas de construcción de datos y de análisis, suficientes para generar y luego analizar datos descriptivos como lo son las representaciones sociales. En la práctica, estas últimas son unidades de discurso respecto de un fenómeno social, las cuales le dan sentido al mismo, en este caso la competencia comunicativa pragmática de las jefaturas. Por lo tanto, con este modelo en esta investigación se busca el sentido tanto social general como el sentido pragmático de esas representaciones.

Con este modelo se construirá un conocimiento que podrá eventualmente compararse con otras unidades médicas del mismo hospital y de otros, y así trascender a la particularidad de los vínculos estudiados para dar cuenta del contexto sociolaboral de un hospital público, mostrando probablemente patrones comunicacionales propios de dicha dinámica de trabajo en cuanto a la competencia pragmática de las jefaturas.

III.2. Estudio de caso

En la revisión anterior de González Monteagudo (2001) se ha señalado que el método de investigación más común en el enfoque interpretativo fenomenológico es el de “estudios de casos”. Por un “caso” se entiende un fenómeno constituido por su especificidad y sus límites espacio temporales como un sistema integrado (Gundermann, 2004), convirtiéndose así en un objeto de estudio, lo cual guarda estrecha relación con la noción epistemológica de “realidades múltiples” (González Monteagudo, 2001) mencionadas dentro del mismo tipo de análisis. En este sentido, un estudio de caso se define, desde una de sus concepciones, como el estudio de un sistema particular con el objetivo de alcanzar una comprensión mayor de un problema general o para desarrollar (Gundermann, 2004) e inclusive expandir o criticar una teoría.

Tal como se ha definido, las representaciones respecto de la competencia comunicativa pragmática de las jefaturas por parte del equipo de una unidad de un hospital base chileno durante un trimestre del año 2024 constituyen entonces un caso en sí, en cual

puede potencialmente confirmar y así expandir o bien parcialmente refutar las teorías de la comunicación de Grice (1968) y Hymes (1974) aquí utilizadas.

Las situaciones de comunicación escogidas para ser reconstruidas y luego analizadas son las reuniones de feedback individual y las reuniones colectivas de coordinación entre trabajadores y jefaturas. Esto se ha hecho primero para delimitar nuestro objeto de estudio y, luego, porque según la experiencia de este investigador en las primeras se genera a lo largo del tiempo la relación laboral jefatura-trabajador(a), ya que tanto uno como el otro van construyendo la identidad y el significado como tales en la cotidianidad de su contexto laboral; y en las segundas se construye en general el encuadre necesario para coordinación de la gestión colectiva que hace funcionar una organización.

El caso en cuestión ha sido conocido por este investigador desde hace tres años a partir de su trabajo como consultor de coaching organizacional en la institución indagada. Este presenta una serie de características que se relacionan con las teorías de Grice y Hymes, especialmente con las máximas de regulación y la competencia comunicativas por parte de las jefaturas, las cuales muestran tener incidencia directa en el desempeño y en el ambiente psicosocial de ese sistema organizacional de trabajo. Este último, a su vez, puede expresarse a través de las representaciones de sus trabajadores(as), razón por la cual se ha escogido este objeto de estudio.

III.3. Fuentes de datos

La presente investigación se sustenta exclusivamente en fuentes de datos de carácter primario e indirecto. Dichas fuentes se refieren a personas participantes la situación que se investiga, quienes proporcionan una mirada personal de una determinada experiencia o periodo de tiempo. En concreto, las fuentes primarias radican en los testimonios constructivos de representaciones de los participantes, los cuales serán recogidos por medio de entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Nos referimos a los testimonios entregados por los trabajadores de salud (médicos, enfermeras, paramédicos, personal especializado y personal administrativo) de una unidad médica de un hospital base de la red de salud de Chile, quienes reportan a jefaturas en común.

En esta oportunidad no se emplearán técnicas directas de obtención de datos, tales como observaciones participantes ni no participantes del caso de estudio, ya que las reuniones de feedback individual y colectivas dentro de una unidad hospitalaria son la mayor parte del tiempo confidenciales y ocurren de manera estrictamente cerrada solo para quienes se desempeñan en ella. Por esta razón se investigarán solamente las representaciones de los trabajadores(as) sobre la competencia comunicativa de sus jefaturas en esos contextos, las cuales son accesibles a través de técnicas indirectas de construcción de datos que se explicitan más adelante.

III.4. Conformación del caso

Criterios de inclusión:

Los criterios de inclusión estarán determinados por la decisión que las autoridades del hospital establecen como el equipo o área de especialidad idóneo y disponible para el estudio, ya sea pediatría, oncología, psiquiatría, etc. Sin embargo, y en atención a los objetivos de este estudio, se hará una inclusión de acuerdo con la estructura típica de roles del equipo de una unidad hospitalaria que confirmará el caso:

- a. Jefe de servicio: La máxima autoridad del área o especialidad de servicio médico.
- b. Jefaturas médicas: Se refiere a las jefaturas médicas que ese momento estén ejerciendo el rol los servicios designados.
- c. Médicos especialistas o en formación de especialidad.
- d. Enfermeras: Se incluirán todas aquellas enfermeras que pertenezcan a los equipos o servicios seleccionados.
- e. Técnicos en enfermería de nivel superior (TENS): Se incluirán todos los técnicos paramédicos que formen parte de los equipos profesionales seleccionados y que interactúen con las jefaturas médicas seleccionadas.

Criterios de exclusión:

1. Profesionales de otras unidades: se excluirán aquellos profesionales que no pertenezcan a la unidad facilitada por e anteriormente, ya que el enfoque del estudio se centra en la comunicación entre los equipos profesionales y las jefaturas de una unidad hospitalaria.
2. Informantes que no tengan contacto directo con las jefaturas de la unidad facilitada: Se excluirán aquellos informantes que no tengan una interacción regular y directa con las jefaturas médicas, ya que su perspectiva sobre la competencia comunicativa interpersonal podría no ser relevante para los objetivos del estudio.

Una vez establecidos los criterios de inclusión y exclusión, se contactará a los potenciales informantes clave que cumplan con los criterios establecidos, y se les invitará a participar en el estudio mediante entrevistas individuales o grupales, según sea pertinente. Se obtendrá el consentimiento informado de los participantes antes de llevar a cabo las entrevistas.

En este sentido, es fundamental señalar que, la posibilidad de contar con las jefaturas como por todos los profesionales a su cargo está determinada por la decisión que, llegado el momento, será de exclusiva responsabilidad de las autoridades del hospital en cuestión. Entiéndase como autoridades al director del hospital como al director médico responsable de las jefaturas de los médicos del hospital.

Todo lo anterior reviste un alto porcentaje de probabilidad de ejecutarse, dado que el investigador responsable de este proyecto posee una experiencia de trabajo previo colaborativo de casi tres años con el hospital en general, y con sus autoridades en particular. Esto, dada la condición de consultor y coach para temas de recursos humanos del investigador a cargo. Esta propuesta investigativa fue presentada en dos ocasiones (en 2022 y 2023), a las autoridades actuales del hospital, las que accedieron de manera positiva, comprometiendo su palabra, de que, llegado el momento del trabajo de campo de este proyecto de tesis el hospital estaría disponibles para dar inicio al proceso investigativo.

A partir de la distribución propuesta, se favorece:

- 1) Contar con las dinámicas grupales específicas en el “contexto cultural” hospitalario;
- 2) Permite una observación comparada que refuerza un análisis cualitativo de mayor rigor, al considerar distintos estilos de jefaturas evaluadas;

- 3) Un mayor segmento de actores a observar por rol y función, con ello se enriquece el caso (jefaturas médicas, jefaturas administrativas, enfermeras, TENS, equipo técnico, profesionales especializados, equipo administrativo de apoyo);
- 4) Al ampliar la muestra se favorece un mayor anonimato de los actores del proceso de observación y con ello se refuerza el compromiso de confidencialidad.

Ciñéndonos al enfoque, la recogida de información se sustenta principalmente en las siguientes estrategias metodológicas:

- 1) Aplicación de entrevistas semiestructuradas en profundidad, con el propósito levantar información individual y confidencial.
- 2) Desarrollo de grupos focales, con la finalidad de obtener información a partir de la interacción conversacional de los actores involucrados, relevante al momento de contrastar dicha información con la obtenida en las entrevistas individuales.

Ambas estrategias se proponen rescatar testimonios y experiencias de vida en el marco del método biográfico narrativo, el que postula una mirada epistemológica constructivista, que, en lugar de explicar causal o estructuralmente las prácticas sociales, se acerca a la comprensión del papel del sujeto en ellas (Taylor y Bogdan, 1992). Algunas tendencias dan mayor relevancia al contexto social y asumen la construcción del conocimiento desde el punto de vista de un intercambio entre individuos que comparten un contexto cultural. La vertiente denominada construccionismo social, que considera los relatos como reflejo del mundo social mediante los cuales las personas constituyen sus propias identidades y, en un proceso activo de reflexión sobre sus experiencias, busca comprender el entorno en que viven y los significados subjetivos generados en la interacción con los demás.

Cada servicio está compuesto por un determinado grupo de profesionales del hospital: médico jefe, médicos sin jefatura, jefaturas subalternas, enfermeras, personal técnico (paramédicos, TENS) y personal administrativo.

III.5. Técnicas de recolección de datos

En este apartado se busca fundamentar la elección de las técnicas de trabajo a utilizarse en este proyecto de tesis, como es el caso de las entrevistas semiestructuradas y los grupos focales o de discusión, con el propósito de darle la relevancia a estas dos elecciones de recolección de datos fundamentales para el desarrollo de este trabajo

En el contexto de este estudio de caso, el uso de entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión como técnica de recolección de datos se fundamenta en la necesidad de obtener una interpretación de las representaciones de los sujetos estudiados de manera que abarque la complejidad del tema a investigar. Las entrevistas en profundidad permitirán adentrarse de manera exhaustiva en las experiencias y perspectivas individuales de los participantes, desentrañando detalles, matices y significados subyacentes. Al mismo tiempo que se le entregará a la persona entrevistada las garantías de confidencialidad total, para abordar un tema sensible, como lo es el hablar de la jefatura, en cualquier contexto y forma. Pudiera darse como es natural una cierta desconfianza a entregar información de manera genuina, que contenga juicios de valor de la jefatura. Por ello se asegura el compromiso de ser una conversación privada. Y cuyos resultados jamás darán cuenta de quien dijo que, como es obvio, en un estudio de esta naturaleza.

Por otro lado, los grupos focales o de discusión proporcionarán un espacio propicio para la interacción social, fomentando la emergencia de dinámicas grupales y la co-construcción de significados en un contexto colaborativo. En este sentido la idea es que los grupos estén conformados por profesionales del mismo rol, es decir un grupo de médicos, enfermeras, técnicos paramédicos y personal administrativo. La conveniencia de la conformación de grupos, por rol busca obtener una “voz” colectiva de esas agrupaciones, dándole a esa información recogida un carácter de segmento, que podría llegar a ser un aporte al momento de las conclusiones del trabajo. Al mismo tiempo que permitirá también

comparar la información que los profesionales entregaron en espacio privado y confidencial (entrevistas) y luego las entregadas en el espacio público (grupos focales o discusión) y verificar su congruencia.

Por último, ambos enfoques se complementan para ofrecer una visión integral y contextualizada de nuestro tema de investigación basado en representaciones, que son esencialmente colectivas, lo que enriquecerá la validez y la profundidad de los hallazgos.

a. Entrevistas semiestructuradas

Las entrevistas semiestructuradas corresponden a una interacción dialógica, personal y directa entre el investigador y el sujeto estudiado, buscando que el sujeto exprese de manera detallada sus motivaciones, representaciones creencias y sentimientos sobre un tema. Para la ejecución de esta interacción, se elabora una guía general de la entrevista para que se desarrolle de manera tal que se centre en el tema que se está investigando. De este modo, existen tres tipos de guías: estructuradas, semiestructuradas y abiertas. En el caso de las entrevistas semiestructuradas, están establecidos tanto los temas de las entrevistas como las preguntas, permitiendo que se puedan intercalar nuevas preguntas u obviar algunas de las ya establecidas según cómo marche la entrevista (Katayama, 2014).

El campo de aplicación de las entrevistas semiestructuradas va en línea con los siguientes temas: en estudios de reconstrucción de trayectorias pasadas, en estudios de representaciones sociales personalizadas, en investigación de la interacción entre constituciones psicológicas personales y conductas sociales específicas, estudio de perspectivas institucionales, entre otras. Para los efectos de la presente tesis, y en el marco de estudios de representaciones sociales personalizadas, las entrevistas semiestructuradas permiten establecer cuál es la visión que tiene el entrevistado o la entrevistada sobre un tema específico; en este caso, respecto de las representaciones de la competencia comunicativa de sus jefaturas en el contexto de un hospital público. Finalmente, la entrevista es una de las técnicas cualitativas más utilizadas en la investigación social y en los últimos tiempos ha cobrado una gran importancia en ámbitos como las ciencias de la salud, ya sea para conocer las percepciones de pacientes en relación a la satisfacción, necesidades y expectativas de tratamientos sanitarios (Díaz et al., 2011), como para aproximarse a las nociones y representaciones respecto de los servicios de salud (Suárez et al., 2021), como también para

el estudio de las organizaciones que componen la institucionalidad de la salud (Reynaldos, 2017; López, 2009).

En esa línea se encuentra el estudio de Lorca et al. (2022), el que tiene como objetivo rescatar la percepción de liderazgo ejercido por el profesional de enfermería, desde la opinión de egresadas/os de la carrera de enfermería y miembros del equipo de salud, mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas, realizando un análisis de contenido de estas mismas. La finalidad de dicho estudio radicó en orientar los ajustes curriculares necesarios para el avance del liderazgo dentro de equipos de enfermería y equipos interdisciplinarios de salud.

Por otro lado, un estudio realizado por Silvana Matassini y Víctor Luna (2020) tuvo como objetivo general analizar y discutir las barreras para diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino en un hospital público de Lima, y para ello, se llevó a cabo un estudio cualitativo siendo la observación y entrevistas semiestructuradas a pacientes y personal de salud (médicos, enfermeras, staff del servicio), como herramientas de recogida de información para acceder a la experiencia de las pacientes y la percepción del personal de la salud respecto a esta temática.

Aunque las entrevistas se utilicen como único método en la mayoría de los casos, encontramos formas diferentes de triangulación con ellas. La entrevista es el método en investigación cualitativa que se combina más a menudo con investigaciones cuantitativas como las encuestas (Flick 2007). También encontramos triangulación de entrevistas con otros enfoques cualitativos como la etnografía (donde la entrevista se convierte en una parte de la estrategia “maestra” de la disciplina) o con métodos como la observación participante o con los grupos de discusión. En el siguiente apartado se ejemplifica con estudios que utilizan entrevistas y grupos focales.

b. Grupos de discusión o Grupos Focales

Los grupos de discusión o también llamados “grupos focales” o “focus group” refieren a un conjunto de personas que tienen características comunes o un perfil compartido que es relevante para recolectar los datos de interés de la investigación, en el que se busca reconstruir el “yo grupal” y el sentido social de un tema. Su utilidad radica en que permiten comprender la estructura de las motivaciones de las personas, describir minuciosamente y en

su propio lenguaje las acciones y toma de decisiones de las personas, generar ideas, obtener impresiones o generar un nivel profundo de reflexión; como también para interpretar y explicar los resultados cuantitativos que se obtuvieron con anterioridad (Gutiérrez, 2008). De acuerdo con Barbour (2007), los grupos de discusión resultan útiles para estudiar temas sensibles y para integrar a personas a las que es difícil llegar en estudios.

El término focus group es el más utilizado y conocido en el ámbito anglosajón, junto con el término “grupo de discusión” cuya referencia es mayormente española. La traducción sistemática de focus group por “grupo de discusión” es una prueba evidente de que ambos términos son intercambiables para la mayoría de la comunidad profesional, reduciendo las posibles diferencias existentes a una imposición lingüística y/o regional que poco o nada afecta al contenido o esencia de la técnica. En este sentido, el G. D. suele considerarse generalmente como “una forma más flexible, abierta y menos directiva de los focus group” (Callejo, 2001). Es el estilo de conducción, y no el tipo de grupo, lo que en definitiva distingue a ambos y hace de su funcionamiento un mismo referente. Hacer hablar y dejar hablar al grupo son cosas muy distintas que no tienen nada que ver con la mayor o menor directividad del moderador. Una moderación no directiva puede hacer hablar tanto o más que una directiva, y lo mismo podría decirse de una moderación directiva. Es más, las pautas de conducción pueden ser las mismas en ambos grupos y sin embargo mantener el particular sentido que guía la manera de proceder cada uno. Mientras el focus group influye técnicamente para conseguir una información lo más espontánea y natural posible, el G. D. ve una desventaja en dejar librada totalmente dicha influencia y no actuar sistemáticamente sobre ella. Su preocupación fundamental no es que el grupo hable —y hable bien— sino más bien que la misma técnica no le deje hablar o acabe hablando otro por él. En definitiva, para efectos del presente texto, los grupos de discusión serán considerados como los más adecuados para estudiar la interacción en un grupo sobre una cuestión específica. La base teórica de su uso se encuentra en algunos casos en el interaccionismo simbólico; en otros enfoques, la práctica se orienta más al análisis de la conversación y del discurso (Puchta & Potter, 2004).

Con los grupos de discusión hay dos formas de comparación posibles. Podemos comparar entre grupos diferentes, por ejemplo, un grupo de médicos con uno de enfermeros debatiendo la misma cuestión. También podemos comparar dentro de los grupos: ¿cuáles fueron las diferentes opiniones que se hicieron visibles en las declaraciones de los distintos miembros de un grupo de discusión? Para hacer cada una de estas formas de comparación

más efectiva es necesario planificar bien la composición y la selección de los grupos y de sus miembros (Tejero, 2021). Más complicada es una comparación sistemática de miembros individuales a través de grupos diferentes (en analogía con la comparación de entrevistas individuales). Con los grupos de discusión tenemos que considerar el grupo como una unidad y como un factor intermedio en esa comparación.

En resumen, el G. D. admite diversas situaciones discursivas, aunque en la mayoría de los casos la dinámica se centra principalmente en crear situaciones dirigidas. Es importante remarcar que en un mismo grupo se pueden dar diversas situaciones con fines y propósitos distintos en función de los requerimientos de la dinámica, de los objetivos de la investigación y del trabajo de campo ya desarrollado (González, 2006; Gutiérrez, 2008).

En el campo de la salud se puede aplicar a múltiples ámbitos (Mira et al, 2004): recogida de información; el conocimiento de las opiniones o las experiencias de pacientes atendidos en el sistema sanitario y las de diferentes profesionales; la identificación de elementos de mejora de instrumentos o reunir ideas para construir nuevas sugerencias con las que mejorar la calidad asistencial o la evaluación de determinados programas de formación, procedimientos o metodologías de trabajo. Puede ser usado como método de investigación o de evaluación en sí mismo o combinado con otros métodos tanto cuantitativos como cualitativos. Por ejemplo, en nuestro grupo lo hemos empleado como paso previo a la elaboración de encuestas de opinión para recabar qué elementos eran los más importantes para los pacientes y, a partir de estos elementos señalados por pacientes, construir los ítems de la encuesta (Mira et al., 2002).

Otro ejemplo es que, si queremos conocer la percepción de los pacientes con la atención recibida en determinado dispositivo asistencial, podemos plantear como pregunta general: “De su experiencia, ¿qué le ha parecido más positivo? ¿qué recuerda con mayor agrado?” (Mira et al., 2002) y que de manera espontánea vayan comentando todos aquellos aspectos de la atención que cumplen con esta premisa. No obstante, la literatura consultada refiere que los temas sobre los que habría que profundizar son, por ejemplo, trato, intimidad, etc. por tanto, si las respuestas dadas por los participantes no han estado relacionadas con los mismos, deberán formularse preguntas cada vez más concretas para centrarlos en estos temas y así poder recabar información sobre los mismos, por ejemplo: “Y ¿qué es lo que destacarían del trato?” o “¿destacarían alguna experiencia positiva relacionada con el trato?” (González, 2006).

Finalmente, para ejemplificar el uso de los grupos de discusión en organizaciones de las instituciones sanitarias, Quezada e Illesca (2014), realizaron un estudio que tuvo como objetivo conocer la percepción del liderazgo en las y los enfermeros de un Hospital del Sur de Chile. Para ello se realizó una investigación cualitativa, descriptiva, exploratoria e interpretativa a través de un estudio de caso único. Los informantes claves fueron seis enfermeras y enfermeros que se desempeñaban en puestos de responsabilidad. La recolección de datos fue mediante un grupo de discusión. Del mismo modo, Suárez-Pineda & et al (2021) realizaron un estudio que buscó comprender, desde una perspectiva interpretativa, el fenómeno del cambio organizacional, motivado por cambios en las racionalidades del entorno asociadas al nuevo papel del Estado y a la emergencia de nuevos actores en la economía de mercado. Para ello, la investigación se realizó bajo un enfoque cualitativo con carácter fenomenológico, utilizando el método de estudio de caso para aproximarse a la realidad de un hospital público de mediana complejidad en Colombia. Las técnicas para la recolección de datos fueron entrevista semiestructurada, Focus Group, observación no participante y análisis documental. Los datos obtenidos fueron triangulados. A diferencia de este trabajo que, en un contexto similar, solo optará por las entrevistas semiestructuradas, con la promesa de la confidencialidad y las de los grupos focalizados, pero la información se obtendrá en un ambiente privado y luego esa misma información se buscará en un espacio público colectivo, con la misma finalidad de triangulación.

De forma similar, el estudio “Mitos y Creencias sobre la Insulinoterapia en Pacientes con Diabetes Mellitus y sus Familiares de un Hospital del Norte del Perú” realizó un estudio con enfoque cualitativo, desde el paradigma interpretativo y tipo de análisis temático. Se obtuvieron datos sociodemográficos y clínicos de las historias clínicas y se entrevistaron pacientes con diabetes, con uso de algún tipo de insulina por lo menos tres meses antes del estudio, y a sus familiares cuidadores. Los pacientes participaron de un grupo focal y de entrevistas en profundidad; los familiares participaron solo en entrevistas a profundidad. (Vera et al., 2020)

A modo de conclusión y para los efectos de este trabajo de investigación, respecto de las representaciones de la competencia comunicativa de las jefaturas de una unidad de un hospital público, son las entrevistas semiestructuradas y los grupos de discusión ofrecen valiosas ventajas en el ámbito de la salud, particularmente al explorar el ambiente organizacional y laboral en instituciones sanitarias. Estos métodos cualitativos permiten una comprensión más profunda y rica de las dinámicas internas, al brindar a los investigadores la

oportunidad de explorar perspectivas individuales a través de entrevistas y de fomentar la interacción grupal en los grupos de discusión en función de nuestras categorías de análisis establecidas a partir de las Máximas de Grice (1968) y las categorías propias del caso que surjan en el proceso de consulta. Esto facilita la identificación de problemas específicos, la generación de ideas y la validación de resultados.

El instrumento de recolección de información utilizado en los grupos focales fue la misma pauta de preguntas de la entrevista semiestructurada, esto con el propósito de poder comparar las representaciones individuales y las representaciones colectivas -cuando se está con el grupo de pares- sobre el mismo objeto de grupo. En particular, con los grupos focales en este estudio se ha buscado reconstruir por separado la voz grupal -con sus consensos y disensos- de las TENS, las enfermeras y los médicos sobre la competencia comunicativa pragmática de sus jefaturas.

Justificación de uso de técnicas de recolección de datos

En el caso de las entrevistas, su pertinencia o justificación en primer lugar se relaciona con darle a los entrevistados(as) las garantías de un espacio seguro y confiable, dada la naturaleza delicada del tema a conversar (la jefatura). En un segundo sentido, porque las entrevistas siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Se dirigen al aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente. En este tipo de entrevistas nuestros interlocutores son informantes en el más verdadero sentido de la palabra. Actúan como observadores del investigador, son sus ojos y oídos en el campo. En tanto informantes, su rol no consiste simplemente en revelar sus propios modos de ver, sino que deben describir lo que sucede y el modo en que otras personas lo perciben (Taylor y Bogdan 1992).

La intervención a través de grupos focales se justifica en dos sentidos. El primero es facilitar el levantamiento de la información respecto de la competencia comunicativa de la unidad a analizar, en una dinámica de conversación grupal, por lo tanto, pública, con ello se podrá relacionar la información recogida en las entrevistas de carácter confidencial y la de los grupos focales, de carácter público y poder determinar sus eventuales consistencias. En un segundo sentido es observar la dinámica interrelacional de los profesionales a cargo de las jefaturas de la unidad y observar posibles patrones en esa interacción conversacional, tales

como evasión de ciertas temáticas, capacidad de entrar en debate o concesos colectivos, eventuales temáticas de conflicto, es decir observar cómo conversan la competencia conversacional de esas jefaturas.

Estas dos técnicas de recolección de información se relacionan directamente con la reconstrucción de representaciones sociales, ya que, como señala Jodelet (1986 citado en Vergara-Quintero, 2008), lo que caracteriza a las representaciones sociales es que se refieren a objetos sociales, situaciones y/o construcciones de la realidad del grupo social y se generan a través de dos procesos comunicativos, de objetivación y de anclaje. El primer concepto consiste en transformar los conceptos abstractos en materializaciones concretas sintetizando la información que se tiene sobre el objeto social consultado, extrayéndola de su contexto original y descartando aquella que no resulta pertinente según nuestros objetivos y perspectiva teórica. En segundo lugar, la objetivación se refiere a la naturalización de esta información para que poco a poco las imágenes socialmente creadas reemplacen a la realidad. En tercer lugar, el proceso del anclaje consiste en incorporar lo desconocido dentro de un sistema de categorías ya existente y que conocemos, en este caso las Máximas de Grace.

Finalmente, el punto de saturación de la información se hallará cuando esta comience a repetirse entre las y los distintos participantes del caso de estudio por grupo profesional y, en el caso de los grupos focales, cuando en esta se identifiquen los eventuales conjuntos de apreciaciones contrapuestas o diferentes sobre la competencia comunicativa pragmática de las jefaturas, como se evidencia en las preguntas número 4 y 5 del instrumento de entrevista semiestructurada (ver anexo 2).

III.6. Técnicas de análisis de los datos

Como se ha señalado al inicio de este capítulo, el presente estudio de caso sigue un modelo interpretativo, por lo tanto, el análisis es del mismo tipo. El análisis interpretativo se refiere a un conjunto de operaciones a las que se someten los datos descriptivos obtenidos, con el objetivo reconstruir su sentido social en relación con el objeto de estudio seleccionado, en este caso, las representaciones que los trabajadores de una unidad de un hospital base de

la red de salud pública de Chile construyen respecto de la competencia comunicativa de sus jefaturas, esto a partir de las Máximas de Grice (1975) y de otras categorías emergentes.

En concreto, una vez obtenidas las representaciones naturales de los trabajadores(as) expresadas en las entrevistas semiestructuradas y en los grupos focales, grabadas en formato de audio, estas fueron transcritas. Luego, las mismas fueron analizadas temática y descriptivamente en el Software Atlas.Ti mediante codificación, es decir, identificando y desarrollando el tema de cada fragmento de las entrevistas. En este primer análisis se comenzó por las respuestas relativas a las Máximas de Grice (1968; 1975), que son las categorías preestablecidas del estudio, y se prosiguió con las representaciones abiertas sobre la comunicación de parte de las jefaturas. En ese momento, se trabajaron separadamente las representaciones de los distintos grupos de trabajadores -TENS, enfermas y médicos-. Luego, en segundo lugar, se realizó un análisis transversal que vinculó todas las representaciones a partir de las coincidencias temáticas entre sí, lo cual ha llevado a una exposición de los resultados por temas, como se verá en el capítulo siguiente. En tercer lugar, se aplicó un primer análisis teórico, a partir del Marco Teórico de esta tesis, que agrupa la gran cantidad de temas expresados por las y los participantes en subcategorías, las cuales se pueden apreciar también en el orden de exposición de los temas como subtítulos intermedios. Por último, se ha realizado un segundo análisis teórico de interrelación entre las distintas subcategorías, el cual se expone en la discusión. El detalle de este análisis múltiple se consigna a continuación.

Las categorías de análisis preestablecidas en este estudio y que estaban presentes en las preguntas del instrumento de recolección -adjuntado en el Anexo 1- fueron las Máximas de Grice (1968; 1975) y las definiciones de *Buena Comunicación* y de *Mala Comunicación*. Se preguntó por ellas directamente y, en el caso de las Máximas de Grice, los códigos con los cuales fueron analizadas sus respuestas también estaban predefinidos, correspondiendo a las definiciones del propio autor. Es decir, estas categorías son la *Calidad* -la cual fue construida con los códigos verdadero, falso, fundado, infundado, fidedigno, etc-, la *Cantidad* -codificada como suficiente o insuficiente-, la *Relevancia* -codificada como relevante, irrelevante, atingente, entre otros- y el *Modo* -calificado con los códigos claro, poco claro, ordenado, desordenado, incomprensible, complejo, entre otros-. De esta manera, las Máximas fueron utilizadas aquí como categorías de representación, es decir, de descripción e interpretación cognitivas, siguiendo a Jodelet (1986), en tanto que principios reguladores de la competencia comunicativa de las jefaturas.

A continuación, se codificaron por tema las representaciones de las categorías abiertas de buena y de mala comunicación de una jefatura, las cuales por su naturaleza dieron origen a códigos emergentes. En estas categorías se señaló una amplia cantidad de temas de manera espontánea, intentando este investigador mantener siempre el encuadre en la competencia comunicativa pragmática, es decir, en cuanto a las acciones comunicativas y sus efectos (Austin, 1962; Bertuccelli, 1993; Pilleux, 2001). Todas estas representaciones fueron primero analizadas por grupo de trabajadores -TENS, enfermeras y médicos-, pero luego fueron integradas por tema, los cuales en gran medida se repetían entre los distintos entrevistados y focus-groups, concluyendo así el primer análisis general y descriptivo. Para esta tarea fue altamente útil que el software Atlas.Ti permita visualizar de una sola vez todas las citas marcadas con mismo código o tema, al igual que los comentarios analíticos que se hace de ellas o de un conjunto de las mismas en una especie de gran telón. Lo anterior evitó el uso de matrices de análisis, ya que cumple la misma función.

Luego, dada la amplia variedad de temas que se ha advertido en las categorías abiertas con códigos emergentes, estos fueron organizados en cuatro subcategorías teóricas como componentes de y en relación con la comunicación, generándose así el primer análisis teórico de estas representaciones. Estas subcategorías son: a) Principios fundamentales de la comunicación, b) Competencias de comunicación, c) Características relacionadas con el liderazgo y d) Perspectivas sobre la estructura de la organización del hospital. Luego de este ordenamiento y análisis teórico parcial se pudo proceder a un segundo análisis teórico general que se consigna en el capítulo V de Discusión.

En síntesis, las categorías preestablecidas y sus códigos son las siguientes:

1) Categoría general del objeto de estudio: **la competencia comunicativa pragmática.**

a) Máximas de Grice:

- i) **Calidad:** verdadero, falso, fundado, infundado, fidedigno.
- ii) **Cantidad:** suficiente, insuficiente, excesivo, etc.
- iii) **Relevancia:** relevante, irrelevante, atingente, etc.
- iv) **Modo:** claro, poco claro, ordenado, desordenado, incomprensible, complejo, confuso, ambiguo, etc.

b) Definición de buena comunicación

c) Definición de mala comunicación

Luego, la siguiente tabla consigna el conjunto de categorías -tanto las preestablecidas como emergentes- y sus códigos resultantes:

Tabla 2. Categorías de análisis y códigos

Con códigos preestablecidos				Con códigos emergentes	
Categoría 1: Calidad	Categoría 2: cantidad	Categoría 3: Relevancia	Categoría 4: Modo	Categoría 5: Definición de buena comunicación	Categoría 6: Definición de mala comunicación
VERDADERO	Suficiencia	Relevante	Claro	"Saber comunicarse"	"La mala actitud"
FALSO	Insuficiencia	Irrelevante	Poco claro	"Ser criterioso"	Canal de comunicación indirecto o informal
Fundado	Excesivo	Atingente	Ordenado	"Ser escuchado"	Comunicación no vinculante
Infundado		Significativo		"Tener presencia"	Desligarse de cierta responsabilidad
Fidedigno		Insignificante	Desordenado	Asertividad	Falta de anticipación
			Incomprensible	Cercanía	Falta de asertividad
			Complejo	Claridad	Falta de comunicación
			Confuso	Consideración de la salud mental	Falta de formación en comunicación y gestión del RRHH
			Coherente	Cordialidad	Falta de habilidades de comunicación
			Incoherente	Empatía	Falta de información
			Ambivalente	Entonación adecuada	Falta de instancias de comunicación
			Tecnicismo	Equidad	Falta de participación
				Formalidad	Falta de tiempo
				Igualdad de trato entre estamentos	Impulsividad
				Jerarquía	Inconsistencia de la información
				Liderazgo	Jerarquía
				Participación	No escuchar a su personal
				Resolutividad	Poca accesibilidad
				Respeto	Poca resolutividad
				Ser oportuno	Trato despreciativo
				Valoración	
				Visión a largo plazo	
				Visión del presente	

Finalmente, el agrupamiento de los códigos emergentes en subcategorías teóricas -las mismas tanto para Buena como Mala comunicación- se expone en las dos tablas siguientes:

Tabla 3. Subcategorías y códigos de Buena Comunicación

SUBCATEGORÍAS				
C Ó D I G O S	Pincipios fundamentales de la comunicación	Competencias de comunicación	Características relacionadas con el liderazgo	Perspectivas de la estructura de la organización de hospital
	Respeto	Entonación adecuada	Empatía	Participación
	"Ser escuchado"	Asertividad	Resolutividad	Jerarquía
	"Tener presencia"	"Saber comunicarse"	Liderazgo	Igualdad de trato entre estamentos
	Cordialidad	Claridad	"Ser criterioso"	
	Cercanía		Equidad	
	Ser oportuno		Valoración	
	Formalidad		Visión del presente	
			Visión a largo plazo	
		Consideración de la salud mental		

Tabla 4. Subcategorías y códigos de Mala Comunicación

					SUBCATEGORÍAS			
C Ó D I G O S	Principios fundamentales de la comunicación		Competencias de comunicación		Características relacionadas con el liderazgo		Perspectivas de la estructura de la organización de hospital	
	Falta de instancias de comunicación		Falta de habilidades de comunicación		Poca resolutiveidad		Jerarquía	
	Falta de comunicación		Falta de formación en comunicación y en gestión del RRHH		Comunicación no vinculante		Falta de participación	
	Poca accesibilidad		Falta de asertividad		Inconsistencia de la información		Falta de información	
	"No escuchar a su personal"		Impulsividad		Desligarde de cierta		Falta de tiempo	
	"La mala actitud"		Trato despreciativo		Falta de anticipación			
	Canal de comunicación indirecto o informal							

Finalmente, cada uno de estos códigos se encuentra desarrollado con sus respectivas citas e interpretaciones en el siguiente capítulo de Resultados.

III.7. Consideraciones éticas

Cabe que señalar que toda investigación de carácter científico demanda una conducta ética de parte del investigador(a) acorde a los objetivos y estrategia metodológica, donde “no tiene cabida la conducta deshonesta que vulnere los procesos investigativos” (Espinoza Freire, 2020, p. 104), más aún en casos de investigaciones de carácter in situ, donde el trabajo de campo y la recogida de información está directamente en contacto con grupos humanos, como en este caso.

En este sentido, se ha ajustado la presente estrategia metodológica apuntando siempre a la confidencialidad de los informantes, tanto en las entrevistas como en los grupos focales, garantizada a través de un consentimiento Informado, donde el o la participante declara su voluntad de participar, autoriza a registrar la entrevista mediante grabación de audio y el investigador se compromete a hacer uso de la información con fines estrictamente

académicos y en el marco de la investigación, siempre resguardando la identidad del informante tras un nombre de fantasía y su respectivo cargo, con el fin de prevenir cualquier afectación a la situación laboral de las y los participantes y cualquier conflicto interno. Con el mismo objetivo las preguntas se han hecho siempre respecto de todas las jefaturas médicas que han tenido a lo largo de su trayectoria laboral y no solo en relación con la actual jefatura y los médicos de la unidad donde se desempeñan.

Este estudio de caso se ajusta a todas las exigencias éticas del Servicio de Salud de la Región de Los Ríos, a cuyo Comité Ético Científico fueron enviados el proyecto de investigación en toda su extensión y los documentos de consentimiento informado para su revisión antes de la ejecución. Estos fueron aprobados mediante la resolución exenta N°063 de la institución señalada, con fecha 28 de marzo de 2024.

En consideración de la aprobación anterior, en junio de 2024 el hospital seleccionado autorizó la ejecución de la investigación. Fue el mismo hospital el que determinó la unidad en la cual se llevó a cabo el estudio de caso.

Cabe mencionar que tanto las condiciones anteriormente señaladas como ciertas técnicas aplicadas por el investigador permitieron generar un ambiente de confianza en las distintas instancias de levantamiento de información. Por ejemplo, siempre fue necesario mantener un tono amigable con los entrevistados(as), reiterando que todo lo conversado entre estos y el investigador quedaba bajo la más estricta confidencialidad, ya que sus nombres serían modificados y sus edades omitidas. También algunas veces fue necesario reformular las preguntas de alguna forma que resultaran más simples y cotidianas, para así derribar barreras que pudiesen surgir a partir de la incomprensión. Siempre se apuntó hacia la horizontalidad del trato, lo cual puede haberse visto favorecido por la experiencia profesional del investigador como coach organizacional desde hace más de veinte años.

Finalmente, se contempla además la “vuelta de mano”, correspondiente a la entrega de los resultados de la investigación al directorio del hospital y departamentos que así lo requieran, previa autorización del Comité Ético de la Universidad.

III.8. Trabajo de campo

Entre los meses de julio y agosto de 2024 se llevaron a cabo ocho entrevistas semiestructuradas individuales y tres grupos focales en el hospital, según la voluntariedad y disponibilidad de los trabajadores(as) de la unidad dispuesta. Dos de estas entrevistas fueron a TENS, tres a enfermeras y tres a médicos. En cuanto a los grupos focales, se llevó a cabo uno por cada estamento de trabajadores(as) y de estos participaron respectivamente cuatro TENS, cinco enfermeras y cuatro médicos becados en formación de especialidad. En total, se contó con la participación de veintiún trabajadores(as) de la unidad investigada, quienes conforman este estudio de caso. En síntesis:

Participantes en entrevistas individuales:

- TENS: 2
- Enfermeras: 3
- Médicos: 3

Participantes en grupos focales:

- TENS: 4
- Enfermeras: 5
- Médicos: 4

Total de participantes: 21

Luego de la autorización general de la dirección del hospital y de la jefatura de la unidad para participar de esta investigación, esta fue la cantidad de profesionales que estuvo disponible y aceptó participar voluntariamente de las entrevistas individuales y de los grupos focales. La unidad tiene cerca de cincuenta trabajadores(as) y cabe mencionar que como máximo estaría disponible la mitad del personal de la unidad en un momento dado, ya que trabajan por sistema de turnos y la unidad funciona todos los días del año, a toda hora. Además, este trabajo de campo tuvo lugar durante la campaña de invierno, por lo que la participación de los trabajadores(as) en esta investigación supuso un esfuerzo en alguna medida adicional. Las y los participantes constituyen así una muestra cualitativa de la unidad

y de cada uno de sus estamentos. Como puede inferirse, los trabajadores(as) que participaron de las entrevistas individuales y aquellos que participaron de los grupos focales son distintos.

Respecto de la experiencia de los grupos focales es preciso señalar que, con el mismo instrumento de recolección de las entrevistas como guía, se produjo en general una dinámica participativa y colaborativa entre los trabajadores(as). Una de las condiciones que propició lo anterior fue que la ejecución de estos grupos se diseñó de manera separada para cada estamento, habiendo así horizontalidad entre los participantes, pues comparten el mismo cargo y funciones laborales. Esto se evidenció comunicativamente en el apoyo argumentativo entre unos y otros, el cual se explicita en la redacción de los resultados. Igualmente, como se verá, hubo algunos pocos disensos, pero la mayor parte del tiempo pudieron llegar a consensos con la mediación del investigador, de manera que se pudo llegar a la construcción de una representación verdaderamente colectiva como se propuso en los objetivos de la investigación.

Finalmente, no se debe olvidar que los relatos recopilados corresponden a las representaciones subjetivas de los trabajadores(as) respecto del objeto de estudio. Es decir, obedecen esencialmente a la memoria acumulada sobre hechos pasados respecto de la competencia comunicativa pragmática de sus jefaturas, los cuales se significan en el presente de una manera particular y, como se verá, a veces distintamente a nivel individual y a nivel colectivo. Por lo tanto, las opiniones vertidas les pertenecen solamente a ellas y ellos y no al investigador. Estas memorias significadas, plasmadas y consensuadas en el discurso a modo de conversación son, en efecto, un conocimiento empírico de la realidad que estos trabajadores(as) viven y construyen en términos de Jodelet (1986), lo cual las hace representaciones sociales según la misma autora. Entonces, con la metodología aquí expuesta se ha llegado a una parte importante de dicho conocimiento y al sentido pragmático que esta toma en la dinámica laboral de la unidad hospitalaria que se investigó.

IV. Resultados: Representaciones del equipo de trabajo sobre la competencia comunicativa pragmática de las jefaturas en una unidad de un hospital público chileno

En este capítulo se exponen los resultados de este estudio de caso, consistentes en las representaciones que el equipo de trabajo de la unidad hospitalaria estudiada construye en torno a la competencia comunicativa pragmática de sus jefaturas médicas. Estas representaciones son el producto de la ejecución de la metodología detallada en el capítulo anterior.

Estos hallazgos se han ordenado según los distintos temas predefinidos y surgidos en las representaciones expresadas por los trabajadores(as) participantes del estudio y codificadas mediante el análisis llevado a cabo a través de Atlas.Ti. En este sentido, en primer lugar se exponen los resultados de las categorías y los códigos preestablecidos que corresponden a las Máximas de Grice (1975) -Calidad, Cantidad, Relevancia y Modo-, que en esta investigación fueron utilizadas como categorías de representación de la competencia comunicativa pragmática de las jefaturas. Luego, en segundo y tercer lugar se presentan respectivamente las representaciones de las categorías de buena y mala comunicación en una jefatura, que corresponden a las definiciones proporcionadas por los trabajadores(as) al respecto y cuyos temas no se encontraban predefinidos, sino que emergieron en las distintas instancias de recolección de información. Estos últimos fueron agrupados en subcategorías teóricas como componentes de y en relación con la comunicación, tomando como referencia el Marco Teórico de esta investigación, y son las siguientes: a) principios fundamentales de la comunicación, b) Competencias de comunicación, 3) Características relacionadas con el liderazgo y 4) Perspectivas respecto de la estructura de la organización del hospital.

Estos temas de representación de cada subcategoría señalada anteriormente han sido, a su vez, ordenados desde aquellos que fueron mencionados por un mayor número de trabajadores(as) y en más instancias del trabajo de campo, hasta aquellos que fueron

mencionados por una menor cantidad de trabajadores y en menos instancias, estableciendo así un cierto orden de relevancia representacional. Igualmente, en cada subcategoría temática se diferencia entre las representaciones individuales (producto de las entrevistas semiestructuradas) y las representaciones colectivas (producto de los focus-groups), ya que estas responden a objetivos específicos distintos del estudio de caso. Además, en cada uno de estos temas se especifica el grupo de trabajadores al que pertenece la información, sean TENS, enfermeras y/o médicos.

Finalmente, cabe mencionar que siempre se les preguntó a los trabajadores(as) por la competencia comunicativa pragmática de todas sus jefaturas a lo largo de su trayectoria laboral, y no solo respecto de la jefatura de la unidad donde se desempeñan actualmente. En adición, la mayor parte del tiempo fue difícil para ellas y ellos remitirse solamente a los dos eventos comunicacionales estipulados en el diseño, que eran las reuniones de coordinación de equipo y las conversaciones de feedback individual, porque, como se verá a continuación, estas dos instancias no existen establecidas con regularidad en su unidad. Con todo, el análisis fue esencialmente pragmático (Austin, 1962; Bertucelli, 1993; Pilleux, 2001).

IV.1. Representaciones sobre la competencia comunicativa pragmática de sus jefaturas a partir de las máximas de Grice: Calidad, Cantidad, Relevancia y Modo.

Las máximas de Grice (1975) han sido utilizadas en esta investigación como categorías de representación y análisis de la competencia comunicativa pragmática de las jefaturas médicas y en general de los médicos como cabeceras de equipo cuyas indicaciones dirigen el trabajo de TENS y las enfermeras. En este sentido, a continuación, se exponen las representaciones que los distintos estamentos profesionales -TENS, enfermeras y médicos- de la unidad hospitalaria de este estudio de caso construyen en torno a dicho objeto de estudio en cuanto a la Calidad, la Cantidad, la Relevancia y al modo. En cada una de estas máximas se parte por las representaciones individuales de cada estamento, para luego terminar con las representaciones colectivas.

a. Calidad

En cuanto a la Calidad, entendida como el nivel de veracidad de la información provista en la comunicación (Grice, 1975) por parte de las jefaturas, en primer lugar, las TENS señalan individualmente que, en general, la información entregada por sus jefaturas es verdadera por cuanto ellas pueden confirmar, salvo algunas excepciones.

Una de esas excepciones es la representada por una de las TENS sobre lo que se dice de la carga laboral asignada y realizable. En palabras de ella misma en entrevista con el investigador:

- Investigador: Piensa en tus jefaturas y fundamentalmente en dos contextos, cuando dan feed-back, es decir cuando las jefaturas dicen si esto está bien o está mal, y en las reuniones de equipo. Ahí, en esos dos ámbitos nada más, ¿cuán veraz han sido tus jefaturas en dichas instancias? Su comunicación ha sido verdadera, fidedigna, o a veces la información es dudosa o incluso falsa. ¿Cuál es tu experiencia al respecto?
- Angélica: Puedo decir que es como mitad y mitad la información sobre todo en un ámbito, porque una cosa... como siempre nosotros hemos dicho detrás del escritorio se pueden hacer muchas cosas, pero en el momento “cuando las papas queman” ahí es diferente. Porque nos dicen, por ejemplo, “chicas si tenemos X cantidad de pacientes, con eso nos arreglamos”. Es súper fácil decir “en 15 minutos atiendes un paciente y en 15 minutos otro”, pero no es así, es totalmente diferente, las cantidades de tiempo son diferentes... Las atenciones, para dar de calidad, uno debiera tener menos pacientes para poderle dar más tiempo y así mejor calidad a la persona, porque de repente uno tiene mucho trabajo y hace lo justo.

(Angélica, TENS, 25 años de experiencia en la unidad)

Las TENS no realizaron mayores comentarios sobre la calidad de la información entregada por sus jefaturas y por los médicos, principalmente porque, como se verá más adelante ellas tienen muy poco contacto directo con los médicos, a diferencia de las enfermeras y los demás médicos.

En segundo lugar, las enfermeras, también a nivel individual en las entrevistas semiestructuradas, se limitaron a señalar que, en efecto, la información de su jefatura de enfermería y de los médicos, que también ejercen un rol jerárquico sobre ellas, es generalmente verdadera. Esto puede verse en las siguientes citas de las entrevistas con ellas:

- Investigador: En cuanto a Calidad, entonces la pregunta es ¿cuán veraz crees tú que han sido tus jefaturas medicas en estas instancias, de feedback o de reuniones grupales? En términos de que lo que han dicho la información es verdadera, fidedigna o, al revés, la información es a veces dudosa o incluso falsa.
- Roxana: No, yo creo que ha sido verdadera, sí.

(Roxana, enfermera, 10 años de experiencia en la unidad).

Paola, una de las enfermas, representa la calidad con el código de “fundamentada” respecto de la información de parte de la jefatura, sobre todo cuando se trata de la resolución de algún problema:

Respecto a lo que yo he evidenciado en esta unidad, siempre ha sido con fundamento todo lo que se solicita o lo que se está demostrando en algún momento. O sea, cuando ha habido algunas situaciones en los que la jefatura ha tenido que intervenir, por ejemplo, siempre ha sido buscando todas las versiones y viendo todas las aristas del problema, para el esclarecer el hecho que haya pasado y no solamente recibir opiniones o comentarios personales. Así que en ese sentido siempre ha sido de calidad.

(Paola, enfermera, 4 años de experiencia en la unidad)

Sin embargo, Roxana, otra de las enfermeras, agrega que algunas veces existe desconocimiento de parte de la jefatura sobre el trabajo que ellas se encuentran realizando en un momento dado, lo cual dificulta la gestión de sus solicitudes en relación con este. El mismo código fue introducido por otras de las enfermeras en su definición *de mala comunicación*. En palabras de la primera enfermera:

El desinterés con el equipo y el desconocimiento también de las necesidades que tenemos acá como equipo. Cualquier cosa que nosotros solicitemos y, si él (médico jefe) no sabe, es difícil que se gestione en el fondo.

(Roxana, enfermera, 10 años de experiencia en la unidad)

Por otro lado, en cuanto a calidad, las representaciones de los médicos están algo divididas. En primer lugar, Bernardo refiere lo siguiente:

Nunca he tenido la sensación de que no es veraz, o sea nunca he pensado que alguno de mis jefes me está engañando o me está ocultando información o me está “dorando la píldora”, no, nunca. Nunca. Como le digo, son pocos jefes pero nunca me ha tocado un mal jefe, yo creo que es una suerte (...). Así que no, no tengo ninguna duda de que fueron veraces, en el 99%... si algo me ocultaron yo no me entere (risas).

(Bernardo, médico, 37 años de servicio en la unidad).

No obstante, otro de los médicos, Alexis, asevera que la información a veces es ambigua en cuanto a las normas laborales transmitidas, en las cuales existen variaciones de su aplicación según el servicio, como en el siguiente caso:

Es como medio ambiguo lo que pasa. Te doy un ejemplo, cuando empezamos a marcar con el dedo, todos dijeron “ya, vamos a empezar a marcar, que esto es obligatorio y todo...” y nosotros veíamos que los cirujanos ninguno marcaba, entonces, yo empecé a decir “oye, si los cirujanos no marcan, ¿por qué yo tengo que marcar?”. Me respondieron “No, es que están todos marcando”, “no es que no es así”. Pero los cirujanos no lo hacían y los neurocirujanos con los neurólogos tampoco”. Entonces, finalmente, lo que ocurre es que empiezan a utilizar, entre comillas, a “los más sumisos” para hacer cumplir las cosas. Y esta unidad es particularmente un servicio así.

(Alexis, médico, 16 años de servicio en el hospital)

En la cita anterior aparece por primera vez uno de los temas más frecuentemente mencionado y mayormente profundizado por los trabajadores(as), sobre todo en la definición de mala Comunicación, que es la jerarquía, cuando este médico señala que en su servicio son “sumisos”. Más adelante se verá que esta investigación demuestra que la jerarquía tiene una gran incidencia en la comunicación en general al interior de esta unidad y, por extensión, en el hospital.

Por su parte, Consuelo, también médico, opina que, en su experiencia, no recuerda haber recibido información falsa: “No, falsa no me ha tocado, no tengo recuerdos que una jefatura me haya dado una información falsa” (Consuelo, 40 años de servicio en el hospital).

De esta manera, podemos observar que, para las TENS, las enfermeras y los médicos entrevistados de forma individual, en general la comunicación de sus jefaturas tiende a representarse mayoritariamente como veraz y fundamentada, aunque no se explayan mucho al respecto. Sin embargo, se destacan también algunas críticas importantes que tienen que ver con la jerarquía del jefe médico respecto del personal. En particular, se critica la veracidad sobre la carga laboral desde las TENS, el desinterés sobre la labor de las enfermeras, así como la ambigüedad en la información entregada a los demás médicos.

Luego, en cuanto a las representaciones colectivas sobre la calidad de la comunicación, en primer lugar, las TENS señalan que las jefaturas y los médicos no siempre se comunican con total veracidad. Ellas refieren que una de las excepciones es la atribución infundada de la responsabilidad sobre algún error en la unidad, la cual dicen ellas, tiende a ser hacia ellas:

- Beatriz: A ver, yo en cuanto a lo que es los médicos, cuando ellos hacen suposiciones de que error se está cometiendo y quien lo está cometiendo, generalmente nombran a las TENS. “Las TENS no usan las epp, las TENS no se lavan las manos, las TENS no están llevando buenas técnicas...”. Entonces, solamente son las TENS.
- Investigador: ¿Por qué?
- Beatriz: Será porque somos los que estamos más cerca de los pacientes, del usuario, o simplemente porque en ellos hay una desconfianza de que nosotros no hacemos bien las cosas.
- Investigador: ¿Y no necesariamente hay pruebas de eso?
- Beatriz: No.
- Investigador: ¿Lo tienen casi como a la mano?
- Beatriz: Sí. Es como el argumento más corto: “las TENS no están usando las epp”
- Clara: “No se están lavando las manos” ...
- Beatriz: Aunque nosotras de repente ni siquiera, por ejemplo, seamos las que, como se llama, seamos las que utilicemos los catéteres.
- Clara: Que utilicemos como cosas invasivas, eso no lo vemos nosotras.
- Beatriz: Y las infecciones van por ahí...
- Clara: Que están haciendo mal las cosas.
- Beatriz: La suposición es que las TENS están haciendo mal las cosas.
- Clara: Probablemente nuestro nivel de estudio es más bajo que el de ellos. Eso.

(Beatriz, TENS, 15 años de experiencia en la unidad; Clara, TENS, 40 años de experiencia en la unidad).

En la cita precedente puede observarse que en los contenidos de esta comunicación jerárquica en ocasiones se transmite el prejuicio de que, si ha habido algún error en los procedimientos de la unidad, la responsabilidad de este último suele ser adjudicada la mayor parte del tiempo a las TENS. La razón que una de ellas esboza para este prejuicio es que su trabajo requiere menos años de estudio. Parece ser entonces que esa menor cantidad de años de estudios las pone en una posición inferior en la jerarquía, y esta facilita la atribución de esa responsabilidad sin un análisis riguroso del hecho.

En segundo lugar, también desde una representación colectiva, para las enfermeras la veracidad de la información siempre ha estado presente desde la jefatura. Ante la pregunta del investigador “¿cuán veraz son o han las jefaturas médicas, tanto en dos instancias, cuando te dan feedback personal y en reuniones de coordinación?”, Eugenia y Bianca expresan que las enfermeras no participan regularmente en reuniones con los jefes médicos, pero que en las reuniones que han tenido con la jefatura médica de su unidad esta ha sido veraz con toda la información que ha comunicado:

- Eugenia: En mi experiencia sí, yo no tengo en ese ámbito, de haber estado en reuniones, de acuerdos o cosas, siento que ha sido... han sido veraz. (...) Que no hay nada hundido, oculto, o que te comprometas en el momento y después no lo llesves a cabo o no lo ejecutes o lo hagas de otra manera, como en reuniones administrativas que es lo que nosotros tenemos, personalmente no.
- Bianca: Nosotros con la jefatura médica en realidad no tenemos como mucha reunión, siempre entre enfermeras con la jefatura de enfermería... y cuando hemos tenido, acuerdos y cosas así, no podría decir algo diferente. Por lo menos en la parte que es atención directa de pacientes o eso.

(Eugenia, enfermera, 23 años de experiencia en la unidad; Bianca, enfermera, 19 años de experiencia en la unidad)

Por otra parte, para dos de los médicos, Paulo y Soledad, la veracidad destaca como un elemento importante de la forma comunicativa del jefe médico. Uno la define específicamente

en cuanto a la calidad de verdadero de lo dicho; y la otra con cuán fundada es la información entregada.

Sí, yo creo que en mis dos últimos años en mi experiencia en *** (un lugar de Chile) me toco un jefe que era un colega, de hecho, menor que yo, pero que en ese sentido era súper como veraz, decía las cosas puntuales, tal cual, abierto a la discusión si es que el resto no estaba de acuerdo. Y si había algo personal, se dirigía de forma individual como a la otra persona y siempre con respeto. Pese a que era “chico”, tenía como hartas habilidades para liderar. Lo podría tomar a él como una jefatura médica que me dejó como una buena experiencia.

(Paulo, médico, becado de la unidad)

Por otro lado, para Soledad la veracidad tiene que ver con que la información que se les entrega esté fundada. Ella relata que usualmente les dan información argumentada incluso con información académica:

Con la jefatura nuestra, directa, de la beca, yo creo que la comunicación sí es de calidad, si son como bien veraces. De repente tuvimos algún episodio donde la información que ellos daban no estaba tan como fundada, pero es como un episodio aislado. Si hablo de la generalidad, por lo general es, y lo que he visto y escuchado, de repente no directamente conmigo, pero por lo general, en cuanto a la jefatura médica, claro uno está acostumbrado de que cuando uno va a decir algo te basas en información, a veces de papers, que sé yo, por lo general es en base a algo. Dado a la formación, digo yo, porque la medicina se basa en la evidencia, entonces tienes que tener la evidencia para decir lo que estás hablando.

(Consuelo, médico, becada de la unidad)

En suma, para los médicos la veracidad de la información debe una característica ineludible de la comunicación de las jefaturas médicas, tanto en cuanto al nivel de correspondencia con la realidad como en cuanto a la fundamentación con evidencia académica.

Como puede verse, la máxima y en este caso categoría de análisis de Calidad ha resultado poco fructífera al solicitar representaciones sobre la comunicación de las jefaturas

hospitalarias. Como se observa en los siguientes subcapítulos de representaciones sobre la buena y la mala comunicación de parte de una jefatura, las y los participantes utilizan preferentemente, otras categorías para describir y juzgar la competencia comunicativa pragmática de sus jefaturas, las cuales tienen mayor correspondencia con la realidad comunicacional y laboral que viven en el hospital.

Como excepción a lo anterior puede señalarse solo que, en cuanto a Calidad, como se verá en la definición de *Mala Comunicación*, específicamente en la subcategoría de “características vinculadas al liderazgo”, que uno de los médicos, Alexis, indica “la comunicación no vinculante” como un constitutivo de esta. Con falta de vinculación se refiere a que no se lleven a cabo los compromisos adquiridos y las noticias anunciadas. Esta práctica puede hasta cierto punto interpretarse en cuanto a que la información anunciada no era fidedigna: ya sea la información o su puesta en marcha no son finalmente verdaderos. Igualmente, otro de los médicos estima de manera semejante que la información inconsistente de parte de la jefatura -indicar cierta información y luego señalar algo distinto sobre la misma cuestión- refleja falta de liderazgo. De esta manera, la Calidad, en tanto que veracidad, cobra cierta relevancia para el liderazgo dentro de la comunicación que los trabajadores(as) esperan de sus jefaturas.

También, se observa que la Calidad interactúa con la “Jerarquía”, que es el principal hallazgo en las *Representaciones de Mala Comunicación*. En concreto, la jerarquía demuestra ser un obstáculo para realizar cuestionamientos desde las jefaturas intermedias a sus superiores en el flujo de comunicación, cuando estos son necesarios. Estos cuestionamientos se refieren en general a especificar o modificar informaciones que se perciben como erróneas, de manera que ayudarían a resguardar la veracidad de la información que reciben los trabajadores(as).

En síntesis, podemos observar que, en la mayoría de los casos, las TENS y las enfermeras representan la información entregada por sus jefaturas y por los médicos en general mayormente como verdadera. Las excepciones existen, señalan las TENS, sobre la distribución del tiempo con los pacientes y la atribución infundada de errores hacia ellas. Por su parte, las enfermeras prohirieron pocos comentarios al respecto, tanto porque generalmente tienen muy poca comunicación con los jefes médicos como porque no les parece que haya muchos cuestionamientos que hacer al respecto. Por otra parte, los médicos, recalcaron la importancia de la veracidad en todo momento en un jefe médico y la

información fundada que debe entregar este. También se puede ver que la representación de cada trabajador(a) dependen en gran medida de la función que ejercen en el hospital y del nivel de interacción que esta permite con el jefe médico. Igualmente, se evidencia que en las representaciones colectivas surgen más fácilmente representaciones críticas que pueden resultar polémicas al expresarse, como la crítica que hacen las TENS a la atribución de errores hacia ellas. Con todo, la mayoría describió la comunicación en termino de veracidad sin explayarse mucho al respecto.

b. Cantidad

Sobre la cantidad de la información proporcionada por sus jefaturas, se destacan en general la representación de “suficiente” para las reuniones informativas programadas, que ya se ha referido que son pocas al año, pero el código de “insuficiente” para la información provista en situaciones contingentes. También se observa que la cantidad de la información en la forma de expresarse parece variar según características personales de la jefatura médica y en los médicos en general, tales como el género, el grado de especialidad y la edad, e inclusive el grado de confianza entre quienes hablan, pero no se evidencia esta ni otras habilidades de comunicación como requisitos técnicos para ser jefatura, aun cuando estas deben dirigir grandes cantidades de recurso humano y coordinar procesos complejos a través de este último. Lo anterior queda de demostrado a continuación.

En primer lugar, a nivel individual una de las TENS, Angélica, profiere que en algunos temas del trabajo falta información. Esto se puede ver en el siguiente fragmento de su entrevista:

- Investigador: En general entonces falta información. ¿Lo de la campaña de invierno es un ejemplo?
- Angélica: La campaña de invierno es un ejemplo, porque todos empezamos en campaña de invierno y hay pacientes a los cuales solo nos dedicamos en invierno, o a veces vienen con otra patología que es clínicamente importante, como los pacientes inmunodeprimidos, pero no nos dan esta información.
- Investigador: ¿Y de eso no se conversa?

- Angélica: De repente no se conversa o no nos lo dicen simplemente. Yo sé que tienen cuidado con el paciente, pero yo creo que nosotros para atender bien al paciente de ese tipo debiéramos saberlo.
- Investigador: Y, al final, ¿cómo se resuelve esto en el día a día?
- Angélica: Eh... yo por lo menos soy muy busquilla, siempre ando informándome del paciente. Nosotros podemos tomar la ficha y todo eso, y cuando nosotros sabemos de algo preguntamos y ahí nos avisan o nos dicen si no nos han dicho.

(Angélica, TENS, 25 años de experiencia en la unidad)

De esta conversación se puede interpretar que la TENS representa la cantidad de la información como insuficiente, ya que no se cuenta con toda la descripción clínica del paciente en el caso señalado.

Sin embargo, otra colega difiere en su representación sobre la cantidad de la comunicación, pues la encuentra suficiente. Ella estima que, al menos en las reuniones de equipo -que ya se vio anteriormente que son pocas, más o menos una al semestre- la información es suficiente. En sus propias palabras:

- Investigador: ¿En los espacios de reuniones colectivas es suficiente la información que dan?
- Patricia: Sí, yo lo he sentido así por lo menos

(Patricia, TENS, 4 años de experiencia en la unidad).

Se puede interpretar entonces que la representación sobre la cantidad de información es diferente entre ambas entrevistadas o, más bien, que la cantidad de la información se representa de manera distinta según el evento comunicativo sobre el que se juzga. Esta parece ser suficiente en las reuniones generales debidamente planificadas, pero es más escueta en algunos procedimientos clínicos contingentes.

En segundo lugar, también a nivel individual, en cuanto a las enfermeras los códigos referidos de manera espontánea por las enfermeras al preguntársele por la cantidad de la información provista normalmente por sus jefaturas fueron “suficiente”, “insuficiente” y “excesivo”. En concreto, dos de las enfermeras representan que sus jefaturas entregan la

información suficiente, señalado una de ellas incluso la información es a veces excesiva, mientras que la tercera considera que la información es, al contrario, insuficiente:

Yo creo que la información de las jefaturas es suficiente. Tenemos una buena comunicación en el equipo y nuestra jefatura directa es la jefa de enfermeras y ella después le comunica a la doctora, pero en el fondo siento que es suficiente.

(Roxana, enfermera, 10 años de experiencia en la unidad)

Esta misma enfermera representa, en otro que la información provista es a veces inclusive excesiva:

- Roxana: (...) a veces un poco como extenso, así como demasiada información.
- Investigador: ¿Por ejemplo?
- Roxana: Bueno, hace poco tuvimos como un no sé si problema, pero de lo mismo, como del funcionamiento acá en la unidad, de los médicos, como que se tardan en entregar las indicaciones recetas, etcétera, y tuvimos una reunión donde estuvo un poco caótico.
- Investigador: ¿Qué paso ahí? Más que el detalle puntual qué es lo que lo hizo caótico.
- Roxana: Que a veces como decir las cosas como son como que no cae muy bien, entonces dan muchas vueltas. Entonces obviamente nosotros tenemos nuestra percepción y el resto tiene otra percepción.

(Roxana, enfermera, 10 años de experiencia en la unidad)

El comentario anterior de la enfermera hace referencia específica a una situación que implica a los médicos, cuando se hace necesario corregirles o recordarles los tiempos adecuados para llevar a cabo sus funciones. De este modo, pareciera que, el brindar exceso de información, más que ser un hábito, fue utilizado en esa ocasión para ser menos directo con los médicos, quienes jerárquicamente se encuentra más cercanos a la jefatura de la unidad, pues esta también es médico. Pareciera que esto ocurre con el objetivo de evitar conflictos, dado que no se tiene asertividad. Como lo refiere también otra enfermera en la máxima de Modo más adelante, el exceso de información termina siendo representado como desorden.

Una segunda enfermera también opina que la información transmitida por las jefaturas es suficiente, aunque con excepciones:

- Corinna: Ellos (las jefaturas) dan toda la información. Yo no puedo decir cómo “no, es que no dieron más detalles”, porque ellos dan todos los detalles. Y si no, nosotras vamos e insistimos “oye, es que no me quedó claro esto y me lo puedes explicar y que vamos a hacer con tal y tal”, y dicen “no, mira, es que falta esto y esto”. Pero ellos siempre entregan toda la información, al fin y al cabo.
- Investigador: Ya. Ahora ¿cuán suficiente es la comunicación? En términos de a veces muy excesiva, o a veces muy insuficiente.
- Corinna: Yo lo veo equilibrado. Quizás, porque nosotros igual tenemos que insistir a veces, quizás sería tirado un poquito más a insuficiente. Pero, lo encuentro equilibrado.
- Investigador: Un ejemplo.
- Corinna: Nunca yo, por ejemplo, he sentido que “ya, está hablando demasiado, se extendió demasiado”, no. Ellos son súper acotados y, si falta algún tipo de información, uno va y le pregunta. Por eso yo lo encuentro bien equilibrado pero tirado más hacia lo insuficiente. Pero, no podría decir, por ejemplo, que es demasiado extenso lo que dicen y que finalmente se pierde la idea, no.

(Corinna, enfermera, 1 año de experiencia en la unidad)

Como se puede apreciar, esta última enfermera representa en su entrevista que, si bien ella considera que la información entregada por las jefaturas es generalmente suficiente, también ocurre que a veces es necesario pedirles que la complementen para poder llevar a cabo un procedimiento de manera correcta. Por esta razón, ella señala que existe un matiz ocasional hacia la insuficiencia de la información, el cual, no obstante, logra resolverse cuando ellas preguntan.

A diferencia de las dos enfermeras anteriores, una tercera enfermera menciona que, en su opinión, la información entregada tiende a ser insuficiente. Ella da varios ejemplos al respecto:

- Investigador: Tu intuición, tu impresión o tu experiencia, es que más bien sobre los médicos, por distintas razones, ¿se pasan de información o se quedan de información?
- Paola: Se quedan de información, la mayoría. Más para ese lado que para el otro.
- Investigador: Ya, y ¿por qué crees que pasa eso? ¿Por qué siempre les falta comunicar más?

- Paola: No sé si será por falta de tiempo o, quizás, no sé, habilidades comunicacionales, que no están tan acostumbrados a dar informaciones al equipo y hacerse entender, no sé, quizás piensan que diciendo tal y tal cosa la gente lo va a interpretar como ellos creen.
- Investigador: Es buen punto porque no es lo mismo comunicar que conversar. Tu más bien a los médicos los ves más informando que comunicando.
- Paola: Sí, eso. Siento además que cuando uno comunica tiene que saber a quién le está entregando el mensaje, tiene que adecuarse al perfil o a la persona que uno le está entregando y asegurarse de que el mensaje es bien recibido. Entonces, uno tiene que conocer a quien le está entregando.
- Investigador: ¿Y qué pasa en este caso con los médicos?
- Paola: Hay veces en que las jefaturas simplemente entrega información y es como “ahí está”, pero no se aseguran, quizás no hay esta evaluación que se puede hacer inmediatamente para saber si lo que ellos están tratando de decir...
- Investigador: Como chequear el mensaje.
- Paola: Claro, ese doble check. Quizás eso es lo que podría faltar en algunas situaciones, como digo. (...) También, como jefatura, muchas veces, cuando han llegado circulares, nuevas normativas o lo que sea, indicadores que se tengan que hacer, también, queda a veces muy... la información no sé... “se tiene que implementar esto”. Ya, pero ¿cómo lo hacemos efectivo? Entonces, uno ve poco el detalle de algunas cosas que se deben ejecutar.

(Paola, enfermera, 4 años de experiencia en la unidad)

En la cita anterior se puede ver que la enfermera hace referencia a hechos muy semejantes a los descritos por su colega anterior. No obstante, esta última representaba que la necesidad de preguntar para complementar la información otorgada por las jefaturas es más bien ocasional. En cambio, esta enfermera percibe que es más frecuente recibir información insuficiente o, más bien, incomprensible para ellas por, a su parecer, falta de costumbre y de habilidades de comunicación. Esto también se consigna más correctamente en el apartado de la máxima de Modo y resulta muy relevante para esta investigación, porque comienza a ilustrar una representación que, como se verá más adelante, indica sobre todo que existe falta de habilidades de comunicación en las jefaturas médicas.

En tercer lugar, en el caso de los médicos, a nivel individual el código mencionado más frecuentemente fue “insuficiente”, aunque referido a algunas circunstancias específicas, como

se verá a continuación. Por ejemplo, Alexis señala que la información tiende a ser insuficiente respecto de “información delicada”, como cuando se entregan instrucciones nuevas o modificaciones:

Porque, en definitiva, cuando se transmite información es porque algo está pasando... normalmente uno trabaja “cabeza agachada” y va todo fluyendo, pero cuando se transmite información, sobre todo información más delicada, muchas veces las jefaturas no entregan una información...eh... porque estas jefaturas tienen otras jefaturas, entonces transmiten la información que viene de arriba no más, que llega y pasa por la jefatura, pero no cuestionan nada. Entonces, cuando a uno le llega la información y cuando uno tiene que ejecutarla vienen las dudas y ahí le empieza a preguntar al jefe “¿oiga, pero esto se hace así? ¿cómo lo vamos a hacer? ¿Y desde cuándo?”

(Alexis, médico, 16 años de experiencia en la unidad)

Luego, respecto de la entrega de feedback por parte de las jefaturas, este mismo médico señala una variable de la cual depende que un médico profundice más o menos al ejecutar este evento comunicativo:

- Investigador: Cuando una jefatura que ha dado feedback o en reuniones de coordinación, en esos dos escenarios, ¿lo que comunican es suficiente te queda la sensación de que faltó o sobró?
- Alexis: Yo creo que depende de la jefatura, depende del jefe que esté si te tiene más confianza o no te va a hablar más directo, pero si no hay tanta confianza, sobre todo en esta unidad, la situación es como insinuar, pero no directamente, entonces como que no se da la situación de choque o conflicto, se trata de evitar siempre.
- Investigador: Que buen punto. Acabas de tocar dos, uno, que la diferencia de la suficiencia está en el factor de la confianza. Si yo tengo confianza yo contigo y tu conmigo, yo voy a profundizar, pero, si no, me atengo al protocolo y te digo “mira, esta es tu evaluación, esta es la información”. ¿No es cierto?
- Alexis: Claro.
- Investigador: Ese parece que no es el problema, el síntoma es evitar el conflicto, evitar la tensión.
- Alexis: Sí y eso en todos los niveles acá en la unidad, es por eso que somos sumisos po. Para evitar el conflicto.

(Alexis, médico, 16 años de experiencia de la unidad)

La variable esgrimida por este último médico para representar el factor según el cual una jefatura médica profundiza más o menos con un médico es el grado de confianza entre ellos. Aquí puede verse cómo las relaciones personales -y no las profesionales- interfieren en la cantidad de la información que se entrega. Esta práctica puede llevar a una comunicación inconsistente en términos pragmáticos y al trato desigual en términos laborales.

Por otra parte, entendiendo la comunicación como diálogo entre dos o más partes, el médico Bernardo señala que con jefaturas anteriores le habría gustado tener la oportunidad de conversar más, para poder haber planteado algunos temas relevantes en la unidad:

Yo creo que, con las dos jefaturas que antecedieron a la cual, podría decir que su comunicación fue insuficiente, que a uno le gustaría haber tenido un poco más de... cercanía con ellos para plantear temas.

(Bernardo, médico, 37 años de servicio en el hospital)

Consuelo agrega que, en la actualidad, la información entregada por parte de las jefaturas puede también ser insuficiente en algunas ocasiones. En su representación esto acontece, nuevamente, con el objetivo de evitar conflictos:

- Consuelo: Tal vez a medias la información, eso sí me ha tocado.
- Investigador: ¿Ese "a medias" es expresión de qué?
- Consuelo: Puede ser que no tenga muy claro, puede ser por omisión, que no la dicen entera para no decir que no.
- Investigador: Buena.
- Consuelo: Un poco por omisión. No dan la información para no tener problemas de que tú vayas a decirle "¡Pero cómo!". En ese aspecto podría ser.
- Investigador: A veces puede ser también expresión de que: digo lo que siento que no me va a provocar tanto conflicto y lo guardo...
- Consuelo: Exacto, eso es lo que quería decir.
- Investigador: Ahí omito.
- Entrevistada: Sí, justamente.

(Consuelo, 40 años de servicio en el hospital)

A partir de estas citas, la cantidad de la información entregada por la jefatura tanto en los avisos como en el feedback individual parece depender de la función y, luego, del grado de confianza entre la jefatura y cada uno(a) de sus trabajadores. Particularmente, se evita explayarse cuando no hay confianza y cuando la información pudiese generar conflicto o discusión, generando la representación de información insuficiente en estas ocasiones. El objetivo de estas acciones parece ser siempre evitar el conflicto, o cual puede interpretarse como falta de habilidades de comunicación, sobre todo de asertividad, para abordar situaciones delicadas o que pueden generar tensión.

Así, a nivel individual tanto TENS como enfermeras calificaron la información de parte del jefe médico como suficiente a excepción de casos particulares, cuando consideran que es excesiva o incomprensible. Por su parte, los médicos señalan que se suele omitir información cuando esta puede derivar en conflicto, al parecer por falta de habilidades de comunicación para abordar este tipo de situaciones.

Por otra parte, a nivel colectivo, en el grupo focal de TENS resalta que una de ellas señala que la cantidad de información que reciben desde la jefatura de la unidad no es algo que ellas puedan controlar, porque no tienen cómo confirmar que la cantidad de información sea suficiente. La información les llega a ellas siempre vía las enfermeras y no tienen otro interlocutor o medio de verificación. Esta TENS menciona que solo podrían darse cuenta de un error cuando haya alguna incoherencia o ya cuando en la práctica se procede a la ejecución de lo dicho. Por lo tanto, dice esta TENS, ellas deben conformarse con la cantidad indeterminada de información recibida:

- Clara: Porque a uno la información que le puedan dar, como jefatura, en ese punto le digo que uno tiene que quedarse con lo que le dan porque uno no puede saber si sobró o faltó, ahora, en la información con los médicos de sala refiriéndose al estado de los pacientes o a las indicaciones de los pacientes es distinto, porque uno lo ve, lo comprueba en la ficha y ve hasta dónde llega, y uno sabe lo que está, uno recibe lo que está ahí.

(Clara, TENS, 40 años de experiencia en la unidad).

Por su parte, las enfermeras respondieron en función de su relación diaria con los médicos en general y de la información que se les da referente a los pacientes. Este

investigador les preguntó “¿Ha sido suficiente (la información que han dado los médicos) o a ratos tienen la sensación de que podría haberse profundizado más?”.

Eugenia representa que la cantidad de la información proporcionada por un médico depende de su género. Según ella, los hombres tienden a dar información más concreta, mientras que las mujeres tienden a explicar más los detalles.

Yo creo que depende del actor con el que tu estas interactuando, con los hombres me pasa habitualmente, los hombres médicos, que son más concretos, como en la información entregada, pero no así con las médicas, por una cosa de género siempre contamos todos los datos, en mi experiencia. Pero si noto un sesgo con los médicos varones.

Por ejemplo, cuando informan un error lo informan muy concreto, muy así “ocurrió de tal manera y listo, quedó en esa información, no ahondemos más, fue”. Con una médica me ha pasado que ha dicho “pucha ese día como que no descansé”, pero así noto la diferencia, insisto, en mi experiencia, con la parte masculina “es lo que tienes que saber” solamente.

(Eugenia, enfermera, 23 años de experiencia en la unidad)

Por su parte, para Cecilia, también enfermera, la cantidad de información depende más del área de trabajo del médico que da las instrucciones. Así, si es un especialista la información debería ser más explícita y completa que si es un médico general.

Creo que también tiene que ver ahí el área en el que me está dirigiendo la información. Tal vez si es algo medico va a ser más justo y acotado, y si es algo de otra área puede explayarse un poco más.

(Dominique, 12 años de experiencia en la unidad)

Otra enfermera refiere que la cantidad de la información tiene que ver con la generación etaria del médico más que con el género. Cuenta que los médicos jóvenes tienden a explicar más la información, mientras que los especialistas mayores a veces ni siquiera se dirigen a las enfermeras o a los mismos pacientes.

Nosotras nos pasa no tanto con el tema hombre y mujer, si no como en la edad. Por ejemplo, en *** (nombre de la unidad) tenemos como la suerte de tener personas más jóvenes trabajando, pero cuando de repente nos toca poder interactuar un poco con

especialistas, que son mayores, son especialistas que por lo general tienen una trayectoria más amplia, no se dirigen absolutamente a nosotras ni al paciente, ni al familiar, nada, como que vienen a una cosa, aquí está la ficha y se van, ni siquiera “¡Hola!” o “aquí están los familiares”. Muy desagradable de tratar con personas así.

(Anastasia, enfermera, 2 años de experiencia en la unidad)

Como se puede apreciar, en general estas 3 enfermeras representan que en varias ocasiones los médicos no entregan la información suficiente cuando se comunican en el trabajo diario. Esto depende, según cada una de ellas respectivamente, del género, del nivel de especialidad o de la edad del profesional. De esta manera, médicos de género femenino, más jóvenes y menos especializadas tenderían a comunicar una cantidad de información más suficiente, mientras que médicos de género masculino, más especializados y de mayor edad tenderían a ser más insuficientes y menos comunicativos.

En referencia a la cantidad de manera colectiva, en el focus-group, los médicos no produjeron mucho diálogo. Solo un médico habló de la precisión de la información que se les entrega de parte del jefe médico, pero sin expresarse al respecto.

En resumen, en cuanto a la máxima de Cantidad según estos trabajadores(as) se observa que, a nivel individual, para las TENS la información tiende a ser suficiente en las pocas reuniones planificadas que sostienen en la unidad, pero se representa como insuficiente en momentos contingentes. Luego, según las enfermeras, las jefaturas y los médicos dan información en exceso cuando no se quiere ser directo con algunos trabajadores(as), esto con el objetivo de no causar conflictos; y se representa falta información cuando esta no es comprensible o clara para ellas porque, desde su perspectiva, faltan de habilidades comunicacionales en las jefaturas. En cuanto a los médicos, ellos señalan que la comunicación existe casi exclusivamente cuando sucede alguna contingencia y, al igual que las TENS, señalan que en esos momentos a veces la información es incompleta. Además, agregan que el feedback que se les pueda entregar depende de la confianza, de manera que no se tiene la costumbre ni la habilidad de entregar feedback asertiva y regularmente; y una médico indica que a veces se omite información para, nuevamente, evitar conflictos.

Por otra parte, a nivel colectivo, las enfermeras expresaron variables sociales interesantes respecto de la cantidad de la información entregada, precisamente que el género,

la especialidad y la edad de los médicos los hacen comunicarse de manera ya sea más o menos suficiente. Sin embargo, tanto las TENS como los médicos no hicieron referencia en sus reflexiones sobre la máxima de Grice (1975) de Cantidad en sus grupos focales.

Finalmente, se puede adelantar también que en las representaciones de Buena y Mala Comunicación que se exponen los dos subcapítulos siguientes respectivamente, los códigos de “visión de presente” y “visión a largo plazo” en la definición de *Buena Comunicación*, así como el código de “falta de anticipación” en la definición de *Mala Comunicación*, dan cuenta de que una cantidad de información insuficiente en estos temas afecta el liderazgo. Sin embargo, esto se refiere más precisamente a que, más que entregarse información insuficiente al respecto, se necesita de información precisa del estado general del trabajo en el presente y en el futuro en el momento oportuno, la cual hasta ahora tiende omitirse del todo según lo expresado por los trabajadores(as). De manera semejante, una TENS mencionó que el exceso de información se representa como desordenado, lo cual, por supuesto, no refleja buena capacidad de planificación ni de comunicación de parte de una jefatura.

En línea con lo anterior, tanto a nivel general como colectivo varios médicos señalan que el feedback que se entrega es escaso y, en particular, uno de los médicos refiere que la existencia y la extensión del feedback individual depende del grado de confianza entre la jefatura y el médico. Esto último deja entrever que la jerarquía puede ser relativamente mitigada por las relaciones personales entre los médicos. Este comportamiento podría interpretarse como un trato preferencial para con algunos, lo cual, a su vez, reforzaría la jerarquía para con los demás, pero esta es una relación teórica que solo puede esbozarse, pues no fue expresada de ninguna manera por los participantes.

c. Relevancia

Para revisar la máxima de Relevancia, al igual que en las anteriores, aquí se presentan las representaciones individuales de TENS, enfermeras y médicos al respecto, y luego las representaciones colectivas de los mismos estamentos en idéntico orden de TENS. En general, se puede apreciar que existen pocas representaciones sobre la relevancia de la información desde las jefaturas y los médicos en general, porque en realidad lo que más se percibe es la falta de comunicación.

A nivel individual, las TENS no realizaron muchos comentarios que podamos incluir en esta categoría de análisis. Solo se puede consignar las dos TENS entrevistadas representan que la información entregada es generalmente relevante. Una de ellas desarrolló brevemente la idea:

- Investigador: Cuando las jefaturas se comunican contigo, ¿tú sientes que lo que dicen es pertinente, que tiene que ver con lo que se está hablando, o a ratos la jefatura como que se van por las ramas y no van al grano?
- Patricia: No, sí van al grano. Las veces que han conversado conmigo sí, como lo importante. Y también yo, cuando uno va a consultar alguna duda de jefatura, si po, a la raíz y ellos contestan. Nunca he tenido problemas con eso.

(Patricia, TENS, 4 años de experiencia en la unidad)

Vemos que Patricia se limita a comentar que los médicos “van al grano”, expresando que la información se da generalmente de forma directa y atingente.

Por otro lado, dos de las enfermeras entrevistadas señalan simplemente que la información entregada por sus jefaturas es efectivamente relevante. La tercera enfermera profundizó un poco más en el tema y dio ejemplos al respecto:

Creo que la información de las jefaturas es, la mayor parte del tiempo, acotada y también precisa, como lo que uno necesita saber. Cuando han sido temas, por ejemplo, relacionados directamente con situaciones específicas de pacientes, la jefatura ahí tiene que recurrir a más personas que conozcan del caso y así poder dar información que sea relevante a los equipos y a la familia, porque no están en cercanía con el caso. Me ha pasado, también, con otras jefaturas, en donde hay cercanía, ya sea con el equipo, en la forma de trabajar o con los pacientes, y se nota cuando hay, esto de que no necesitan de más personas para saber del tema, si no que ellos mismos pueden ir y dar un mensaje, porque hay cercanía y ya están al tanto, y que uno confía en que eso es en base al conocimiento, pero no solo técnico, sino por la relación que hay con el equipo.

(Paola, enfermera, 4 años de experiencia en la unidad)

En la cita anterior se puede observar que, si bien esta enfermera también señaló que la información entregada por la jefatura tiende a ser relevante, para lograrlo respecto de los

casos de los pacientes en específico las jefaturas precisan generalmente solicitar información a los profesionales, porque no suelen estar al tanto. Ella refiere también que, en su experiencia, la comunicación tiende a ser más fluida y constante cuando hay cercanía entre las jefaturas y los equipos y mayor presencia de la primera, cuestión que al parecer no se ha producido aún en los cuatro años que ella lleva trabajando en esta unidad y en el hospital. Este tema es referido por varios otros trabajadores(as) en las definiciones de buena y de mala comunicación en los dos siguientes subcapítulos.

En cuanto a los médicos, de forma individual estos señalan que la información entregada por las jefaturas es relevante la amplia mayoría de las veces:

Generalmente sí son relevantes, sí, sí, cuando se entrega información si es relevante. De ahí a que se cumpla o que... o que se tome en cuenta en definitiva es otra cosa.

(Alexis, médico, 16 años de servicio en el hospital)

Yo creo que los tres han sido muy cuidadosos de eso, no recuerdo que me hayan llamado o me hayan ido a ver o a buscar para hablarme tonteras o cosas irrelevantes, no. Creo que muy atingente las pocas veces que se acercaron para pedirme algo o para sugerirme algo.

(Bernardo, médico, 37 años de servicio en el hospital)

Yo pienso que la mayoría de las veces es pertinente.

(Consuelo, 40 años de servicio en el hospital)

Hablando de relevancia, a la pertinencia de la comunicación de parte del jefe médico, tanto TENS como enfermeras y médicos no hicieron muchas reflexiones que podamos categorizar en esta variable, y los pocos comentarios tienden a limitar a decir que los jefes médicos dicen la información precisa, relevante y pertinente. Sin embargo, al tocar este tema, los trabajadores(as) suelen llevarlo hacia otros aspectos que se dejan entrever en sus descripciones, como la falta de comunicación en general, la falta de cercanía y la poca presencia de la jefatura en el trabajo diario en sala, cuestiones que son tratadas en las definiciones de buena y mala comunicación más adelante.

Desde las representaciones colectivas en cuanto a la relevancia, las TENS refieren en el focus group que la información entregada -suficiente o no- por parte de las jefaturas y los médicos es generalmente relevante, sin reparos y sin ahondar mucho más en esta máxima:

- Beatriz: Sí, cuando se comunican sobre un tema puntual se refieren directamente al tema.
- Investigador: ¿Lo que están aportando es al foco?
- Beatriz: Sí.
- Andrea: No hay mucho que decir en ese punto porque lo que nos pasó a nosotras cuando se adoptó el nuevo espacio igual, empezó al nivel más jerárquico: se dio las indicaciones, se consiguieron los muebles, el doctor *** (nombre de la jefatura) hizo todas las gestiones, enfermería allá. Nosotras igual podíamos acotar cuando se implementó esa sala. Ese fue un trabajo en equipo cuando se hizo.

(Andrea, TENS, 23 años de experiencia en la unidad; Beatriz, TENS, 15 años de experiencia en la unidad)

Así mismo, las enfermeras, sin ahondar mucho, concuerdan individualmente en que la información que se les entrega a ellas, de parte de las jefaturas médicas y de los médicos en general, es adecuada y relevante. Sin embargo, una de ellas, Eugenia, contrasta esto con el modo de la comunicación de los médicos con los pacientes, pues plantea que los pacientes muchas veces no entienden las explicaciones de los médicos.

Sí, porque si estamos hablando de la pertinencia de la información, mi experiencia dice, que la que me entregan a mí es la adecuada, pero la que le entregan al usuario no es la adecuada. Nosotros trabajamos con personas dependientes, por lo tanto, se le entregan a este usuario que esta además enfrentándose a un familiar enfermo, entonces como que la abogacía la hacemos nosotros después tratando de decirle “sabes que, trata de explicarle más sencillo o vamos y le explicamos más sencillo”.

(Eugenia, enfermera, 23 años de experiencia en la unidad)

Por su parte, los médicos tampoco se explayaron mucho sobre este tema. Se limitaron a mencionar el código no es oportuno enfatizando en que no hay un adecuado feedback de

parte del jefe médico al personal, como se aprecia a continuación en esta cita de parte de Jaime:

Siempre he sentido que uno a veces queda en el aire, mi sensación es que hay poco feedback, o sea todo se mide como en dar tu examen y listo, nos vemos. No es como, no sé po, no es como a los tres meses “oye lo estás haciendo bien, lo están haciendo mal, esto puede mejorar”, como que uno navega acá, vas pasando, pero hay muy poco feedback. Yo hoy día, hablaba con la *** (colega), y me decía “me contaron esto sobre ti”, y yo jamás me enteré, cachai, nadie habló conmigo eso. Eran cosas buenas, pero ahí me hace mucho ruido esto de que no hay un adecuado feedback, eso yo puedo decir de la jefatura.

(Jaime, médico, becado de la unidad)

En otras palabras, este médico señala más bien que, al menos en el caso de los becados, falta información relevante, lo cual podría corresponder mejor con la máxima de Cantidad. Sin embargo, ante la inexistencia de comunicación e información, ninguna máxima de Grice encaja completamente como categoría.

En conclusión, observamos que en la máxima y categoría de Relevancia de la comunicación TENS, enfermeras y médicos no expresan muchas representaciones en sus conversaciones. Por un lado, una TENS se limita a decir que la comunicación emitida parte del jefe médico es relevante, mientras que una enfermera se refiere al respecto en el contexto del trato entre médico y paciente. Por otro lado, uno de los médicos refiere que a él como becado su jefe prácticamente no le entrega feedback. Así, prevalece más bien la representación de falta de comunicación y habría que tener mayor práctica de comunicación para poder evaluar su relevancia.

d. Modo

Para finalizar con las representaciones a partir de las Máximas de Grice (1975), en este apartado se incluyen aquellas sobre la máxima y categoría de Modo, definida por el autor como el grado de orden y consecuente claridad de la información proporcionada. A diferencia de la máxima de Relevancia, con esta se obtuvo más códigos y mayor información en general

de parte de las y los participantes. Como se verá, se describió el modo de la comunicación de las jefaturas y de los médicos en general como ordenado y claro, con la excepción que hacen algunos trabajadores(as) sobre el uso de tecnicismos, el cual es representado como un obstaculizador de la comprensión y, así, de la comunicación. Igualmente, como excepción, uno de los médicos representa la información de la jefatura como desorganizada en algunas ocasiones, dada la alta cantidad de responsabilidades que esta lleva.

Al respecto, a nivel individual las TENS Patricia y Angélica representan que en general los médicos son ordenados para comunicarse, pero que muchas veces el canal de la comunicación es indirecto, lo cual también dificulta su claridad. Además, una de ellas señala que los médicos ocupan un lenguaje muy técnico que para ellas algunas veces resulta poco comprensible.

En primer lugar, sobre el orden y el canal de la comunicación Patricia expresa lo siguiente:

La jefatura ha sido siempre ordenada en la hora de dar avisos. Por ejemplo, si hay un aviso importante se imprime y se muestra al personal, porque siempre vamos cambiando turnos. Si fuera una información que se dice al aire, se va a ir perdiendo. En nuestro caso, también, cuando la información es urgente o no muy relevante se dice de manera informal por el grupo de Whatsapp que tenemos.

(Patricia, TENS, 4 años de experiencia en la unidad)

En la cita anterior puede verse también cómo los canales oficiales de información son preponderantemente escritos. Anteriormente se mencionó el e-mail y en este momento se habla de los mensajes impresos. Igualmente, se observa que las redes sociales han hecho su intromisión como canal de comunicación para informaciones tanto urgentes como informales. Todos estos canales de la comunicación son representados positivamente por la TENS.

En segundo lugar, respecto del uso de tecnicismos, la otra TENS profiere lo siguiente:

La claridad de parte de la jefatura yo la tomo como la claridad en el idioma que hablamos como usualmente todos los días, no con tanto tecnicismo médico. Como que sean más claros en eso, que sea sin tanto tecnicismo para que sea más claro para nosotras, porque ellos hablan con muchas técnicas que solo ellos conocen.

(Angélica, TENS, 25 años de experiencia en la unidad)

Los tecnicismos se representan entonces como obstaculizadores de la claridad de la comunicación. Al respecto, desde el enfoque polifónico de la lingüística contemporánea (García Negroni et al., 2013), se reconoce que la intención de un hablante no siempre se expresa inequívocamente en el mensaje dado y, por lo tanto, en algunos casos no se produce el efecto deseado, porque la construcción del sentido es polifónica -existen muchas posibilidades- y depende de las condiciones contextuales de tipo epistémico y cultural, entre otras, de los receptores de ese mensaje (García Negroni et al., 2013). Los estudios sobre comunicación en equipos multidisciplinarios de salud, consignados en el Estado del Arte, confirman que esta situación también sucede en el contexto hospitalario, justamente por el uso de lenguajes diferentes entre las disciplinas (Franz et al., 2020; Kaplan et al., 2015; Nakashima et al., 2015).

También a nivel individual, las tres enfermeras dieron varias representaciones. Los códigos con los cuales ellas representaron más frecuentemente esta categoría de “regulación” en términos Grice (1975) de la competencia comunicativa pragmática de sus jefaturas fueron, distintamente, el discurso indirecto (en cuanto al estilo y al canal), la claridad suficiente, el desorden y la información difusa.

En primer lugar, dos de las enfermeras definieron el modo de la comunicación desde las jefaturas como indirecto. Una de ellas lo refiere en concreto en cuanto al estilo de comunicarse de las jefaturas médicas cuando hacen un feedback o retroalimentación, o necesitan hacer alguna corrección:

- Corinna: Yo propiamente tal no he recibido feedback, pero sí he escuchado que no son tan directos, la verdad. No es como que “yo quiero hablar contigo de cierto tema”, sino es algo general tipo “que se les diga a las enfermeras” y no van directamente donde una persona. De eso yo me he dado cuenta, como que si pasa algo no van a ir, yo por lo menos no lo he visto, no van a ir y decir “oye, quiero hablar contigo, mira quiero hacerte una retroalimentación”, no. Lo generalizan todo.
- Investigador: Vale. Ejemplo de eso, de la generalización.
- Corinna: Eh... no sé, por ejemplo, si hay un procedimiento en el que faltó hacer algo, o faltó X cosa de un paciente, es “se recuerda que por favor recuerden hacer

esto”, o “que se les diga a las enfermeras”, pero no he visto algo como directamente persona a persona.

(Corinna, enfermera, 1 año de experiencia en la unidad)

Como puede leerse, esta enfermera pone de relieve que las retroalimentaciones sobre el desempeño no suceden de manera directa e individualizada, sino en un modo indirecto hacia el colectivo. Sin embargo, esta enfermera no hizo una representación positiva o negativa al respecto, sino más bien descriptiva.

Paola también define el modo de la comunicación de sus jefaturas como indirecto, pero no respecto de los participantes de la misma, sino del canal utilizado para ella, el cual suele ser a través de otras personas. Ella lo menciona también en su definición de *mala comunicación* y aquí añadió lo siguiente:

Yo siento que el trato en sí con las jefaturas nosotras como enfermeras, ya sea diurnas o lo que sea, no es muy directo. Es decir, cuando se ha intervenido de parte de jefaturas, casi siempre lo hacen entre las jefaturas de enfermería, en el caso de la jefatura médica, y la información casi siempre baja de parte de la enfermera jefe hacia nosotros.

(Paola, enfermera, 4 años de experiencia en la unidad)

En segundo lugar, no obstante, lo anterior, la misma enferma define la claridad de la comunicación de sus jefaturas como suficiente cuando esta se produce directamente cara a cara o por escrito:

- Paola: Yo diría que (las jefaturas) siempre son claras, su mensaje es estructurado, preciso, y nunca con ocultismo o tratando de que... no, siempre ha sido súper transparente o claro.
- Investigador: ¿Por qué crees que es así?
- Paola: Yo creo que va mucho en el área en el que trabajamos, quizás, pediatría es un área que es súper sensible y que es muy riguroso, en todo sentido, entonces tiene que partir de la jefatura y siendo una comunicación que no se preste para otra cosa.

(Paola, enfermera, 4 años de experiencia en la unidad)

En tercer lugar, dos de las enfermeras se refirieron al desorden en el cual las jefaturas entregan la información en algunas ocasiones. Esto no fue señalado precisamente cuando se les preguntó por el modo de la comunicación de sus jefaturas, sino, en el caso de una de ellas, como puede verse en el apartado respectivo, cuando se refirió a la cantidad de información que en una ocasión fue excesiva; y la otra lo mencionó cuando describió la “impulsividad” como factor de su definición de *mala comunicación*. Ambas señalaron que tanto en una situación como la otra producen el efecto de “desorden” de la información.

Por último, una de las enfermeras señala que la comunicación en la unidad a veces se vuelve difusa, aunque no a causa de la jefatura, sino por la gran cantidad de personas que componen la unidad, sobre todo el número de médicos en roles intermedios:

A veces están medio dispersos los médicos. A veces, aunque sea feo decirlo, se ve poco compromiso. Hay muchos médicos, mucha gente en el equipo, becados, internos, médicos, entonces como que se disipa un poco la comunicación. Pero esto no tiene relación directamente con la jefa: nosotros cualquier problema le comunicamos a la jefa y la jefa lo resuelve con el equipo médico.

(...)

Pero se diluyen un poco las cosas.

(Roxana, enfermera, 10 años de experiencia en la unidad).

Por otro lado, los médicos representan que la información de sus jefaturas ha tendido a ser clara y ordenada, con la excepción de los momentos en que los médicos usan muchos tecnicismos a la hora de comunicarse con las TENS y las enfermeras, lo cual coincide con la representación de las primeras. En general, ellos lo refieren de la siguiente manera:

- Bernardo: Dos de las tres jefaturas que le decía con las que me tocó interactuar, dos eran absolutamente ordenadas, claras, pragmáticas, bien derechito al grano; y el otro, un poco más ambiguo, poco más tímido, poco dado a tomar decisiones, es la única diferencia.
- Investigador: ¿Y la explicación? Porque ese es el síntoma.
- Bernardo: Personalidad de él.
- Investigador: Por lo tanto, mucho de estos atributos que se asocian a la gestión y al liderazgo, en el caso de las jefaturas médicas, descansan en la personalidad.
- Bernardo: Yo creo que sí.

(Bernardo, médico, 37 años de experiencia en la unidad)

Mira, en general yo diría que han sido bastantes adecuadas. De las jefaturas, yo como te digo por estructura soy muy pragmática entonces a mí me gusta las cosas... de repente hay algunas jefaturas que hablan mucho, que tú sabes que algo que se podía decir en 10 minutos te lo dicen en 30 o 40 minutos, y uno el tiempo lo tiene como bien acotado.

(Consuelo, médico, 40 años de servicio en el hospital)

La referencia anterior es más bien respecto de la cantidad. Otro de los médicos indica lo siguiente:

Es que también depende de los jefes, hay jefes que entregan información más ordenada. La jefatura acá es súper ordenada.

(Alexis, médico, 16 años de servicio en el hospital)

Finalmente, aunque no cuando se le preguntó por la claridad de comunicación de sus jefaturas a lo largo de su trayectoria profesional, sino al final de la entrevista, uno de los médicos señala que él considera que la información con otros estamentos debe tener la menor cantidad posible de tecnicismos, en beneficio de la comprensión de los otros profesionales.

En síntesis, como se pudo apreciar, fue en la máxima de Modo en la que TENS, enfermeras y médicos en forma individual expresaron más reflexiones al respecto. En general, se describió el modo de comunicación como ordenado y claro, con la excepción del uso de tecnicismo por parte de los médicos como un obstaculizador en la comunicación. Esto fue referido por las enfermeras y por un médico, y ha sido ampliamente reportado en la literatura académica, como se consignó en el Estado del Arte de esta tesis. Además, hubo críticas de parte de TENS y enfermeras describiendo que los jefes médicos tienden a utilizar un canal de comunicación indirecto y que la comunicación a veces difusa dada la gran cantidad de personas que trabajan en la unidad.

Luego, a nivel colectivo las TENS en su focus group no refieren mucha información, ya que, como se ha visto, la comunicación de la jefatura médica para con ellas es escasa. Sin

embargo, en cuanto a los médicos de sala, que ejercen la jefatura técnica, ellas representan que en general estos se comunican de manera ordenada y clara:

- Investigador: La última, claridad. Esta ley dice “evite la oscuridad, sea claro, evite la ambigüedad, sea breve, sea ordenado”. ¿Qué opinión tienen respecto a esto de los médicos? Son ordenados, ambiguos, breves o se alargan.
- Beatriz: Son estructurados y ordenados, ahí yo no tengo nada que decir.
- Todas las TENS: Sí.
- Investigador: Este sería como el que de todos es así, ¿ordenadito?
- Todas las TENS: Sí.
- Beatriz: Se enfocan en lo que tienen, van ven sus pacientes...
- Investigador: Dame un ejemplo donde ven esa estructura y orden en las jefaturas médicas, donde ustedes dicen si está comunicando se nota que hay orden y estructura.
- Beatriz: Es que ven sus pacientes, llenan sus fichas. Mantienen un orden con cada paciente. Entonces ahí se ve, no es que vayan para todos lados, están en su servicio llenando su ficha, viendo sus pacientes. Yo no tengo mucho que decir de eso...
- Andrea: Sabe lo que tienen que hacer, todos los días sus recetas, todas sus cosas...
- Clara: Y la estructura, cuando le dan la información a los familiares también. Como que no adornan nada, se van exclusivamente a lo que tiene el paciente y se lo dicen todo a lo, todo lo que van hacer, todo lo que encontraron. Y, si la familia pregunta, ellos contestan. La gente queda como bien informada.

(Andrea, TENS, 23 años de experiencia en la unidad; Beatriz, TENS, 15 años de experiencia en la unidad; Clara, TENS, 40 años de experiencia en la unidad; Denisse, TENS, 25 años de experiencia en la unidad).

También a nivel individual, el modo de la comunicación de las jefaturas médicas fue caracterizado por las enfermeras, según el caso, como claro, complejo, desordenado u ordenado, desorganizado y que a veces ellos utilizan muchos tecnicismos, lo cual dificulta su comprensión. Esto último también fue referido por las TENS y las enfermeras de forma individual.

Primero, en cuanto a la claridad, Bianca señala de manera potencial que esta debe ser un elemento esencial en la comunicación con los médicos, sobre todo en cuanto a las

indicaciones que dan para los distintos pacientes. De su representación se infiere que a veces esta no es suficiente:

Claridad, claridad en los mensajes, que de repente hay indicaciones o cosas que te digan que sepan de que tú las recibiste y las comprendiste, porque también eso genera de repente conflictos, eh... y no solo escribir en una ficha, sino decir las cosas directamente.

(Bianca, enfermera, 19 años de experiencia en la unidad)

Segundo, hablando de desorden, a este respecto Anastasia recuerda una reunión en particular donde su jefatura no fue ordenada en cuanto a la estructura de la misma ni con la información entregada. Ella advierte, no obstante, que esta fue una reunión improvisada.

Bueno, personalmente, hace poquito tuvimos una reunión con mi equipo médico, que fue extra, no fue algo muy programado, y se vio mucho desorden, en cuanto a la información, en cuanto a los tratos que se hicieron, que tampoco se cumplieron. Entonces, bien desorganizado.

(Anastasia, 2 años de experiencia en la unidad)

Tercero, hablando de orden, para las enfermeras, en general, las reuniones son de carácter ordenado, en contraposición al evento que recuerda Anastasia. Explican que, si bien las reuniones con los médicos son habitualmente improvisadas, generadas en referencia a un tema en específico que se suscita, estas tienden a ser ordenadas, claras y concisas, para poder continuar con el trabajo con los pacientes lo más rápido posible. Eugenia y Dominique lo detallan a continuación:

- Eugenia: Si en el tema, como donde está diciendo, hay una claridad y un orden, y además de estas reuniones como reuniones establecidas, no existe, o te juntas con la gente reunida a hablar como de temas o de personal, o de pacientes, inclusive...
- Dominique: (...) al menos yo, no tengo una relación tan directa con el médico jefe de la unidad. Yo trabajo con médicos, pero no son mis jefes, mi jefa es una enfermera y del servicio son médicos. Y en el trabajo diario somos compañeros de trabajo con los médicos, pero siento que aun así hay una verticalidad que no es tan marcada y que hay una buena comunicación. Cuando hemos tenido que tener algunas reuniones que son improvisadas frente a las necesidades de la unidad, se

busca resolver rápido. Desorden no, porque habitualmente son de cuidar el tiempo, como el tiempo no es para reuniones, el tiempo es para ver pacientes, para estudiar, pero no es para tantas reuniones. Eso. "Hagámoslo bien, rápido, y sigamos a lo que vinimos que es trabajar con pacientes".

(Eugenia, 23 años de experiencia en la unidad; Dominique, enfermera, 12 años de experiencia en la unidad)

En cuarto lugar, en relación con el uso de tecnicismos, Dominique representa que la información que dan los médicos a los pacientes tiende a ser compleja, a su juicio, independiente de si el paciente comprende. Agrega que muchas veces son ellas, las enfermeras, quienes ejercen un rol de, por decirlo de algún modo, "traductoras":

En las jefaturas yo creo que sí, pero los médicos que atienden pacientes muchas veces, en la relación médico-paciente, cero. Ahí hay tecnicismo y dije lo que tenía que decir y listo. Que la señora me haya entendido, es problema de la señora y verá que recurran donde su enfermera para que le traduzca. Pero en lo que es jefatura yo siento que sí.

(Dominique, enfermera, 12 años de experiencia en la unidad).

Eugenia complementa a Dominique en dos oportunidades:

Sí, como dice Domi, la relación médico-paciente, claramente los pacientes muchas veces no entienden nada. Y hay uno o dos médicos, se sabe quiénes son, que se dan el trabajo y les explican, pero hay otros que no se entienden. Unos tecnicismos y cosas que los pacientes y sus familiares no entienden. Pero con nosotros, nosotros nos hemos aprendido a conocer tan bien como que lo normalizamos de cierta forma el tipo de comunicación que tenemos, entonces nos conocemos y sabemos comprendernos. Pero, quizás, si viene una colega nueva no va a entenderlo porque no está tan claro. Quizás para mí está clara su indicación o su forma de decirme las cosas y todo, que yo entendí, pero quizás para ella no.

(Eugenia, 23 años de experiencia en la unidad)

Porque si estamos hablando de la claridad a de la información, mi experiencia dice, que la que me entregan a mí, es la adecuada, pero la que le entregan al usuario no es la

adecuada. Nosotros trabajamos con personas dependientes, por lo tanto, se le entregan a este usuario que esta además enfrentándose a un familiar que está enfermo, entonces como que la abogacía la hacemos nosotros después tratando de decirle “sabes que, trata de explicarle más sencillo” o vamos nosotras directamente y le explicamos más sencillo.

(Eugenia, 23 años de experiencia en la unidad)

Bianca apoya a sus colegas, señalando lo siguiente:

A los familiares también le interesan otras cosas, si durmió bien, si hizo fiebre, si comió o no comió, y el médico se puede ir por otro lado, y que el riñón y que él no sé qué, y ni uno entiende... Eso es lo que quiere escuchar el familiar, si está bien, si está mejor, si empeoró, si hizo fiebre, cosas así, si comió, para ellos eso es importante.

(Bianca, enfermera, 19 años de experiencia en la unidad; Eugenia, 23 años de experiencia en la unidad)

Las enfermeras resaltan aquí su rol como intermediarias entre médico, paciente y sus familiares, recalcando su labor como “traductoras” de la información muchas veces técnica y poco comprensible que los médicos entregan a estos últimos. Lo anterior demuestra poca empatía y pocas habilidades pragmáticas de los médicos para cumplir con las expectativas de los familiares: comprender desde su lenguaje el estado de salud de sus familiares.

Luego, en el grupo focal de médicos, uno de ellos se explayó un poco más sobre el Modo de la comunicación, quien calificó la información provista normalmente por sus jefaturas como ambivalente, claro, coherente, desorganizado, directo, incoherente, indirecto, según la circunstancia y la persona.

En primer lugar, Jaime describe como ambivalente, en ciertas situaciones, el modo de comunicación de su jefatura médica. Señala, además, que cuando se critica esta ambivalencia o se pide más claridad, existe poca disposición al cambio del mensaje comunicativo por parte de la jefatura.

(...) nuestra jefatura es directa en la comunicación, pero a veces cae en... como decirlo, en ambivalencias que hay que ir a corroborar y decirle “pero, hablamos esto hace unos días”. Y muchas veces no hay cambios en esas últimas decisiones (Jaime, médico, becado de la unidad).

En segundo lugar, en cuanto a la claridad, Jaime explicita que es necesario que se entienda el mensaje comunicativo expresado por el jefe médico. Lo menciona dos veces en el focus-group:

- Jaime: El lenguaje directo y claro, por ejemplo, instrucciones bien definidas.
- Investigador: (...) Vamos a mirar lo negativo. ¿Qué elementos hacen que una comunicación de una jefatura no sea clara?
- Jaime: Las instrucciones poco claras, el lenguaje impositivo y un cambio frecuente en el mensaje que se entrega.

(Jaime, médico, becado de la unidad)

En tercer lugar, el mismo médico refiere que los jefes médicos muchas veces entregan información de forma desorganizada. Además, destaca que algunos jefes médicos tienden a adquirir muchas responsabilidades y esto genera más desorganización en sus funciones para con su personal:

(...) Y, finalmente, yo creo que una de las cosas que afecta al médico per se, más aún al que tiene jefaturas, es que, al no tener habilidades de gestión por la formación, se hace difícil gestionar recursos humanos de forma efectiva, entonces termina acaparando y eso me parece, al menos lo que yo veo, acaparando muchas funciones extras de más allá de las que pueda resolver. Al menos yo siento que con nuestros jefes pasa eso, están todo el día corriendo, pa allá, pa acá, viendo pacientes, viendo cosas de la beca, coordinando reuniones, coordinando exámenes, y termina siendo desorganizado.

(Jaime, médico, becado de la unidad)

Jaime ejemplifica lo anterior con una experiencia propia, destacando que no se trata de poco compromiso de su jefe médico, si no de su exceso de trabajo lo que hace aumentar su desorganización:

Por dar un ejemplo, mañana yo tengo mi examen para pasar a tercer año y fui a hablarle a la jefa para ver cuando era y a qué hora y me dice “me olvidé”. Yo le digo “¿entonces...?” y me dice “ya, hagámoslo a las 3:00”, ya. No hay sala pedida, yo tengo

que buscar mi sala para poder hacerlo. Pero yo entiendo que ella tiene la mejor intención, porque corre todo el día.

(Jaime, médico, becado de la unidad)

Este médico, al tener la misma profesión que la jefatura, conociendo su quehacer, y mayor comunicación con la misma de manera directa, empatiza con ella y entiende que el exceso de responsabilidades la lleva a cierta desorganización en su trabajo y en la comunicación.

En cuanto a la relación de las representaciones sobre el Modo con las representaciones generales respecto de la comunicación de parte de las jefaturas médicas, cabe mencionar que en definición de Buena Comunicación, específicamente en las características que tienen que ver con el liderazgo, uno de los médicos, Bernardo, incluye directamente el término liderazgo, definido por él en parte como “ser claro”. Este elemento de su definición corresponde igualmente con la categoría de “Modo” de Grice. Siguiendo el marco teórico de esta tesis, se argumenta, al igual que otros autores (De Vries, 2009; Garay Madariaga, 2010), que el liderazgo se ejerce principalmente a través de la comunicación. Por lo tanto, el Modo de la información, en tanto que claridad, es también constitutivo del liderazgo, como se verá en el apartado respectivo.

Luego, también en una entrevista individual, una de las enfermeras menciona directamente la claridad como un elemento de su definición de buena comunicación. Ella señala además que la falta de claridad puede ocasionar conflictos. Esta cualidad de la comunicación fue subcategorizada en esta tesis en el marco de las competencias más estrictamente de comunicación -ya que, según Pilleux (2001), esta es un elemento de la subcompetencia “lingüística”-; sin embargo, también es cierto que, entre las distintas habilidades relacionadas con el liderazgo y esperadas por parte de los trabajadores(as) respecto de sus jefaturas, una de las más reiteradas es la capacidad de mediar y resolver conflictos. Por lo tanto, la claridad, que es uno de los parámetros del Modo, contribuye a facilitar dicha tarea y, de esta manera, también el liderazgo, ya que se previenen conflictos que posteriormente habría que solucionar en tanto que líder responsable.

En resumen, podemos recalcar que la máxima de Modo fue aquella que suscitó mayores representaciones en los trabajadores(as) sobre la competencia comunicativa

pragmática de su jefatura. En concreto, fueron las críticas a la falta de claridad y orden en algunos contextos los elementos que tuvieron mayor extensión y aportaron códigos significativos. Particularmente, fueron sobre todo las enfermeras quienes relataron en su grupo focal más representaciones sobre la claridad, describieron que en las reuniones con los jefes médicos la comunicación tiende a ser ordenada y clara. No obstante, las mismas critican que los médicos de sala utilizan muchos tecnicismos con los pacientes y sus familias, situación en la cual ellas como enfermeras cumplen el rol de clarificar esta información. Por otro lado, un médico critica la desorganización de los jefes médicos producto de, plantea él, el exceso de trabajo.

Luego, como síntesis sobre todas las Máximas de Grice (1975) aquí utilizadas como categorías de representación de la competencia comunicativa pragmática de las jefaturas médicas, se puede señalar que esta teoría presenta más límites que alcances para este estudio. En cuanto a los alcances, se confirma que las Máximas son condiciones pragmático-técnicas mínimas pero imprescindibles para el establecimiento de la comunicación en el contexto de una unidad hospitalaria. En general, estas demuestran ser un conjunto de requisitos necesarios para proporcionar un mensaje inteligible, porque efectivamente si la información de un mensaje no es veraz, suficiente, relevante y ordenada en una unidad de hospital, en términos pragmáticos no solo no se producirán los efectos esperados en cualquier procedimiento del trabajo, si no que el mensaje podría no entenderse del todo. Desde las representaciones de los trabajadores(as), la información que no cumple con las máximas es defectuosa porque puede ocasionar errores procedimentales, como han referido las TENS respecto de algunas dosis a administrar a pacientes; porque es muy tecnicada al comunicarse con los familiares; o porque es indirecta y excesiva en reuniones cuando se necesita hacer correcciones al trabajo de algunos profesionales. Precisamente, fueron las máximas de Cantidad y de Modo las que permitieron desarrollar estas representaciones. Por lo tanto, como se ha señalado, las máximas de Grice sobre todo estas dos últimas- demuestran ser condiciones pragmáticas mínimas pero esenciales para la existencia de la comunicación en una unidad hospitalaria y, probablemente, en todo espacio laboral.

Sin embargo, estas mismas máximas demuestran ser insuficientes a la hora de representar de manera precisa y más completa la competencia pragmática de la jefatura desde el equipo de trabajo, sobre todo después del establecimiento de la comunicación y en

un contexto social complejo como es el laboral y jerárquico de un hospital. En esta tesis se interpreta que, dada la seriedad del trabajo que se realiza en una unidad de hospital -el cuidado de la salud y la vida de personas-, la información que circula es la mayor parte del tiempo estrictamente verdadera y atingente, razón por la cual no existieron mayores comentarios que hacer al respecto. Sin embargo, si las Máximas son para Grice (1975) las condiciones esenciales para practicar la Cooperación como principio fundamental de toda comunicación, en la realidad hospitalaria los trabajadores(as) necesitan de muchas más categorías que solo Cantidad, Calidad, Relevancia y Modo para representar qué tanto la jefatura o los médicos cooperan comunicacionalmente con su equipo de trabajo en las distintas circunstancias que se viven en este contexto. Por ejemplo, las representaciones anteriores solo dejaron entrever de manera limitada uno de los elementos que para los trabajadores fue sustancial en el resto de las entrevistas y grupos focales: el proceso de construcción y expresión de las dinámicas relacionales entre estamentos y entre estos y la jefatura, el cual ocurre a través de la comunicación. Prueba de esto es que, en los dos subcapítulos siguientes, los trabajadores(as) participantes de esta investigación consideran en mayor medida otras categorías para definir una buena y una mala comunicación de parte de una jefatura, tanto a nivel general como a nivel exclusivamente pragmático.

IV.2. Representaciones de Buena Comunicación en una jefatura

Estas representaciones corresponden, siguiendo a Jodelet (1986), a las definiciones de buena comunicación de parte de una jefatura según las TENS, las enfermeras y los médicos a nivel tanto individual como colectivo y a partir de su experiencia laboral. Estas representaciones se han ordenado por tema surgido en las entrevistas semiestructuradas y en los focus-groups, los cuales, a su vez, han sido agrupados según su coherencia teórica entre a) Principios fundamentales de la comunicación, b) Competencias de comunicación, c) Características relacionadas con el liderazgo y d) Perspectivas respecto de la estructura de la organización del hospital.

a. Principios fundamentales de la comunicación:

En este apartado se incluyen los elementos que se consideran tanto desde la teoría como desde la perspectiva de los sujetos de estudio como las bases fundamentales para que exista comunicación y para que esta sea representada como competente y adecuada en el contexto laboral hospitalario.

Respeto

En primer lugar, a nivel individual tanto las TENS como las enfermeras refirieron el respeto como una base fundamental de toda buena comunicación, destacando en su definición en general aspectos verbales y un aspecto paraverbal, como se ve a continuación.

Una las TENS señaló el respeto como elemento constitutivo de una buena comunicación. Ella lo define principalmente en términos paralingüísticos en cuanto a la entonación en el contexto de la resolución de dudas:

La comprensión y el respeto, yo creo que eso sería un ámbito. Siempre con respeto, y por respeto, yo digo, no que se hayan lanzado insolencias, sino que, hay que tener un temperamento para no elevar la voz. Yo creo que en los servicios de salud se ve mucho eso, hay gente que tiene la voz fuerte, pero a veces cuando la elevan más cuando hay algún tipo de problema, que ni siquiera es un conflicto, sino una pregunta directa, pero... anteriormente hubo conflictos con eso, que se elevaba mucho la voz cuando en verdad no era para tanto el problema, como en medio del pasillo, por ejemplo. Hace como dos años observé una situación así.

(Patricia, TENS, 4 años de experiencia en la unidad)

Junto con la entonación, en la cita anterior se puede entrever también otro aspecto de la competencia comunicativa de las jefaturas ligado a la entonación. Ella nos habla implícitamente de la capacidad de resolución de dudas y problemas. El uso de una entonación ascendente puede ser un recurso impositivo de la autoridad que, en términos pragmáticos, tiene como intención y/o efecto acabar con una duda o problema sin resolverlo realmente. La misma entrevistada refiere que era, muchas veces, innecesario cuando el acto de habla inicial

no era más que una genuina pregunta, por lo que, en su opinión, se requiere mayor comprensión al respecto.

En segundo lugar, las enfermeras también consideran que el respeto es esencial para definir una buena comunicación por parte de una jefatura. Sin embargo, a diferencia de la TENS, este es el concepto que las enfermeras mencionan con mayor frecuencia y es uno sobre los cuales más ahondaron. Ellas definen el respeto sobre todo en términos de buen trato, en oposición a un trato autoritario y en relación con la empatía y la escucha de su opinión, y expresado a través de actos de habla de “sugerencia” cuando se requiere dar indicaciones. Finalmente, estas características percibidas como amabilidad. Lo anterior puede verse en la siguiente cita de entrevista:

- Corinna: Yo puse en primer lugar “respeto”. Igual considero que las jefaturas son muy respetuosas aquí. Por ejemplo, yo he tenido la percepción de otros servicios también y considero que existe mucho el respeto en este equipo humano. Eso no se ve en todos lados.
- Investigador: ¿Cómo se ve reflejado el respeto, por ejemplo?
- Corinna Por ejemplo, quizás no de jefatura directa propiamente tal, pero sí de, por ejemplo, un médico que haya estado de turno a cargo de residentes. Ellos son muy respetuosos al momento de entregar indicaciones o de sugerir cosas, o de pedir cosas. No son autoritarios, para nada, siempre piden la opinión de nosotras, como enfermeras, y suelen ponerse en nuestro lugar. Son empáticos, totalmente, y eso no pasa en otros lados.

(Corinna, enfermera, 1 año de experiencia en la unidad)

Como se puede apreciar, para esta trabajadora el respeto se percibe a partir tanto de la forma como del contenido de los actos de habla que los médicos profieren hacia ellas. En cuanto a la forma, señala que esta debe estar ausente de autoritarismo, lo cual, en términos pragmáticos, consiste para ella en “indicar” y “sugerir” en vez de, probablemente, “dar una orden”. Luego, en cuanto al contenido, el respeto es representado a partir de la expresión de empatía y, pragmáticamente, con la posibilidad de escucha de su opinión.

Corinna también define el respeto en cuanto a una forma amable de expresarse y en resguardo de las diferencias de jerarquía entre emisor y receptor:

Respeto es para mí hablar de una forma amable, quizás, respetando al otro, respetando las diferencias que tienen, sus jerarquías, eso (Corinna, enfermera, 1 año de experiencia en la unidad).

En la siguiente definición de la enfermera Paola sobre *buena comunicación* puede verse más precisamente el respeto relacionado con elementos no verbales de la forma, que en este caso, se ligan también a la representación de “amabilidad”:

- Paola: el tema del lenguaje no verbal siento que es muy importante en lo humano al expresar un mensaje.
- Investigador: ¿Qué esperas tú de eso “no verbal”?
- Paola: Que haya respeto, lo más importante, al expresar un mensaje, no sé si la palabra es amabilidad, pero cortesía, eso.

(Paola, enfermera, 4 años de experiencia en la unidad)

Finalmente, sobre este concepto, Corinna señala que, desde su perspectiva, el respeto incide en el clima laboral:

Y tratar, también, de que el ambiente sea equilibrado. Un buen ambiente laboral depende mucho del respeto que tengamos a las personas.

(Corinna, enfermera, 1 año de experiencia en la unidad).

De esta manera, se representa además que el grado de respeto percibido en la comunicación de la jefatura tiene un efecto perlocutivo en el ambiente laboral. En otras palabras, a partir de lo anterior se puede postular que, a mayor respeto deducido de la comunicación, mejor es el ambiente laboral y, al contrario, a menor respeto representado en la comunicación de la jefatura, más deteriorado se encuentra un clima laboral.

Luego, a nivel colectivo, en los focus groups fueron las enfermeras y los médicos quienes mencionaron el respeto como una base para la definición de una buena comunicación, no así las TENS. Las enfermeras lo plantean siguiente manera:

Yo creo que para cualquier conversación lo básico es el respeto, yo creo que no sea un elemento, es lo mínimo que una persona debería tener para poder dirigirse a otra. Dentro de los aspectos positivos, que debiera tener para mí una jefatura médica que sea empática, respetuosa.

(Anastasia, enfermera, 2 años de trabajo en la unidad)

Bianca reafirma la idea de Anastasia:

Yo también coincido con Anastasia con el respeto, porque me refiero al respeto de “Buenos días, ¿cómo está?”, de la forma en que tú lo ves, que sea una forma respetuosa, no como que eres una cosa que está ahí.

(Bianca, enfermera, 19 años de trabajo en la unidad)

Como se puede apreciar, ambas enfermeras entienden el respeto como la consideración -el tomarse el tiempo de saludar- y la amabilidad de ese acto de comunicación.

Por otro lado, cuando se les pidió a los médicos, en forma colectiva, profundizar en esta misma idea, para dos de ellos el concepto de respeto es el elemento más importante para definir como “buena” la comunicación de parte de una jefatura médica. Uno de ellos lo nombra desde el principio como uno de los rasgos que debe acompañar el orden de la comunicación y, luego, plantea que como quinto elemento después de las Máximas de Grice (1975) elegiría el respeto, pues, a su juicio este concepto, engloba el modo y la forma en que debe expresarse un jefe médico:

- Investigador: ¿Cómo es una comunicación positiva?
- Paulo: Una comunicación directa, como persona a persona, que el traspaso de información sea como bien dirigido, siempre en el marco de formalidad y respeto.

(...)

- Paulo: (...) pero yo creo que ahí más importante que eso, siendo eso ya importante, es lo que hemos hablado del respeto, yo creo. Puede ser un mensaje súper bien dicho, pero si está dicho, bueno el modo habla de ordenado más que nada, pero yo creo que la forma es muy importante, como que no sea una cosa impuesta, si es una orden, hasta con una mala cara, no va a ser efectivo. Eso siento, la parte como no verbal del...
- Investigador: Aclárame eso en un concepto Paulo, porque es muy importante lo que estás diciendo, porque si hay dice cantidad, calidad, relevancia y modo, ¿cuál sería este quinto elemento de la comunicación?
- Paulo: Yo diría “respeto”.

(Paulo, médico, becado de la unidad)

Este médico coincide con la enfermera Corinna en que el respeto, representado sobre todo en la forma, permite que los actos de comunicación sean percibidos como una sugerencia en vez de como una imposición.

Así mismo, para otro de los médicos, Jaime, el respeto es lo más importante en la forma comunicativa del jefe médico. Señala que en un ambiente de respeto los conflictos se pueden solucionar y destaca que en su unidad este prevalece:

Pero si yo creo que por más rango de autoridad que haya, algo que uno, o al menos hablo por mí, creo que por más rango que exista el respeto esta primero, y eso es algo que ha prevalecido acá en la unidad, en general en todas las unidades, salvo situaciones súper puntuales algunos años, pero las cuales están solucionadas. Nosotros vimos muchos conflictos con muchas personas dentro de la unidad, y que terminaron afectándonos de manera directa o indirecta a nosotros, pero que ya están resueltas. Sin embargo, cuando el límite al respeto se traspasó, generalmente tomamos algunas acciones para dar a entender nuestro sentido, y fuimos escuchados siento yo. Eso es algo positivo en nuestra jefatura.

(Jaime, médico, becado de la unidad)

Así, observamos que para los dos médicos que nombraron el respeto, este es el elemento más importante de la buena comunicación, ya que engloba todos o gran parte de los demás elementos que les parecen imprescindibles a la hora de definir como tal una comunicación, especialmente en situaciones de tensión o conflicto. Esto también se pudo observar de parte de las enfermeras, las que caracterizaron al respeto como base de una buena comunicación, relacionándola con la amabilidad.

En síntesis, en cuanto a la interpretación pragmática del respeto, puede verse que este es definido por estas enfermeras como la forma de expresarse según tanto por la entonación, que por sí sola es un aspecto lingüístico paraverbal, como por el tipo de acto de habla que se utiliza según su fuerza ilocutiva (Searle, 1968). Ellas prefieren los actos de sugerencia por sobre los de orden autoritaria. En la práctica, la entonación y la fuerza ilocutiva son indisociables, ya que la entonación es un aspecto constitutivo de la fuerza ilocutiva del habla, porque para que ciertos actos de habla sean percibidos finalmente como indicaciones y sugerencias, en vez de órdenes, es necesario que estos sean proferidos con una entonación

moderada, sostenida y con una velocidad calmada independientemente de las formas verbales que se utilicen. Toda esta enunciación es percibida directamente como el trato que se recibe de parte de la jefatura, la cual, al ser reiterada en el tiempo, es representada como respeto.

Ser escuchado

Este código solo fue proferido en las representaciones colectivas. En particular, en el grupo focal de enfermeras para ellas una buena comunicación tiene que ver con sentirse escuchadas y que sus opiniones se tomen en cuenta, tanto en reuniones individuales como en las reuniones grupales. Así lo plantean Dominique y Anastasia, enfatizando en que el jefe médico debe escuchar realmente a su personal:

(...) para mí un buen jefe, una buena comunicación con la jefatura, me importa que escuche a las personas con las que trabaje y que también sea capaz de pregunta

(Dominique, enfermera, 12 años de experiencia en la unidad).

Anastasia reflexiona al respecto platicando con el investigador:

- Investigador: Si tuviéramos que poner un quinto elemento, una quinta variable, un quinto criterio para evaluar la buena comunicación de un médico ¿se les ocurre cuál sería ese quinto elemento?
- Anastasia: No sé si sería algo el tema de la escucha activa, como la retroalimentación de la conversación...
- Investigador: ¿Qué entiendes por escucha activa?
- Anastasia: Que... que en la conversación no salga con otra conversación, que sea atinente a lo que estamos conversando.
- Investigador: ¿Cómo una señal de que si te estoy escuchando?
- Anastasia: Sí, y como la retroalimentación lo mismo, como algo que certifique que ambos llegaron al mismo punto de vista, no que cada uno entendió lo que quería.

(Anastasia, enfermera, 2 años de experiencia en la unidad)

Aunque fueron preguntadas por su definición de buena comunicación, Camila se expresó de manera crítica y en modo negativo sobre este tema:

Por lo que hacen, de repente no dejan hablar, cuando ocurre alguna circunstancia solo como que ellos tienen la razón, lo que uno opine o lo que uno diga no lo consideran.

(Camila, enfermera, 10 años de experiencia en la unidad)

Para estas enfermas es entonces importante ser escuchadas en los momentos en que sostienen comunicación con las jefaturas. Desde su perspectiva, esto se verifica, primero, viendo que se comparte coherencia en la conversación y, luego, llegando a consensos a través del diálogo, los cuales ellas puedan ver vinculados en las decisiones tomadas por las jefaturas.

Por otra parte, Paulo, médico, recalca la importancia de la escucha activa, enfatizando en que la jefatura sea capaz de atender dudas o críticas de parte del personal.

(...) escucha activa, dudas o críticas que tengan los demás hacia las jefaturas. Como saber escuchar, también.

(Paulo, médico, becado de la unidad)

En síntesis, este código resultó ser relevante principalmente para las enfermeras, ya que en su función ellas deben gestionar y echar a andar una serie de acciones con las TENS a partir de lo prescrito por los médicos. En este rol intermediador ellas necesitan ser escuchadas los médicos y, en la práctica, la escucha consiste en llevar a cabo conversaciones donde la opinión de las partes sea escuchada, lo cual se comprueba por la coherencia y el consenso de la decisión resultante.

Tener presencia

Este código fue mencionado por una médico en entrevista individual y por las TENS en su grupo focal.

En primer lugar, Consuelo, médico, expresó que para ella un elemento importante de la representación de una buena comunicación de parte de una jefatura es que esta tenga presencia en el trabajo, la cual luego define como la accesibilidad para comunicarse y trabajar con ellas:

- Consuelo: que tenga presencia, que sea visualizado, que uno lo visualice como que es su jefatura.
- Investigador: ¿Eso es como una presencia real?
- Consuelo: Que esté disponible, porque a veces están en el limbo y en el limbo tu no accedes nunca. Creo que esos son atributos que para mí son importantes.

(Consuelo, médico, 40 años de experiencia en la unidad)

Esta presencia se relaciona con el “estar presente”, que el médico Alexis menciona en el tema “visión a largo plazo”, consignado entre las características asociadas al liderazgo. A la vez, estos dos elementos se relacionan con “la cercanía” referida por otros trabajadores(as), la cual se encuentra a continuación. Es decir, se representa positivamente una jefatura que está presente en el trabajo y que allí es accesible, atributos que, a su vez, contribuyen a que esta sea percibida como cercana.

En segundo lugar, a nivel colectivo las TENS Denisse y Clara opinan que la presencia de la jefatura también es esencial a la hora de definir una buena comunicación. Esta presencia la vinculan con el liderazgo, con el involucramiento en el trabajo y, en consecuencia, con el sentimiento de apoyo. En el diálogo del grupo focal entre este investigador y dos de las TENS ellas lo expresan de la siguiente manera:

- Denisse: Lo que yo sí les critico a ellos es la poca presencia a las jefaturas. Por ejemplo, nosotros no vemos mucho a lo que es jefatura en las salas, no sé, en el servicio en sí, no mucho.
- Investigador: ¿Qué aporta una jefatura médica que tiene presencia?
- Denisse: Que sabe lo que está llevando a cargo, cómo se hacen las cosas...
- Investigador: ¿Tú crees que una jefatura médica más ausente puede que ni se entere de lo que pasa?
- Clara: Exacto.
- Denisse: O de cómo se hacen realmente las cosas, también, o como yo también aprendo a hacer como lo hacen. Yo creo que más que jefatura lo que pasa es que acá lo que falta es que más que ser un jefe un líder, un liderazgo, y un líder tiene que hacer presencia, tiene que saber cómo se hacen las cosas, haciéndolas.
- Clara: Yo creo que, si aquí se tiene esa frase que, a lo mejor es manoseada por años, es el trabajo en equipo. Yo creo que para que eso se logre tiene que verse la presencia de la persona que es cabeza del lugar donde estamos, no sé, porque el hecho de que ya participe presencialmente, uno ya cree que puede contar con el apoyo.
- Investigador: Ahora, Clara, presencia ¿es lo mismo que estar ahí y conversar? ¿Cuál es el verdadero valor de la presencia?
- Denisse: Interactuar, conversar, ponerse también los guantes y trabajar, también.
- Clara: Pasar por el servicio y preguntar “chicas, ¿cómo ha estado todo?”. Por ejemplo, tenemos una puerta mala hace cuantos días, se ha avisado a todos, esa puerta en cualquier momento va a caer.

(Denisse, TENS, 25 años de experiencia en la unidad; Clara, TENS, 40 años de experiencia en la unidad).

Ambas TENS definen en estas citas que la presencia de la jefatura es tanto el involucramiento directo de la misma in situ en el trabajo, cuando señalan “ponerse los guantes”, como también poder pesquisar las necesidades del servicio, que es una de las funciones habituales de toda jefatura.

Finalmente, como pudo leerse tanto par TENS como para la médico, esta forma de presencia es percibida como liderazgo, el cual desde esta perspectiva se construye solo presencialmente y, finalmente, como apoyo. Todo esto tiene además fines prácticos para el buen funcionamiento de toda la unidad. Esta presencia -y, en consecuencia, la construcción del liderazgo- se ejecuta a través de la comunicación, como se pudo corroborar luego de la pregunta del investigador a las TENS.

Cordialidad

Este código se relaciona en alguna medida con el código anterior y fue señalado solo en las representaciones colectivas de los focus-groups, específicamente por Jaime, médico becado. Él explicita cómo la cordialidad es necesaria para una comunicación positiva. Contrapone la cordialidad a una forma impositiva y agresiva en comunicar de parte del jefe médico. Enfatiza en la idea de que un jefe médico debe saber comunicar la información de forma cordial para poder tener una escucha activa y una buena discusión:

- Investigador: (...) ¿cuáles son a juicio las variables o los elementos que hacen que una comunicación de una jefatura médica sea positiva?
- Jaime:(...) Cordialidad en el traspaso de la información y capacidad de análisis y discusión de los temas, digamos, en cuestión.
- Investigador: Una vueltita más ahí, Jaime, la cordialidad ¿cómo sería eso?
- Jaime: Que, en el fondo, al momento de informar, no optar por una postura agresiva de imposición de las decisiones o las opiniones de parte de la jefatura porque hay una asimetría que muchas veces interviene en el correcto desarrollo de las problemáticas. Ya partes en una posición de desventaja cuando una autoridad actúa de forma más impositiva o agresiva, lo cual, en el fondo, ensucia un poco la discusión, o el traspaso de la información, más bien. Eso afecta, a veces

directa o indirectamente, en cómo es recibida la información. Es un tema actitudinal muchas veces.

(Jaime, médico, becado de la unidad)

Siguiendo la perspectiva de este último médico, la cordialidad es entonces parte de la asertividad, en tanto que la forma pacífica y amable de comunicarse, evitando, además, la agresividad y la imposición. En términos ilocutivos, esto coincide con la preferencia por la ejecución de actos de comunicación de sugerencia e lugar de aquellos de imposición. Finalmente, menciona que la cordialidad favorece la construcción de sentido de la comunicación -es más clara- y, así, tiene, el efecto perlocutivo de resolver problemas.

Cercanía

A nivel individual, la cercanía fue nombrada por las TENS y por las enfermeras como un constituyente de la buena comunicación.

Angélica, una de las entrevistadas TENS, relata que su definición de cercanía corresponde en gran medida con la amabilidad. Además, se denota que en esta unidad dicho elemento tiene también una variable etaria involucrada:

- Angélica: Los médicos yo encuentro que son... como una persona simple, como dijera... son como humanos, muy humanos, llegan a uno. La generación, que hay ahora, es como muy llegadora a uno.
- Investigador: Más cercano.
- Angélica: Más cercano, una cosa así.
- Investigador: ¿Y eso facilita la comunicación?
- Angélica: Sí, uno se siente más a gusto.

(Angélica, TENS, 25 años de experiencia en la unidad)

En adición, aunque no se da cuenta de los elementos ilocutivos, lingüísticos ni paralingüísticos que producen esta cercanía o amabilidad, en la esfera pragmática la entrevistada indica que esta característica de la comunicación tiene como fuerza perlocutiva o

efecto el facilitar la comunicación en general. Es decir, se habla más fácilmente con quien se muestra cercano.

En segundo lugar, coincidiendo con las TENS, la cercanía es también uno de los elementos constitutivos de la buena comunicación de una jefatura que las enfermeras mencionan con mayor frecuencia. Las tres entrevistadas coinciden al respecto. Una de ellas se limitó a nombrarlo, la segunda señaló que “Yo creo que, lo primero, es que se muestre cercano a todo el equipo” y la tercera profundizó un poco más indicando lo siguiente:

Que sea una figura, que quizás no se ve tan lejana y, por lo tanto, su indicación, uno al conocer a la persona uno siente como mayor respeto o, quizás, ganas de poder seguir sus instrucciones o motivarse a hacer bien el trabajo que te están pidiendo

(Paola, enfermera, 4 años de experiencia en la unidad).

Esta enfermera se refiere en otras palabras a aquello que los estudios organizacionales definen como “liderazgo”, es decir, a aquella influencia que una jefatura es capaz de irradiar en sus trabajadores(as) para que estos adhieran a sus instrucciones, a los objetivos que una jefatura debe lograr en una organización y, en general, a su forma de trabajo (Lorca et al., 2022). La cita también sugiere que la cercanía tiene como actos perlocutivos o efectos inspirar respeto hacia la jefatura.

Como pudimos observar, para la TENS Angélica y para las enfermeras, en cuanto representaciones individuales, que un jefe sea cercano, amable para la TENS, y que ejerza un buen liderazgo para las enfermeras, es fundamental para una buena comunicación con el equipo de salud.

Luego, a nivel colectivo, la cercanía fue mencionada por uno de los médicos e el focus-group de su estamento, quien la relaciona directamente con la forma de comunicarse del jefe médico. Plantea que un jefe médico que sepa escuchar y tenga un buen trato con los trabajadores del hospital logra cercanía y así tiene una mejor comunicación:

(...) En mi opinión más personal, nuestra jefatura es directa en la comunicación, pero a veces cae en... como decirlo, en ambivalencias que hay que ir a corroborar y decirle “pero, hablamos esto hace unos días”, muchas veces no hay cambios en las decisiones.

Pero, si es una jefatura un poco más abierta a escuchar, mucho más cercana, también, y un trato bastante ameno, podría decir.

(Jaime, médico, becado de la unidad)

En síntesis, si bien para los trabajadores de la salud es importante la cercanía en la relación con el jefe médico, esta es percibida más como una característica esperable que como una realidad existente. La excepción a esto es Jaime, quien plantea una relación un poco más cercana con su jefe médico dada su profesión.

Ser oportuno

Este código fue referido a nivel individual por un de las TENS. ella incluye en su definición de buena comunicación, de manera implícita, que esta sea oportuna. Ella lo menciona respecto de informar cuando ocurren cambios:

Si hay algo nuevo que informar, eh... por ejemplo, que haya cambios en el equipo de trabajo, es positivo si te los están informando cuando corresponde (Angélica, TENS, 25 años de experiencia en la unidad).

Formalidad

Finalmente, la formalidad también fue referida en las representaciones colectivas por uno de los médicos:

(...) comunicación directa, como persona a persona, que el traspaso de información sea como bien dirigido, siempre en el marco de formalidad y respeto.

(Paulo, médico, becado de la unidad)

En vista de la cita anterior, la formalidad, entendida comúnmente como una forma seria, clara y ordenada de exponer las cosas, se considera un fundamento de la buena comunicación de manera semejante a la cordialidad anteriormente expuesta.

En síntesis, para estos trabajadores(as) los principios fundamentales que deben estar presentes en la comunicación que toda jefatura hospitalaria, sobre todo las médicas, son el respeto, ser escuchado(a), tener o que se vea su presencia, la cercanía, ser oportuno(a) y la formalidad. Todos ellos consisten en fundamentos sin los cuales no se puede entablar una comunicación adecuada en el trabajo de la unidad, ya que el respeto refiere sobre todo a la forma con la cual comunicarse, al igual que la cordialidad, elementos con los cuales se demuestra cercanía y esta, a su vez, abre la puerta a la participación -específicamente a que sus necesidades y opiniones sean tomadas en cuenta-. Todo lo anterior debe ocurrir de manera frecuente, con la jefatura marcando presencia y apoyo en el trabajo, en un tiempo oportuno y ser regido por la formalidad, cuya seriedad se mitiga gracias a las características del respeto ya señalado.

b. Competencias de comunicación

En este apartado se presentan las representaciones que las y los participantes del estudio expresaron más directamente sobre las competencias de comunicación propiamente tales en el sentido de Pilleux (2001), pero incluyendo la actualización que hacen García Martí et al. (2021), que dice que la competencia comunicativa es el conjunto integrado y aplicado -por lo tanto observable en la práctica- de “conocimientos y habilidades por un emisor, el cual le permite entregar un mensaje contextualmente adecuado y obtener los resultados esperados” (p. 372), sin olvidar que su eficiencia depende finalmente del intercambio entre ese emisor y los receptores (Albaronedo, 2018). Las competencias comunicativas señaladas por los sujetos de estudio son el uso de una entonación adecuada, la asertividad, “saber comunicarse” -en el sentido de tener competencias comunicativas- y la claridad.

La entonación adecuada

La entonación es un elemento lingüístico (Hymes, 1971; Pilleux, 2001) o bien paralingüístico del habla (García Martí, 2001) -es decir, que posibilita su producción física- y es definida por la lingüística como la variación melódica de un acto de habla, compuesta por el tono o altura del sonido, la intensidad, el volumen, el ritmo y el tempo durante mismo (Pedrosa Ramírez, 2009). Para dos de las enfermeras entrevistadas individualmente la entonación adecuada es un componente de la buena comunicación por parte de una jefatura. Una de ellas lo deja claro en la siguiente cita:

- Corina: El tono de voz, es que yo creo que el tono de voz o la forma en que uno habla dice mucho de la persona, por ejemplo, yo puedo pedir algo y decirlo en un tono fuerte o pedir algo y ser con un tono más bajo, y eso va a depender mucho de cómo lo perciba la otra persona. Que no sé cómo se llama en este momento, ¿el lenguaje verbal? El tono de voz.
- Investigador: ¿Corporal?
- Corina: Corporal no, pero sí verbal.
- Investigador: ¿La entonación?
- Corina: La entonación, sí, eso. Yo creo que es importante.
- Investigador: ¿Qué puede comunicar la entonación? ¿En qué sentido es importante?
- Corina: Eh... yo, con una entonación deficiente puedo pensar que la persona me está obligando a hacer algo, que me está mandando sin tener respeto por lo que yo hago, entonces, es importante. O cómo pedir las cosas, también es importante.

(Corina, enfermera, 1 año de experiencia en la unidad)

Lo anterior coincide con aquello que señalan los estudiosos de la entonación, según lo cual esta influye en la significación individual y en la representación social del habla de una persona (Pedrosa Ramírez, 2009). Aquí la enferma señala que la entonación permite interpretar si un acto de habla es una petición o una orden, tal como se señaló igualmente en el apartado del Respeto (“indicar” o “sugerir” en vez de “dar una orden”). De esta manera, la entonación del habla le confiere una fuerza tanto ilocutiva (lo que hace) como perlocutiva (lo que produce) en la comunicación, las cuales se conjugan en la interpretación que las enfermeras hacen de esta última.

Luego, para Paola, la entonación está relacionada con la intención y, en última instancia, con la igualdad de trato. Lo anterior queda expresado en la siguiente cita:

- Paola: en el tono de hablar con un TENS o una enfermera y con un médico, con un colega, yo creo que eso súper importante, la transversalidad en su comunicación y la intención con la que lo hace.
- Investigador: ¿Cómo eso la intención?
- Paola: En realidad va el tema de la comunicación y el tema como no verbal, la comunicación no verbal al transmitir el mensaje, encuentro yo. Eso es importante. Al dar un mensaje en persona, el cómo es la postura de la jefatura hacia la enfermera diurna, la enfermera jefa o el TENS... Si le quiere dar una información generalizada, por ejemplo, a todo el equipo técnico, la mayoría de las veces se baja la información primero a los médicos, luego a la enfermera y luego al TENS. Pero siento que si un buen jefe médico pudiese dirigirse, también, al equipo de enfermeras o de TENS, tal como lo hace con el equipo médico, sería como algo rescatable, valorable.

(Paola, enfermera, 4 años de experiencia en la unidad)

En general, la intención es uno de los elementos estudiados por la pragmática clásica de Austin, Searle y Grice como un constituyente esencial de la construcción de significado entre los hablantes, aunque cada autor le atribuye roles y matices distintos (García Negroni et al., 2013). Esto se relaciona con la representación de esta entrevistada, en la medida que, según ella, la elección de una entonación determinada por parte de una jefatura para con uno y otro estamento de trabajadores(as) es fiel reflejo de la intención de su comunicación. A partir de la descripción de esta enfermera, se puede inferir que, para ella, la intención de la jefatura detrás del uso de cierto tipo de entonación diferenciado para cada estamento es percibida, en primer lugar, como una diferencia de trato para con ellos, la cual, en segundo lugar, se relaciona con el concepto de jerarquía.

A nivel de las representaciones colectivas, Andrea, enfermera, recalca el contexto en el que se plantea cierta información de parte del jefe médico. Ella plantea la importancia que la información se exprese con una entonación adecuada, en un contexto privado y mirando a su interlocutor.

Yo escribí como la forma en que dicen de repente las cosas, como el tono de voz a veces influye bastante en cómo conversamos. La privacidad de repente que se tiene

con el médico jefe, como lo estás tomando en este caso, como la forma, si se aborda un problema que se dice más privado o que se hable de manera cómo más brutal, digamos, frente a otra gente. Y el contacto visual, porque de repente hay gente en esta área médica que llegan y hablan, pero nunca esta ese contacto visual.

(Camila, enfermera, 10 años de experiencia en la unidad)

La perspectiva de Camila, enfermera, se puede complementar con las representaciones individuales de las enfermeras, en donde la entonación del habla es contextualizada en un ambiente público o privado, donde público significaría poco respeto en la comunicación.

Asertividad

La asertividad fue mencionada indirectamente por dos médicos en su grupo focal. Para estos médicos es fundamental que la comunicación de parte del jefe médico sea asertiva al decir que esta debe expresarse de manera clara, directa y respetuosa. Jaime la describe más de una vez, señalando que la forma comunicativa debe ser con un lenguaje dialogante y no un lenguaje impositivo en el que prime la agresividad:

- Investigador: ¿Qué elementos hacen que una comunicación de una jefatura médica sea positiva?
- Jaime: Que, en el fondo, al momento de informar, no optar por una postura agresiva de imposición de las decisiones o las opiniones de parte de la jefatura porque hay una asimetría que muchas veces interviene en el correcto desarrollo de las problemáticas. Ya partes en una posición de desventaja cuando una autoridad actúa de forma más impositiva o agresiva, lo cual, en el fondo, ensucia un poco la discusión, o el traspaso de la información, más bien. Eso afecta, a veces directa o indirectamente, en cómo es recibida la información, un tema actitudinal, muchas veces.

(Jaime, médico, becado de la unidad)

Así mismo, Soledad plantea la asertividad en cuanto a que el jefe médico debe ser comprensivo, expresarse con un buen trato, con tacto y empatía, porque de esta manera se puede manejar mejor los conflictos:

- Soledad: (...) me refiero a la forma en cuanto a que no es lo mismo que si tú vas a transmitir X mensaje “¡¿oye por qué llegaste tarde, que no sé qué?!” a que tú le digas “oye, ¿sabes qué? Yo no sé si está pasando algo que ya hemos visto que varias veces llegas tarde y ¿estás bien? ¿qué está pasando?”, como a eso me refiero yo.
- Investigador: El tono de la voz. Pero ¿qué hay ahí? ¿una entonación distinta? ¿una preocupación distinta?
- Soledad: Es que puede ser incluso como que tú le vas a corregir algo, no sé si hizo, si se equivocó de X forma y hubo una consecuencia de eso, entonces es distinto a que “¡¿cómo puede ser, cuántas veces has hecho esto mal?!”, si no buscar otro modo, otra forma de llegarle a esa persona, como abordar este mensaje. El concepto de que atrapas más moscas con la miel (Risas).

(Soledad, médico, becada de la unidad)

En general, para estos médicos la asertividad es también un concepto esencial de la definición de buena comunicación, en segundo lugar después del respeto. La definen como la propiedad y capacidad de utilizar una comunicación no agresiva que convence, el cual se refleja tanto en elementos de fondo como de forma, pero sobre todo de forma desde su perspectiva. Esto significa que la jefatura médica no imponga sus ideas o puntos de vista, sino más bien demuestre una actitud dialogante. Esta también tiene un valor estratégico y pedagógico en el trabajo según los médicos, ya que lo logra aprendizaje, cohesión y evita errores futuros.

Saber comunicarse

Este tema fue señalado por una enfermera en su grupo focal. Ella enfatiza en la siguiente cita la relevancia de aprender a comunicarse desde el puesto de jefatura:

-Dominique: Las habilidades blandas, creo yo, que no tienen manejo de personal, de saber liderar equipos, porque si bien uno nace con esto de poder, también se aprende y uno puede aprender mucho de comunicación y de cómo manejar y trabajar en equipo, solución de conflicto. Hay gente que le nace y gente que realmente tiene que aprender, y se puede aprender, pero no les interesa a veces.

-Investigador: Perfecto, no les interesa.

-Dominique: Yo siento que no.

-Investigador: No saben y no les interesa saber.

-Dominique: Porque son los jefes.

-Dominique: Sí. En el Olimpo.

(Dominique, enfermera, 12 años de experiencia en la unidad)

Es interesante lo que plantea esta enfermera, con el asentimiento de sus compañeras, pues representan el desinterés de algunas jefaturas por aprender mejores habilidades comunicativas. De su última parte se puede inferir que, desde su representación, es la posición de los jefes médicos en la jerarquía hospitalaria la que les permite decidir no aprender nuevas habilidades de comunicación cuando no les interesan, ya que la ausencia de estas al parecer no es cuestionada por nadie ni ningún mecanismo formal.

Claridad

Además de haber incluido su apreciación sobre la claridad de la comunicación de las jefaturas en el sentido de Grice (1975), una de las enfermeras también señaló la claridad en su definición de buena comunicación en su entrevista individual:

Claridad, claridad en los mensajes, que de repente hay indicaciones o cosas que te digan que sepan de que tú las recibiste y las comprendiste, porque también eso genera de repente conflictos, eh... y no solo escribir en una ficha si no decir las cosas

(Bianca, enfermera, 19 años de experiencia en la unidad)

Lo anterior significa que la comprensión está dada para esta enfermera según la claridad con la cual, desde su perspectiva, se exprese el médico y con la confirmación de la comprensión por parte del oyente. A nivel individual tanto las TENS como las enfermeras

señalaban que esta claridad se construye principalmente evitando el uso de tecnicismos médicos que ellas pueden no llegar a comprender.

En síntesis, para estos trabajadores las competencias demostrables que definen una buena comunicación de parte de una jefatura son el uso de la entonación -ligado a la amabilidad y al respeto-, la asertividad, “saber comunicarse” -en el sentido de tener competencias comunicativas-, ser oportuno y que la comunicación sea siempre clara. Estas competencias son incluidas por varios autores en las subcompetencias de tipo lingüístico, sociolingüístico y pragmático (Canale & Swain, 1980; Cot, 2000; Pilleux, 2001; Romeu, 2005), pero, como se ha señalado, todas ellas se ejecutan de forma simultánea en la práctica (García Martí et al., 2021), por lo tanto, en representaciones del habla no es fácil para los sujetos que alguna vez fueron los oyentes separar abstracta y retrospectivamente sus elementos. En consecuencia, este es el conjunto de competencias que los trabajadores(as) participantes de estudio esperan percibir en toda comunicación. De todas formas, en un sentido pragmático, todas ellas demuestran tener, desde la perspectiva de los consultados(as), el efecto de representar una buena comunicación y, como corolario, movilizar positivamente el trabajo de la unidad.

c. Características relacionadas con el liderazgo

Una buena definición actualizada de liderazgo es aquella que señala que lo establece como la capacidad y práctica de movilizar los intereses de una organización en sus trabajadores a través de la influencia de la jefatura (Heifetz et al., 2009), la cual se sustenta en la satisfacción, la motivación y la confianza proyectadas por esta (González Castillo et al. 2023). El liderazgo trae entonces la adhesión a una forma de trabajo y se construye a través de las relaciones laborales, el clima laboral, el desarrollo organizacional (González Castillo et al. 2023) y, sobre todo, de la comunicación (De Vries et al., 2009, Garay Madariaga, 2010). Las características -algunas son rasgos, otras son valores y otras habilidades- que estos trabajadores(as) señalaron en relación con el liderazgo y la comunicación fueron la empatía, la resolutivez, el liderazgo mismo, ser criterioso, la equidad, la valoración de los trabajadores(as), la visión del presente, la visión a largo plazo y la consideración de la salud

mental. La importancia de estas características radica en que todas ellas se ejecutan y/o construyen a través de la comunicación. A continuación, se detallan una a una estas características junto con las citas respectivas de las y los participantes.

Empatía

A nivel individual, dos enfermeras mencionan “la empatía” como otro concepto que forma parte de la buena comunicación en toda jefatura. Si bien este elemento no pertenece comúnmente a los aspectos técnicos de la comunicación, es cierto que a través de la comunicación podemos expresar empatía, sobre todo en cuanto a los contenidos de nuestros enunciados, y la misma está ampliamente ligado al liderazgo en la literatura académica (. Paola resumió la empatía como “que el jefe se ponga en el lugar de nosotros” (Paola, enfermera, 4 años de experiencia en la unidad), y Corinna, que ya hizo referencia a este concepto en su intervención sobre el respeto, lo profundizó más tarde de la siguiente manera:

- Corinna: Le puse “empatía”, cuando soy capaz de ponerme en el lugar del otro. Eso se ve reflejado tanto en el equipo, como hacia los que trabajamos y en los pacientes igual. Son muy empáticos nuestros jefes.
- Investigador: Vale. ¿Un ejemplo?
- Corinna: No van a extender la estadía de un paciente por algo, no sé, netamente de gestión, por ejemplo, sino que siempre tratan de apurar para que el paciente pueda estar en su casa con su familia. Igual se entiende por el tipo de servicio que es este, entonces como que paciente es prioridad en todo sentido. Pero, básicamente, es en eso, como empatía con la familia y con el paciente, que obviamente deviene en empatía con nosotras para evitar la sobrecarga.

(Corinna, enfermera, 1 año de experiencia en la unidad)

La cita anterior permite inferir que la empatía es representada principalmente sobre la base de los efectos que traen los enunciados de decisión -en cuanto al contenido- en consideración de los pacientes, sus familiares y, en última instancia, de los trabajadores(as). En concreto, según esta enfermera, la decisión de ser “considerado” ya sea con los pacientes o con las enfermeras se experimenta cuando se da de alta a los primeros cuando corresponde,

sin demora, y eso significa también descongestionar la carga laboral para las segundas, lo cual es percibido como empatía para con ellas. La empatía es así el efecto o factor perlocutivo de las decisiones oportunas de gestión de la carga laboral, la cual muy probablemente contribuye a la sensación de bienestar de las enfermeras.

La empatía fue también mencionada por Bernardo, médico, como el elemento más importante de la comunicación para él. La definió de la siguiente manera:

- Investigador: ¿Cuáles serían los tres atributos que, a su juicio, dan cuenta de una buena comunicación de una jefatura médica?
- Bernardo: Yo creo que ser empático, ser criterioso y ser claro.
- Investigador: Una segunda vuelta de empatía.
- Bernardo: Saber lograr cercanía sin salamerías, pero sí cercanía con la gente, de modo que las malas noticias, sobre todo, sean aceptadas y procesadas por la gente con menos frustración... Lo menos que puede esperar es que se le diga y se le trate de manera amable y respetuosa, con el tiempo necesario y no que se lo diga un bruto que, se lo dice mal y no se lo dice de la manera adecuada.

(Bernardo, médico, 37 años de servicio en el hospital)

La empatía es definida en la cita anterior como la forma amable y respetuosa de decir malas noticias, expresando comprensión para con quien está sufriendo, para que esta información sea mejor asimilada. Este médico la vincula con la cercanía, que sería un efecto de la misma.

Finalmente, solo podemos recalcar que el concepto de empatía comentado por las enfermeras como el efecto de relaciones comunicativas directas y efectivas, y para el médico, Bernardo, la forma adecuada de comunicarse con el personal, se torna como una de las bases para establecer una buena comunicación con los jefes médicos.

Luego, a nivel colectivo, este código fue mencionado por una TENS, Andrea. Ella lo expone de la siguiente manera:

Empatía, ponerse en el lugar del otro. Entender las cosas desde distintos puntos de vista, no solo de la vereda de ella como jefatura, sino que también de las personas que tiene a su cargo.

(Andrea, TENS, 23 años de experiencia en la unidad).

En la cita anterior la TENS recalca la incorporación de las perspectivas de los demás sobre un asunto como un constituyente de la empatía.

Por otro lado, la enfermera Anastasia, se refiere a la importancia de la empatía en la comunicación de parte de los jefes médicos de la siguiente cita: “Dentro de los aspectos positivos, que debiera tener para mí una jefatura médica es que sea empática” (Anastasia, enfermera, 2 años de experiencia en la unidad).

Y continúa ante la pregunta del investigador:

-Investigador: por ejemplo, cuando hablas de empatía, ¿a qué te refieres con eso?
¿Cómo es en la comunicación si puedes describir aquello?

-Anastasia: Que, por ejemplo, no se podría llevar a los aspectos negativos solamente, sino que trate como de ver de forma más amplia el problema, no que se dirija solamente a la parte negativa, si no que podría ver lo bueno y lo malo y de eso sacar algo.

(Anastasia, enfermera, 2 años de experiencia en la unidad)

Anastasia entiende la empatía, en el contexto de resolución de problemas, como la capacidad del jefe médico de entender un problema de manera más amplia, también incorporando las perspectivas de los demás y en la resolución que se tome a partir de ello. Así, ella expresa que en el área del hospital en que trabaja existe un ambiente laboral en donde prevalecen relaciones comprensivas y de respeto, practicándose así una buena comunicación de la cual la empatía es parte:

Yo lo he notado que sí, que sí empatizan mucho. Yo tuve la suerte de trabajar en otro lugar donde no era así y me sorprendió mucho el llegar acá y ver este ambiente de trabajo tan grato, donde no se trata de sobrepasar a ninguna persona, si no que más equitativo, del respeto, sin tener miedo de ser autocrítico. Yo creo que eso igual es súper importante.

(Anastasia, enfermera, 2 años de experiencia en la unidad)

Por otro lado, Eugenia, expresa la importancia de la empatía en toda relación que existe en el hospital, tanto entre los profesionales como en la relación con los pacientes:

Empatía, la mayoría tiene familia, que sean capaz de ponerse en el lugar de un familiar, que sean capaz de ponerse en el lugar de un técnico, en el lugar de una enfermera, en el lugar de un par.

(Eugenia, enfermera, 23 años de experiencia en la unidad)

Al igual que en las entrevistas individuales, a nivel colectivo la empatía fue mencionada por estos trabajadores(as) en términos pragmáticos, en primer lugar, como el contenido expresado en la comunicación cuando este conlleva una decisión favorable hacia un otro(a), la cual se genera a partir de una comprensión humana de este mismo como alguien de igual naturaleza, pero distinto subjetivamente, aceptando esa diferencia y, por lo tanto, su preferencia en cuanto a su salud por sobre criterios netamente técnicos. En segundo lugar, los trabajadores representan la empatía como la posibilidad de escucha por parte de las jefaturas para con todos o la mayoría de los trabajadores(as) y los pacientes, la cual lleva a una comprensión amplia de las situaciones que se generan en contexto hospitalario en consideración de las diferentes perspectivas presentes.

Resolutividad

En el grupo focal de TENS, Clara realiza una referencia a la resolutividad en la comunicación. En palabras de ella:

- Clara: Ser resolutivo, en el caso de su personal y con el servicio de que está manejando, estructuralmente y con las personas también.
- Investigador: Un ejemplo, por favor.
- Clara: Que solucione, no sé, si falta gente en los turnos, tratar de resolver eso. En el caso de estructuras, como le decía esa puerta que lleva mucho tiempo mala, preguntar “Chicas, ¿vinieron a arreglar esa puerta? ¿Qué pasó?”. Eso, que haya medio de comunicación y tratar de resolver las carencias que hay tanto estructurales como de recursos humanos.

(Clara, TENS, 40 años de experiencia en la unidad)

Aquí Clara hace referencia a las características que debe tener un jefe médico como buen líder, en el sentido de saber resolver conflictos sociales y problemas estructurales dentro del hospital, lo cual se lleva a cabo a través de la comunicación.

Liderazgo

A nivel individual, el tercer elemento definitorio de la buena comunicación señalado por Bernardo, médico, fue explícitamente el liderazgo. Él lo describió de la siguiente manera:

Yo creo que la gente sigue al que tiene vocación de líder. Los otros a lo mejor respetan a otras personas, pero para seguirlo, para subirse al carro a hacer cosas tiene que tener una... algo tiene que lo siguen, digamos, y lo que se me ocurre es que es lo que tu haz estado mencionando, que tiene el liderazgo, que tiene la capacidad, que es claro, que puede... va a sonar un poco suntuoso tal vez, pero que puede encantar a la gente con un proyecto, no encantos personales, sino hacer que la gente lo sigan en un proyecto, en un sueño, en algo que se le ocurrió. Algunos pueden; otros no pueden no más, o no quieren.

(Bernardo, médico, 37 años de servicio en el hospital)

Este médico define el liderazgo de manera semejante a los estudios organizacionales y, además, resulta particularmente interesante su apreciación sobre que este es una habilidad o conjunto de ellas que solo algunos tienen. Según él, inclusive, algunos no quieren aprender o poner en práctica el liderazgo.

Ser criterioso

A nivel individual, Bernardo, médico, mencionó, en segundo lugar, “ser criterioso” como un elemento constitutivo de la buena comunicación. En sus palabras:

- Investigador: Mencionaste como una característica el “ser criterioso”. ¿En qué sentido?
- Entrevistado: Siempre hay que ser criterioso.
- Investigador: ¿Qué es ser criterioso?

- Entrevistado: Desde mi punto de vista, no he abierto nunca el diccionario en la palabra...
- Investigador: No, yo tampoco, jajaja.
- Entrevistado: Yo creo que ser criterioso es saber hasta dónde llegar, cuando vas a empezar a hacer daño, cuando tienes q apapachar a la gente y no ser bruto, no ser prepotente, eso.

(Bernardo, 37 años de experiencia en la unidad)

Al respecto, podemos decir que este médico asocia el ser criterioso con ser consciente de los efectos adversos del poder perlocutivo de nuestra comunicación. En concreto, señala él, consiste en prever el daño que pueden provocar las palabras y detenerse antes de provocarlo.

Equidad

Otro elemento que se torna relevante en la definición de una buena comunicación en el grupo focal de enfermeras es que la jefatura médica promueva un ambiente laboral equitativo entre los miembros del personal, comparando esto con una situación que vivió en otro contexto de trabajo. Esta característica la resalta junto con la empatía y el respeto:

Dentro de los aspectos positivos, que debiera tener para mí una jefatura médica que sea empática, respetuosa, que tenga profesionalismo y sobre todo que sea equitativo (Anastasia, enfermera, 2 años de trabajo en la unidad).

Valoración

La valoración se infirió como un efecto perlocutivo que tuvo para una TENS un acto de habla de aviso sobre un escenario complejo que se avecinaba, el cual fue proferido por la jefatura una vez por la jefatura probablemente con la intención de motivar al trabajo y a la cohesión del equipo. Sin embargo, este tuvo como resultado lo percibido de una de las TENS como valoración por su trabajo, como puede verse aquí:

- Beatriz: Pero hemos tenido la experiencia con el doctor *** (jefatura de la unidad), que de repente llega un día, y ha pasado varias veces, que llegó el año pasado cuando hubo ese tremendo brote de*** (una patología), llegó allá y él dijo “chicas,

están así las cosas, va a pasar esto y esto. Yo sé que ustedes son todas comprometidas con el servicio y yo les pido por favor que tengan paciencia y que luchemos todos por lo mismo, y rememos todas para el mismo lado, porque esto se viene duro...”

- Investigador: ¿Para qué te sirvió eso a ti? ¿Qué valor tiene?
- Beatriz: Sentí que era valorado el trabajo de nosotras y que era importante que nosotros, o sea, decir eso a nosotros considere que era importante nuestro trabajo. Bueno, yo siempre he considerado que nuestro trabajo es importante, pero que él lo diga, que la jefatura lo diga, es como un valor agregado.

(Beatriz, TENS, 15 años de experiencia en la unidad).

La cita anterior demuestra, una vez más, que la intención de un hablante no es precisamente lo que se comunica explícitamente en un mensaje y que el efecto de este puede no ser el esperado. En general, la construcción de sentido y el consecuente efecto de la comunicación parecen depender tanto del emisor del contexto, como señala Grice (1968); o en partes iguales del emisor, del receptor y del contexto como argumentan otros autores. Esta idea se analizará en mayor profundidad en el capítulo de Discusión.

Visión del presente

En las representaciones individuales, para Alexis, médico, la visión de presente es otro de los factores de buena comunicación en una jefatura. Como se verá a continuación, el trabajador liga esto directamente con estar al tanto de lo que sucede en la unidad, para lo cual, en su perspectiva, es necesario que el jefe esté presente trabajando a la par con los médicos:

(...) Lo otro es que tenga una visión del presente, estar trabajando a la par, digamos, estar presente en el trabajo, y, saber lo que está pasando

(Alexis, médico, 16 años de experiencia en la unidad)

Evidentemente, para que una jefatura esté al tanto de lo que sucede en su área de responsabilidad, además del solo hecho de estar presente, precisa tener una competencia comunicativa que le permita tanto marcar su presencia en el trabajo como un apoyo a sus

trabajadores, como preguntar la información necesaria para enterarse de todo lo que sucede en su unidad. Para esto último se debe ser indudablemente pertinente, de modo que las preguntas no sean representadas como un mero control jerárquico, sino, como indica este médico, que se entienda que con ellas se construye una visión completa del presente, la cual permite una mejor organización ante la contingencia.

Visión a largo plazo

En su representación individual, el mismo médico anterior refiere que para él la visión a largo plazo es tan o más importante que la visión de presente en la comunicación de la jefatura. Al igual que la empatía, este concepto tampoco es un aspecto técnico de la comunicación, sino de los contenidos que se pueden expresar a través de ella. En general, a partir de nuestro Marco Teórico, podemos decir que todo signo, idea y significado humano es expresable en la comunicación. La visión a largo plazo se expresa según este médico de la siguiente manera:

- Alexis: (...) Y, también, saber lo que va a pasar. Porque no sacamos nada con estar trabajando en el agudo, sabiendo que a lo mejor que ese agudo no habría sido tan agudo si lo hubiésemos previsto antes. Es lo que generalmente ocurre en los hospitales, trabajamos en función de la presión asistencial y no prevemos de lo que va a pasar... y eso se está haciendo ahora poco. Para mí eso es como que se legitima el jefe ahí, si fue capaz de tener una visión a largo plazo. Y la podemos pasar más mal o peor de acuerdo con la capacidad que tuvo él de prever, de planificar, de anticipar.
- Investigador: Y eso redundaría en la calidad de ustedes, en la calidad del trabajo...
- Alexis: Ahí se siente el apoyo del equipo...
- Investigador: ¿Cómo de vuelta de mano?
- Alexis: Claro. El equipo se siente apoyado y va a jugársela por el jefe 100%.
- Investigador: ¿Por qué crees tú que pasa eso?
- Alexis: Porque en definitiva es como ir remando para el mismo lado, no sé si sean consideraciones, sino más bien, un sentido colectivo.
- Investigador: ¿Cómo un trabajo en equipo, una identidad común?

- Alexis: Claro. Porque sabemos que en invierno queda la embarrada entonces el jefe tiene que pensar debemos tener más sistemas de entrega de oxígeno, tenemos que tener más personal, tenemos que tener más camas, y eso hace también que uno trabaje mejor, y remamos todos para el mismo lado.

(Alexis, médico, 16 años de experiencia en la unidad)

Como puede verse, este último médico resalta la capacidad de visión a largo plazo de la jefatura, expresada en las anticipaciones que esta puede hacer, como forma de prevención de la presión asistencial que sobrecarga a los equipos particularmente en invierno. Según sus palabras, esto también involucra una adecuada planificación que sea capaz de modificarse sobre la marcha según la contingencia. Así, esta capacidad de visión a largo plazo es una habilidad que va más allá de las competencias comunicativas -es un conjunto que implica la planificación, la adaptación al cambio y la resolutividad, entre otras cosas-, sin embargo, como se adelantaba más arriba, las acciones que denotan (por su fuerza locutiva) y ejecutan (por su fuerza ilocutiva) esa anticipación son acciones de comunicación, las cuales en el momento oportuno y repetidas en tiempo terminan por producir la representación de visión a largo plazo como efecto perlocutivo.

Consideración de la salud mental

Este aspecto es para una TENS un aspecto fundamental a la hora de definir una buena comunicación. Ella lo define sobre todo en cuanto a la pregunta por los sentimientos y emociones que se viven en el espacio laboral, para ella un jefe médico debe demostrar preocupación sobre el bienestar de sus trabajadores(as) y contribuir también a la mejora del clima laboral:

Yo creo que es importante siempre prestar atención sobre cómo se sienten los trabajadores y cómo ha estado el turno. Muchas veces consultar eso a la misma jefatura en verdad a veces puede cambiar el día. Ahí uno puede decir “ha estado complicado por esto y por esto” o solamente “ha estado bastante bien en cuanto a los pacientes”. Por ejemplo, en la mañana tuvimos una situación súper desgarradora, que fue que falleció un paciente, en la madrugada. Como que eso afecta todo el turno para adelante, para algunas un poco más, para otras un poco menos, para mí un poco

menos porque la paciente no la conocí muy bien, pero en sí crea un énfasis un poco oscuro en el servicio. Tenemos una jefatura administrativa, quien nos preguntó por lo menos cómo estábamos, y la verdad eso cambió todo, porque estábamos con pesar. Para mí fue un gesto bonito. Hacer solo eso es increíble que pueda cambiar todo.

(Patricia, TENS, 4 años de experiencia en la unidad)

De esta forma, la consideración del estado mental de los trabajadores(as) al -en términos pragmáticos- preguntar directamente por él, sobre todo luego de momentos sensiblemente difíciles en el trabajo, es entendida como una preocupación positiva de la jefatura. Esto demuestra ser no solo un buen gesto humano de ética, sino también un regulador del clima laboral.

En síntesis, las características que estos trabajadores(as) señalaron en relación con el liderazgo y la comunicación fueron la empatía, la resolutivez, el liderazgo mismo, ser criterioso, la equidad, la valoración del trabajador(a), la visión del presente, la visión a largo plazo y consideración de la salud mental. Todas estas características son integradas en las definiciones de liderazgo de diferentes autores, entendiendo este siempre como la influencia ejercida por la jefatura para poder guiar a los equipos hacia el logro de objetivos, los cambios y la superación de desafíos, en definitiva, hacia una estrategia y una forma de trabajo (Heifetz, 2009; González Castillo et al., 2023). Todas estas características, y algunas definidas como habilidades, se ejercen (Garay Madariaga, 2010) y se construyen (de Vries et al., 2009; Fação, 2022) a través de la comunicación. La importancia aplicada del liderazgo es que, según una revisión sistemática de González Castillo et al. (2023), este beneficia la gestión hospitalaria de modo estratégico, pues mejora el trabajo tanto para trabajadores(as) como para los pacientes.

d. Perspectivas respecto de la estructura de la organización del hospital

Los trabajadores(as) participantes de este estudio de caso profundizaron una gran parte del tiempo de las entrevistas y de los focus-groups sobre aspectos de la comunicación de sus jefaturas en directa relación con la estructura de la organización del hospital. Aquí se entiende lo estructural, a partir de Lévi-Strauss (citado en Bilbao, 2021), como la lógica interna de un sistema social que permite sus condiciones de reproducción y cambio, tales

como la distribución del poder en instituciones, jerarquías y clases, etc., las relaciones sociales fundamentales y el pensamiento organizador del mundo o de la realidad. En este caso, el sistema es el hospital y su lógica interna expresada en las definiciones de buena comunicación es principalmente el conjunto de las relaciones poder y de cooperación, las cuales, para estos TENS, enfermeras y médicos son, en términos positivos, la participación, la jerarquía y la igualdad de trato entre estamentos.

Participación

En general, en las entrevistas individuales, una TENS y un médico representan a la participación como un elemento clave de la comunicación de parte del jefe médico. Estos profesionales concuerdan en que un buen jefe médico debe promover la participación con su equipo de trabajo, en el sentido de que el equipo participe de las decisiones que les conciernen y que tienen que ver con sus derechos laborales, así como para que este entienda las instrucciones y el sentido de las decisiones.

En primer lugar, Patricia, TENS, ahondó varias veces respecto de la participación, sobre todo en cuanto a la toma de decisiones sobre asuntos que les conciernen directamente. Uno de estos momentos fue el siguiente:

Es necesario consultar por turnos extras a la hora de colocarlos en base a las licencias. Habíamos tenido problemas porque, no sé si era la jefatura aquí, pero ponían los turnos sin consultarle a las TENS, entonces, para nosotras que somos más jóvenes y tenemos más tiempo, por decirlo así, si nos ponen turnos de repente uno dice “ya, asumo no más”. Pero hubo conflictos porque se ponían sin siquiera consultar, como que, si uno tenía libre un día domingo, pám le ponían un largo completo. Entonces, claro, eso sería algo positivo, como siempre consultar primero a las personas y de ahí colocar el turno.

(Patricia, TENS, 4 años de experiencia en la unidad)

En la cita anterior también podemos interpretar que la *jerarquía* interfiere en esta forma de comunicación sin participación, ya que la decisión en el tema señalado se toma de manera unilateral por parte de la jefatura, aun cuando afecta el tiempo libre de la trabajadora.

Este tema, la *jerarquía*, devino uno de los conceptos más reiterados explícita e implícitamente por todos los grupos de trabajadores como elemento característico de la *mala comunicación*, el cual se tratará en el apartado respectivo.

Sin embargo, la misma trabajadora relata que en otros momentos de la comunicación laboral dentro de esta unidad se permite una participación adecuada. Específicamente, se refiere a las reuniones generales programadas, que, si bien se revela que son pocas, ella valora positivamente la participación allí:

La última reunión fue en marzo [la entrevista se llevó a cabo en julio]. Esa vez, se habló con todo, con un buen modo, con buena relevancia también, porque se abordaron los temas y al mismo tiempo se dejó preguntar dudas, a todas nosotras, a las enfermeras, a las TENS, cualquiera pudo consultar alguna duda y creo que no hay ninguna que haya quedado volando en ese instante.

(Patricia, TENS, 4 años de experiencia en la unidad)

Luego, respecto de las instrucciones diarias sobre procedimientos y modificaciones, que son uno de los eventos comunicativos más frecuentes en el ámbito hospitalario, la trabajadora expresa una representación de “falta de conversar” para plantear dudas, aunque señala que esto no se replicó en la última reunión general:

- Investigador: ¿No echas de menos de repente tener espacios para conversar? Digo, los instructivos, los cambios... ¿O basta que te los informen?
- Patricia: Claro, faltaría conversar, porque quizás hay muchas que se quedan con dudas igual, pero quizás nunca se preguntan en el momento, porque “ah, ya, esperemos a ver qué pasa con esto, o cómo es que funciona”, por ejemplo.
- Investigador: ¿A ti te ha pasado alguna vez en una reunión de haberte quedado con alguna duda y no haberla preguntado? Por distintas razones.
- Patricia: En la última no, es más, hice hasta preguntas, así que no... no sentí que haya quedado algo volando por el aire.

(Patricia, TENS, 4 años de experiencia en la unidad)

En segundo lugar, la participación también es uno de los elementos constitutivos más importante de la buena comunicación para Consuelo, médico, desde su perspectiva individual. Ella la representa así:

Mira, yo creo que una característica positiva de la comunicación de la jefatura es que sea participativa con su equipo, en el sentido de que vaya informando del quehacer de su unidad y que pida la participación en todos los aspectos del equipo: en la toma de decisiones, en algún cambio que se vaya a generar, en algún proyecto. Creo que es súper importante que sea participativo, eso para mí es una característica positiva.

(Consuelo, médico, 40 años de experiencia en la unidad)

Esta médico señala que la participación es crucial tanto en la información que se entrega -para que todos estén al tanto del trabajo de la unidad en un momento dado, como en la toma de decisiones y en los cambios a implementar.

Como puede verse, ambas trabajadoras estiman a nivel individual que la participación es un elemento esencial de la comunicación en la unidad estudiada. En síntesis, ellas piden, por un lado, ser informadas directamente de todos los antecedentes necesarios para su trabajo y del funcionamiento de la unidad y, por otro lado, participar en la toma de decisiones de los asuntos que las conciernen.

Por otra parte, a nivel colectivo en los grupos focales los distintos estamentos de trabajadores de la unidad también representaron la participación como un elemento constitutivo de la buena comunicación. En general, los trabajadores(as) representan que para que exista una buena comunicación de parte del jefe médico, este tiene que saber escuchar a su personal, comunicar decisiones y generar discusión al respecto, conociendo así a su equipo, para evitar una relación autoritaria.

En primer lugar, Andrea y Denisse, participantes del grupo focal de TENS mencionaron, uno tras otro, la cordialidad, el respeto, la escucha, la cercanía y la participación como un conjunto que constituye la base para definir la buena comunicación de parte de una jefatura. Estos elementos se ven interrelacionados entre sí en el discurso de las dos TENS, de manera que forman una especie de sistema. En palabras de ellas mismas:

- Andrea: Una buena comunicación es un trato ameno, cordial, respetuoso, donde ambas partes se escuchen, de igual forma se pueda, por ejemplo, tener una

recepción cuando uno quiera decir algo, también cuando uno quiera decir algo pero también cuando se lo quieran decir.

- Denisse: Una buena comunicación sería, como decía mi colega, un trato cordial, respetuoso, donde se escuchen todos los estamentos, también, donde estén involucrados todos los estamentos y la jefatura tenga una cercanía con todos los estamentos como para poder, no sé, aclarar dudas, puntos. Eso para mí sería una buena comunicación.

(Denisse, TENS, 25 años de experiencia en la unidad)

Como puede verse, ambas TENS, al igual que muchos otros participantes de esta investigación, ligan de manera indisoluble la cordialidad y el respeto entre sí como constituyentes de una buena comunicación. Es decir, ser cordial es la principal forma de mostrar respeto. Aunque estas TENS no los definen, basado en el uso común de estos conceptos en el español chileno puede decirse que la primera se refiere principalmente a la forma de la comunicación, mientras que el segundo trata sobre todo del contenido de la misma. Efectivamente, si nos fijamos en las definiciones de una y del otro en el diccionario RAE (2024), por un lado para “cordial” este señala en primer lugar “que tiene virtud para fortalecer el corazón” y, luego, “afectuoso”; por otro lado, “respeto” es definido en dicho diccionario como “miramiento, consideración, deferencia, cortesía, estima”. De esta manera, las dos TENS de las citas precedentes construyen una definición de la buena comunicación de una jefatura como aquella que tiene una forma cordial, un contenido que expresa respeto en tanto que consideración y estima donde, gracias a la cercanía producida por la jefatura, ellas tienen la oportunidad de ser escuchadas en cuanto a sus opiniones y requerimientos. De este modo, ellas pueden participar de la comunicación en tanto que diálogo colectivo y no ser limitadas solo a escuchar instrucciones e información.

En segundo lugar, el caso de las enfermeras, la participación es definida por ellas a partir de ejemplos como opinar sobre la información que se les entrega y que esta opinión sea incluida en las decisiones en las que ellas están involucradas. Así lo plantean Dominique, Anastasia y Bianca:

- Dominique: (...) para mí un buen jefe, una buena comunicación con la jefatura, me importa que comuniquen las decisiones. Que escuche a las personas con las que trabaje y que también sea capaz de preguntar.

-Anastasia: No sé si sería algo el tema de la escucha activa, como la retroalimentación de la conversación...

-Investigador: ¿Qué entiendes por escucha activa?

-Anastasia: Que... que en la conversación no salga con otra conversación, que sea atingente a lo que estamos conversando.

-Investigador: ¿Cómo una señal de que si te estoy escuchando?

-Anastasia: Sí, y como la retroalimentación lo mismo, como algo que certifique que ambos llegaron al mismo punto de vista, no que cada uno entendió lo que quería.

-Bianca: Y lo otro es, escucha, escucha activa y que ellos sepan escuchar opiniones, de repente “no estoy de acuerdo con esto”, que estén dispuestos a una escucha activa hacia todo el personal, a las opiniones del resto, no solo “esto es así y tiene que ser así”.

(Dominique, enfermera, 12 años de experiencia en la unidad; Anastasia, enfermera, 2 años de experiencia en la unidad; Bianca, enfermera, 19 años de experiencia la unidad)

Bianca en este último punto hace referencia a que el jefe médico debe incentivar la participación y la discusión. Lo contrario de la participación se representa como una posición autoritaria cuando se está comunicando. Sobre lo mismo, Dominique y Camila refieren:

-Dominique: Porque si bien soy jefe de un lugar, estoy inserto en este, hay cosas que le competen a todos. Por ejemplo, “oye voy a cambiarle la oficina a las enfermeras. Cecilia, ¿dónde te gustaría que fuera tu oficina?” o “tengo esta y esta opción”, pero no te diga “te vas para allá”. Son cosas pequeñas pero que sí influyen.

-Camila: Por lo que hacen, de repente no dejan hablar, cuando ocurre alguna circunstancia solo como que ellos tienen la razón, lo que uno opine o lo que uno diga no lo consideran.

(Dominique, enfermera, 12 años de experiencia en la unidad; Camila, enfermera, 10 años de experiencia en la unidad)

Por otro lado, Bianca hace hincapié en la participación a nivel social de las jefaturas médicas. En este sentido, indica la importancia de que el jefe se relacione con los trabajadores de su equipo para tener una buena comunicación:

-Bianca: (...) poca comunicación verbal, he visto jefaturas que no conversan, ni se conocen con su equipo. Es como que están entre ellos y no conocen la vida del resto de las personas, incluso compartiendo años. Entonces, eso, de conocerse, en el trabajo en equipo, que de repente hay médicos que ayudan a todos y otros que como que ya y se van, y no se genera este vínculo que es tan necesario sobre todo cuando uno atiende pacientes, en mi caso grave, que necesitamos un buen trabajo en equipo.

(Bianca, enfermera, 19 años de experiencia la unidad)

Esta última TENS agrega un punto pragmático perlocutivo importante. Ella señala que participar de la comunicación diariamente permite que el equipo se conozca y, de esa manera, genere un buen trato al interior de sí y con los pacientes.

En tercer lugar, uno de los médicos, Paulo, relata que tuvo una jefatura médica que él caracteriza como positiva, destacando que esta persona estaba dispuesta a discutir con el personal si existían dudas o problemas. Define así que la comunicación era participativa con los miembros del centro de salud:

Si, yo creo que en mis dos últimos años en mi experiencia en *** (otro lugar de Chile), me toco un jefe que era un colega, de hecho, menor que yo, pero que en ese sentido era súper como veraz, decía las cosas puntuales, tal cual, abierto a la discusión si es que el resto no estaba de acuerdo. Y si había algo personal, se dirigía de forma individual como a la otra persona y siempre con respeto, pese a que era chico tenía como hartas habilidades para liderar. Lo podría tomar a él como una jefatura médica que me dejó como una buena experiencia

(Paulo, médico, becado de la unidad)

En síntesis, tanto desde las representaciones individuales de los trabajadores como desde las representaciones colectivas de los trabajadores, es fundamental para una buena comunicación que el jefe médico incentive una participación activa en el equipo de trabajo, en el sentido de saber escuchar, tomar decisiones en forma conjunta y generar discusión, evitando una posición autoritaria con el personal. Así mismo, se infiere que, por la estructura jerárquica del hospital, son las jefaturas quienes tienen la posibilidad de abrir la participación

de la comunicación dentro de su unidad en aquellos temas donde está aún no se produce. La participación trae como efecto perlocutivo una mejor relación entre los miembros del equipo, la cual les permite a estos, a la vez, brindar un mejor trato a los pacientes.

Jerarquía

A nivel individual, a diferencia de las TENS y las enfermeras, que en mayoría representan negativamente la jerarquía -razón por la cual se incluye mayormente en las *Representaciones de mala comunicación-*, Alexis, médico, señala, en primer lugar, que la jefatura debe saber ejercer su jerarquía. Esto es luego reconceptualizado como autoridad, con el objetivo de poder ordenar el trabajo, como puede verse en la siguiente cita:

- Alexis: Lo que pasa es que el jefe tiene que mostrar que es jefe en definitiva... y eso significa también tener un... que uno le tenga respeto. Y que, ese respeto sea ganado, casi como una dictadura, sobre todo en estos ambientes donde hay mucha gente y necesitamos ordenar. El jefe ahí tiene que tener una jerarquía para poner en orden la situación. Y eso muchas veces también hace que no les guste a todos, pero uno por el respeto al jefe el “amén” no más po.
- Investigador: Se puede decir que “jerarquía” es como que sepa ejercer la autoridad.
- Alexis: Eso.

(Alexis, médico, 16 años de experiencia en la unidad)

Al principio parecía que el profesional se refería al liderazgo que infunde una jefatura, es decir a la influencia que esta puede ejercer sobre los trabajadores(as) y que tiene como efecto la adhesión hacia su proyecto de trabajo. Sin embargo, a continuación, él se refiere explícitamente al ejercicio de la jerarquía, la cual luego, en diálogo con el investigador, reconceptualiza como “saber ejercer la autoridad” con el objetivo de ordenar el trabajo. Aquí se interpreta que lo anterior no significa que el médico esté avalando los malos tratos de parte de la jefatura, sino que esta última sepa tomar las decisiones -si bien es cierto, unilaterales- adecuadas en el momento oportuno para organizar de la mejor forma posible el trabajo de la unidad. Esto se relaciona en alguna medida con el “ser criterioso”, que es mencionado por otro médico.

Igualdad de trato entre estamentos

Con estamentos nos referimos por lo menos a los tres grupos de trabajadores(as) aquí investigados, es decir, TENS, enfermeras y médicos -además de administrativos, técnicos y auxiliares-. Este trato igualitario fue referido y representado por una enfermera como el trato recibido a través de la comunicación y tiene que ver con la consideración de unos y otros y el ser tratadas de manera igualitaria con una comunicación transversal:

- Investigador: Si tuvieras que elegir uno, ¿cuál elegirías?... en el que tu dijeras “esta variable todas las jefaturas médicas tendrían que considerarla...”, ¿cuál sería?
- Roxana: (Luego de meditarlo) ... Yo creo que “la consideración”.
- Investigador: Ah mira, consideración.
- Roxana: Sí, como que nos consideren a todos, como casi iguales, a las chicas, sobre todo, a las TENS. Es súper importante eso, que no las vean como menos.

(Roxana, enfermera, 10 años de experiencia en la unidad).

Esta representación de “consideración” como requisito de una buena comunicación por parte de la jefatura se refiere más bien, como profundiza luego la enfermera, a ser incluidas y tomadas en cuenta en la misma medida que los demás trabajadores(as), especialmente respecto del estamento de las TENS. La no consideración o exclusión de ciertas instancias y formas de comunicación es interpretada como “ser vistas en menos”, lo cual hace directa referencia a la jerarquía de la organización y la cultura de trabajo hospitalario.

En síntesis, TENS enfermas y médicos incluyen en su definición de una mala comunicación de parte de una jefatura los aspectos estructurales de participación, la jerarquía -en tanto que ejercicio resolutivo y oportuno de sus funciones de gestión- y la igualdad de trato entre los estamentos. Estas son las condiciones que, en este caso, permiten la mantención del sistema del hospital tal cual e inhiben su cambio. Como se puede ver, estos trabajadores(as) esperan aumentar su participación en la comunicación y así en las decisiones de los asuntos que les competen técnica y laboralmente, al mismo tiempo que la jefatura cumpla sus funciones cuando corresponde y que, además, tenga un trato comunicacional igualitario para con los distintos estamentos.

Finalmente, sobre la definición y representación de buena comunicación se puede sintetizar que, en general, para los distintos estamentos de trabajadores de la unidad estudiada esta se compone de principios fundamentales de la comunicación, de competencias de comunicación, de características relacionadas con el liderazgo y de perspectivas respecto de la estructura de la organización del hospital que se reafirma y construye mediante la comunicación. Entre los primeros resaltan el respeto, ser escuchados(as) y que la jefatura esté presente para poder dialogar con ella, como condiciones mínimas para que exista una buena comunicación laboral.

Sobre las competencias comunicativas los trabajadores(as) mencionan sobre todo la entonación adecuada ligada igualmente al respeto, así como la asertividad y la claridad relacionada con el diálogo y la confirmación de comprensión por parte de los trabajadores(as), que son quienes reciben las indicaciones para echar a andar los procedimientos.

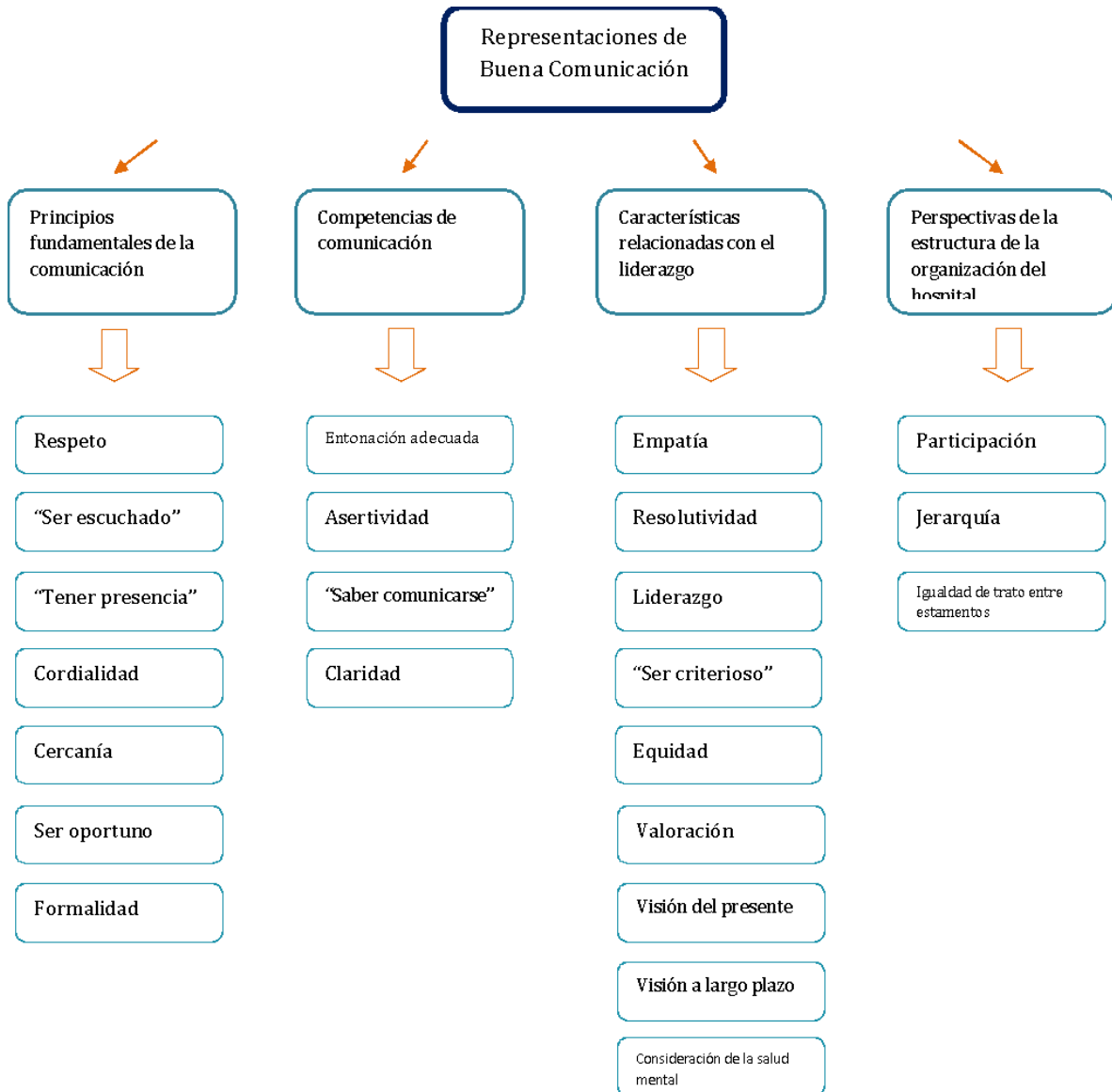
Por otra parte, las características ligadas al liderazgo son numerosas y parece haber una necesidad urgente de ellas, entre las cuales sobresalen la resolutiveidad, la equidad, la valoración de los trabajadores(as) y una visión general y estratégica del trabajo de la unidad en un momento dado.

En cuanto a las perspectivas sobre la estructura de la organización del hospital, las y los participantes hacen referencia principalmente a la participación, que también remite a la práctica del diálogo y que tiene el objetivo de poder transmitir en un ambiente receptivo sus requerimientos sobre aspectos técnicos y laborales que les competen.

Todos estos elementos en sus distintas subcategorías permiten construir una representación general de lo que para estos trabajadores(as), según sus experiencias, es una buena competencia comunicativa pragmática, en tanto que usos de la comunicación con efectos subjetivos y prácticos pertinentes desde la jefatura en el contexto laboral.

Finalmente, en la página siguiente se muestra un esquema que resume este apartado de resultados, exponiendo los distintos temas emanados como códigos de esta categoría de representación y ordenados en las subcategorías que se han expuesto.

Imagen 2. Síntesis de Representaciones de Buena Comunicación:



IV.3. Representaciones de *Mala Comunicación* en una jefatura

a) Bases fundamentales de la comunicación

De manera semejante a en el subcapítulo anterior, en este apartado se incluyen los elementos que, tanto desde la teoría como desde la perspectiva de los sujetos de estudio, se consideran como las condiciones fundamentales para definir una mala comunicación de parte de una jefatura el contexto laboral hospitalario, a partir lo relatado en las experiencias de las y los participantes.

La falta de instancias de comunicación:

En primer lugar, a nivel individual la falta de instancias de comunicación es la característica de *la mala comunicación* que más reiteraron -siete veces- las dos TENS entrevistadas individualmente a partir de sus experiencias con diversas jefaturas hospitalarias. Se refieren precisamente a una falta de momentos de comunicación tanto planificados como espontáneos en el contexto laboral, los cuales son fundamentales para que haya comunicación. Esto parece deberse, en parte, a aspectos estructurales del hospital y de la organización típica del trabajo en salud, al mismo tiempo que parece estar ligado con la competencia comunicativa pragmática de las jefaturas como habilidad profesional. Finalmente, se observa que esta situación produce efectos subjetivos y prácticos negativos en el trabajo de las TENS. El contexto general queda claro en la siguiente cita:

En una entrevista individual una de las TENS señala que en algunos temas predomina la información por e-mail por sobre la comunicación presencial. Esta no es representada del todo positivamente por el efecto de abundancia y dificultad de lectura que produce, como se puede observar en la siguiente cita:

- Investigador: ¿Hay mucha información, hoy día, a través de mail versus la comunicación directa humana?

- Angélica: Sí, porque llegan las circulares, entonces todo eso lo mandan por correo y a veces uno no los lee, a no ser que sean importantes para uno... Por ejemplo, hay capacitaciones que de repente no llegan y de repente dicen “chicas no fueron a la capacitación” y no tenemos idea. Y, a veces sí, con conversaciones simples se arregla todo. Yo creo que de repente falta un poco de decir “chicas reunámonos aquí y en cinco minutos lo resolvemos”, en vez de un correo electrónico que a veces uno no lee

(Angélica, TENS, 25 años de experiencia en la unidad)

Esta característica de la representación de *mala comunicación* indica que existen pocas instancias de comunicación y que, las que existen, son más bien para informar que para dialogar. Esta situación puede tener razones tanto estructurales que tienen que ver con la jerarquía del hospital y con la forma típica de organización del trabajo en salud, al igual que con competencias profesionales propias de quienes ejercen las jefaturas, temas que son tratados más adelante en este subcapítulo.

En segundo lugar, a nivel colectivo en los focus groups también se hizo referencia a la falta de instancias formales y periódicas de comunicación. Fueron nuevamente las TENS quienes la mencionaron a modo de crítica de la siguiente manera:

- Beatriz: Tener mayor comunicación, un jefe médico si estamos hablando, por ejemplo, de este servicio, tener un jefe médico que haga una o dos reuniones dos veces al año, pero con todo el equipo y con todos los estamentos.
- Investigador: ¿Para qué?
- Beatriz: Para informar todo lo que ha sucedido, todo lo que ha pasado, si hay algo relevante que ha pasado en el año...
- Investigador: Espera, ¿para qué?
- Beatriz: Para... para mantener la información, una buena comunicación y ver los puntos relevantes, si hay que cambiar algo. Todo al final se enfoca en un trabajo en equipo.
- Denisse: En pro del usuario porque es eso por lo que todos estamos trabajando, aunar todos los criterios, todas las fuerzas en pro del usuario, del bienestar de ellos.

(Beatriz, TENS, 15 años de experiencia en la unidad; Denisse, TENS, 25 años de experiencia en la unidad).

En la cita precedente se evidencia que las TENS conciben como necesaria una mayor cantidad de reuniones informativas, ya que la comunicación entre ellas y la jefatura médica de la unidad es casi inexistente. Consideran que en dichas reuniones debe participar todo el equipo y deben hacerse evaluaciones de los procesos llevados a cabo, al igual que informar los cambios a venir. En consecuencia, desde sus palabras se infiere que hacer lo contrario, es decir, mantener las reuniones de manera muy distanciada en el tiempo o que sean casi inexistentes, se considera constitutivo de una comunicación mala o deficiente.

La falta de comunicación:

A diferencia del tema anterior, en el que la comunicación no existe porque no existen instancias programadas para este fin, este otro código y elemento de la definición de mala comunicación de parte de los trabajadores(as) se refiere, en primer lugar, a la forma de comunicación en la que más bien solo se informa unilateral y verticalmente desde la jefatura, sin posibilidad de diálogo en el cual se intercambie información para llegar a un consenso. En segundo lugar, se refiere también a la ausencia casi total de comunicación entre algunos estamentos y entre algunos colegas del mismo estamento, pese a que tienen la posibilidad de realizarla porque generalmente trabajan juntos.

A nivel individual, en las entrevistas fueron las TENS quienes mencionaron este código de la siguiente manera:

- Investigador: ¿Conoces la diferencia entre informar y comunicar? Comunicar es, por ejemplo “tienes que hacer a, b y c”, sin posibilidad de réplica. En cambio, comunicar es, básicamente, conversar, dialogar. ¿Aquí se tiende más a informar o a conversar?
- Patricia: A informar sí. Si porque la cita es informada y si se tiene dudas las TENS preguntamos igual.
- Investigador: ¿Y ahí se conversa?
- Patricia: Sí, ahí se conversa.

- Investigador: Pero, si no hubiera pregunta, nos vamos...
- Patricia: Se da información no más.

(Patricia, TENS, 4 años de experiencia en la unidad)

En la cita anterior, sin embargo, la TENS se refiere a las reuniones con su jefatura de TENS. Luego, sobre su contacto específico con la jefatura médica de la unidad, la misma TENS agrega lo siguiente:

- Investigador: ¿Con las jefaturas médicas tú tienes ningún contacto?
- Patricia: No. Nada

(Patricia, TENS, 4 años de experiencia en la unidad).

Como puede verse, entonces, la comunicación formal y programada entre las TENS y la jefatura médica de la unidad es inexistente. Más adelante, en el apartado de Comunicación Indirecta, se verá que la comunicación entre ellas y los médicos en general, que ejercen en la práctica la jefatura en sala sobre los procedimientos, también es escasa. Por esto no es de extrañarse que hayan sido ellas quienes mencionaron este tema.

Luego, a nivel colectivo, en primer lugar, para las enfermeras una mala comunicación sucede también entre los médicos al no comunicarse unos a otros la información suficiente tanto respecto de los pacientes como en general del trabajo. Así lo expresó una de ellas:

Tiene que ser más entre ellos, unidos, yo creo que nosotros, por lo que yo veo, mi experiencia, enfermeras y TENS somos súper unidas, pero veo que los médicos siempre están ahí como “para”, boicoteándose, o hablando detrás en vez de decirse las cosas “hay pero es que hizo esto y dio esta indicación y esto”. Pero díganle. ¿Cómo uno va a mejorar si no te dicen las cosas? Y hablan por atrás, creo que son muy pocos compañeros, algunos más que otros, pero falta mucha unión entre ellos. Es como que llegan a trabajar y se van, no sé, nosotras somos más unidas en ese sentido, tratamos de ayudarnos, de “¿estás bien? ¿Te pasa algo?”

(Bianca, enfermera, 19 años de experiencia la unidad)

Como se puede observar, esta enfermera resalta la falta de comunicación entre los médicos, porque al parecer no están siempre al tanto de todo lo que sucede con los pacientes

que se traspan entre sí. Ella interpreta esto como falta de compañerismo, porque cree que se hace con el objetivo de perjudicarse unos a otros. La enfermera contrapone esta ausencia de comunicación a la buena comunicación que existe entre el grupo de enfermeras y el grupo de TENS del hospital.

Luego, en una línea semejante el médico Jaime enfatiza que para ellos como médicos becados en formación es necesario tener feedback de parte de los médicos especialistas. Indica que de esta forma ellos podrían tener una evaluación de su desempeño y mejorar, lo cual es crucial en su etapa de aprendizaje:

Y también lo malo... nosotros específicamente estamos en una etapa de formación y el feedback, sea bueno o malo, es necesario. Pero siempre he sentido que uno a veces queda en el aire. Mi sensación es que hay poco feedback, o sea todo se mide como en dar tu examen y listo, nos vemos. No es como, no sé po, no es como a los tres meses “oye lo estás haciendo bien, lo están haciendo mal, esto puede mejorar”, como que uno navega acá, vas pasando, pero hay muy poco feedback. Yo hoy día hablaba con la Isabel y ella me decía “me contaron esto de ti”, pero yo jamás me enteré, cachai. Nadie habló conmigo de eso. Eran cosas buenas, pero ahí me hace mucho ruido esto de que no hay un adecuado feedback, eso yo puedo decir de la jefatura.

(Jaime, médico, becado de la unidad)

Soledad, otra médico del focus-group, apoya la crítica de Jaime:

Yo pensaba como en las jefaturas grandes, pero acá por lo menos las jefaturas de *** (nombre de la unidad) cuando dicen algo es como al punto. Con los médicos encargados de la beca es así también, ellos no nos hacen nada más que nuestro examen, hacen el feedback del examen solamente. Debería ser como más, como en las pasadas, si son dos meses al mes deberían decirte algo. “Lo estás haciendo bien” o “lo estás haciendo mal”, “esto no”, porque claro uno después se cae. (...) Con todos los becados han sido, son concisos, por lo general. Es algo como ambiguo igual, porque de repente decimos “ya díganos que podemos mejorar o que está pasando”, pero tampoco hay mucha recepción.

(Soledad, Médico, becada de la unidad)

De esta forma, ambos médicos evidencian la falta de comunicación al interior de la unidad. Ninguno de ellos menciona alguna causa aparente para este hecho. Sin embargo, se puede observar el efecto que esta falta de comunicación produce en ellos: el primer médico señala “quedar en el aire”, lo cual puede interpretarse como abandono o, al menos, indiferencia.

La poca accesibilidad para comunicarse:

Este tema fue señalado en las entrevistas individuales por una TENS y por una médico. En el caso de la TENS, ella lo refirió de la siguiente manera:

Creo que es importante tener disponibilidad ante dudas frente a conflictos, porque muchas veces la jefatura está ocupada haciendo otras cosas, quizá un poco más importante en el ámbito administrativo, pero siempre es bueno tener disponibilidad a la hora de saber si alguien se siente incómodo por algo. Yo, por lo menos, personalmente, nunca tuve problemas directos con alguien del servicio la verdad, pero yo sé que ha habido otros conflictos. Quizás ahí no se tiene la confianza de hablar con jefatura de que se tiene ciertos conflictos con otra persona.

(Patricia, TENS, 4 años de experiencia en la unidad)

La misma participante puntualiza un conflicto sucedido a raíz de la falta de instancias de comunicación, el cual tuvo una consecuencia práctica:

- Patricia: Por ejemplo, este último que fue con esta TENS que se fue, quizás la jefatura se daba cuenta, pero ella no comunicó nada, simplemente faltaba a los turnos y teníamos que asumir nosotras. Entonces, claro, ahí hay otro problema, que se demoró como un mes en darse cuenta que esto estaba mal.
- Investigador: ¿Qué hubieras esperado que hubiera hecho la jefatura?
- Patricia: Conversar con ella desde el principio, desde el primer día en que faltó, por ejemplo, haberle dicho directamente “¿quieres trabajar aquí, o no te gusta y prefieres que te cambiemos a otro lado?”. Pero nunca se conversó eso antes.

- Investigador: ¿Por qué crees tú que las jefaturas no van y conversan estas cosas?
- Patricia: Tal vez porque creen que es un conflicto no muy grande que se va a pasar, tiendo a creer eso.
- Investigador: Es decir, se le resta importancia, aunque haya significado la renuncia de alguien y, en consecuencia, la sobrecarga de ustedes.
- Patricia: sí.

(Patricia, TENS, 4 años de experiencia en la unidad)

Por otra parte, la doctora participante de las entrevistas individuales, luego de mencionar la accesibilidad como elemento de la definición de la buena comunicación, por oposición señaló el ser poco accesible como parte de la mala comunicación de una jefatura. En sus palabras:

- Investigador: Vamos a lo negativo, ¿Qué aspectos hacen que una jefatura sea percibida como alguien que ejerce una mala comunicación?
- Consuelo: Bueno, un poco lo contrario a lo positivo. Que sea invisible, que este en el limbo y que tu no accedas, no tengas opción de acceder a tu jefatura.

(Consuelo, médico, 40 años de experiencia en el hospital)

Esta poca accesibilidad es interpretada por la entrevistada, inclusive, como invisibilidad de la jefatura en la unidad. Este código se opone a Como corolario, ha de interpretarse también como alguien que no es un apoyo efectivo a sus trabajadores(as).

Luego, a nivel colectivo, la poca accesibilidad fue también mencionada por Clara, TENS, como un elemento constitutivo de la mala comunicación en su grupo focal. En palabras de la trabajadora:

Y eso pasa a veces porque también el médico debería, no sé si es la palabra, ser más accesible, porque uno no tiene mucho acceso a las jefaturas médicas como una enfermera, por ejemplo (Clara, TENS, 40 años de experiencia en la unidad).

También en su grupo focal respectivo, para Anastasia, enfermera, una mala comunicación también tiene que ver con la ausencia de la jefatura médica por dedicarse esta exclusivamente al trabajo administrativo y de gestión.

- Investigador: (...) ¿Qué más hace que una comunicación con la jefatura médica sea negativa?
- Anastasia: Que no haya visibilidad, que no se vean, que este siempre en la oficina que no tenga como la posibilidad de ir a conversar o tener alguna duda.

(Anastasia, enfermera, 2 años de trabajo en la unidad)

En definitiva, para todas estas trabajadoras la falta de disponibilidad de una jefatura para sostener comunicación con ellas es constitutiva de una mala comunicación, principalmente porque acentúa la representación de lejanía.

No escuchar a su personal:

A nivel individual fueron las TENS quienes incluyeron este tema en su definición de mala comunicación. En general, este hecho produce la representación de indiferencia e inacción respecto de los requerimientos de los trabajadores, como se ejemplifica en la siguiente cita:

En lo negativo puse “no escuchar a su personal”. Eso sería como algo negativo de una jefatura, cuando uno dice “tenemos cierto conflicto frente a...”. Por ejemplo, en cuanto al material, porque tenemos complicaciones para prestar material, ya que no es lo mismo de vuelta. En el momento que nosotros solicitamos devolución a otras unidades no nos prestan cuando lo necesitamos, sobre todo cuando son solamente para los pacientes. Entonces, la jefatura no escuchaba eso y nada, cargamos nosotros con la responsabilidad.

(Patricia, TENS, 4 años de experiencia en la unidad)

En esta cita vemos que al parecer hubo una instancia donde este problema fue comunicado, pero el requerimiento no fue tomado en cuenta. Recordemos que la omisión, aunque es sinónimo de inacción, también es una decisión, la cual puede estar vinculada a la competencia comunicativa de una jefatura.

“La mala actitud”

Este tema surgió en un grupo focal, específicamente en el de las TENS, donde Beatriz señaló, aunque no en base a su experiencia en la unidad estudiada, “la mala actitud” como constitutiva de una mala comunicación. Ella vincula esta actitud con la expresión evidente de enojo o ira cuando algo molesta a una jefatura. Al respecto ella formula la siguiente situación hipotética que, explícita, no ha visto en su unidad actual:

- Beatriz: Lo otro es cuando toman una mala actitud para comunicar.
- Investigador: ¿Cómo es eso?
- Beatriz: De repente algo que le molesta y lo saca afuera, así como un tanto enojado y se nota, ahí uno puede decir una mala comunicación. Reflejar demasiado la molestia y ya con gritos, yo no lo he visto si acá...

(Beatriz, TENS, 15 años de experiencia en la unidad).

En general, comunicacionalmente se entiende el enojo, en términos lingüísticos, como una enunciación con alto volumen, entonación ascendente y velocidad normalmente rápida, que expresa la molestia de quien la emite y, en el contexto laboral, suele contener un mensaje negativo o de reproche hacia quien la recibe. Se relaciona entonces con el uso de la entonación referido en la *Definición de buena comunicación*.

Canal de comunicación indirecto o informal

A nivel individual, una de las enfermeras incluyó el uso de un canal indirecto como un elemento de la mala comunicación por parte de una jefatura. Ella se refiere específicamente a comunicarse a través de terceras personas en vez de cara a cara con la jefatura. Ella lo representa así:

Pienso, pueden ser dos cosas, una cuando la información no baja, no logra quizás llegar a todos los estamentos porque no hay buenos canales de difusión, es decir, la jefatura transmite un mensaje hacia el equipo médico, pero nadie después logra y transmitir ese mensaje al equipo de enfermería o al de TENS. El mensaje no llega al equipo. Y otro es que haya un mensaje poco claro y que no se logre entender de la

misma manera para todos por la misma razón anterior. Entonces, dicen algo, y no hay nada escrito que te diga “esto tiene que ser así o así”, entonces la gente puede hacer como ellos lo interpretan, y otros pueden hacerlo como ellos lo interpretan. Entonces, que sea poco claro y que no llegue a todos los estamentos.

(Paola, enfermera, 4 años de experiencia en la unidad)

Como esta enfermera lo señala, al igual que las TENS en el tema de Jerarquía, en esta unidad y al parecer en todo el hospital la comunicación desde la jefatura no se produce directamente con su estamento, sino a través de los médicos. En consecuencia, menciona ella, a veces la comunicación simplemente no llega hasta ellas o su sentido es distorsionado. Por este motivo es que el canal indirecto de la comunicación entre los equipos, ya sea por costumbre o protocolo, es representado como un elemento de la definición de *mala comunicación*.

Luego, a nivel colectivo, una de los médicos, Soledad, critica que la comunicación no sea de forma directa o por medio de un canal formal desde el jefe médico. Señala que a veces algunas jefaturas usan medios informales o indirectos, como el de mensajería instantánea Whatsap.

(...) dificultad para entregar mensajes de forma directa, en el sentido de que, no sé, a veces, como que te llega el mensaje directo de tu jefatura, sino que a veces puede pasar esto del telefonito o un whatsapp, y esos no son medios como formales. Ahí pueden generarse muchas complicaciones.

(Soledad, médico)

Aquí puede verse también como las nuevas tecnologías de la comunicación, más que ayudar en los procesos profesionales, pueden también generar problemas ya que no son directas ni formales.

En síntesis, las bases fundamentales que para estos trabajadores(as) caracterizan una mala comunicación son la falta de instancias de comunicación, la falta de comunicación en sí misma, la poca accesibilidad, no escuchar a su personal, hablar con enojo y que el canal de la comunicación sea indirecto o informal. Dado que estos elementos se refieren a bases

esenciales para la comunicación, su existencia impone entonces obstáculos para la calidad de la misma y, por lo tanto, la comunicación que se produce dentro de estos márgenes es representada como negativa o defectuosa. Las principales consecuencias negativas de la incurrencia de estos principios son, desde la perspectiva de los participantes, la falta de trato directo, que estanca las relaciones laborales, la emergencia de conflictos y la persistencia de los conflictos existentes, todos los cuales reflejan una baja presencia de competencia comunicativa pragmática.

b) Competencias de comunicación

Al igual que en el subcapítulo de las representaciones de *Buena comunicación*, en este apartado se presentan las representaciones que las y los participantes del estudio expresaron directamente sobre las competencias de comunicación propiamente tales en el sentido de Pilleux (2001), pero incluyendo la actualización que hacen García Martí et al. (2021), en cuanto a que la competencia comunicativa es el conjunto integrado y aplicado de “conocimientos y habilidades por un emisor que le permiten entregar un mensaje contextualmente adecuado y obtener los resultados esperados” (p. 372), las cuales no son expresadas por los participantes de este estudio en términos lingüísticos, sino más bien en términos laborales o profesionales, ya que las preguntas del instrumento eran abiertas. Las competencias comunicativas señaladas por los sujetos de este estudio, en su definición de mala comunicación, son -primero que todo- la falta de habilidades de comunicación, la falta de formación en comunicación y gestión del recurso humano, la falta de asertividad, la impulsividad y el trato despreciativo.

La falta de habilidades de comunicación:

A nivel individual, uno de los médicos expresó que la falta de competencias comunicativas es frecuente o, más bien que no son un requisito explícito para ser jefaturas:

- Alexis: Hay jefes que están... en general, la gran mayoría de los jefes, están siendo jefes porque no quieren estar trabajando con pacientes. Esa es la realidad de los hospitales.
- Investigador: Por lo tanto, eso no garantiza que esa jefatura tenga las habilidades, las competencias, el conocimiento para liderar y gestionar a otros ¿a eso te refieres?
- Alexis: Hasta donde yo sé, eso no forma parte de los requisitos o no se nota.
Investigador: Eso último que acabas de decir es bien interesante porque ¿Qué hace que un médico quiera ser jefe de servicio?
- Alexis: En general, es gente que no quiso seguir dedicándose a la atención y prefiere el trabajo administrativo por distintos motivos.
- Investigador: Si entiendo bien tú idea, estas habilidades, de ser claro, ordenado, pertinente, suficiente, en el caso de las jefaturas médicas, va a tener que ver estrictamente con el talento personal del médico, pero no son un requisito para ser jefatura.
- Alexis: Claro.
- Investigador: Si tuvimos la suerte que llegó de jefe un médico con capacidad de escucha, ordenado, nos va a ir bien. Si nos llegó un caballero que no...
- Alexis: Exacto.

(Alexis, médico, 16 años de experiencia en la unidad)

Luego, el mismo médico da un ejemplo concreto de una de las situaciones en las que se evidencia la falta de habilidades de comunicación, específicamente la falta de capacidad para enfrentar críticas y luego llegar a consensos:

- En reuniones con la jefatura, cuando hay réplica, en general, ¿los médicos tienden a ser, los que están sentados en la silla, a ser críticos, constructivamente digo, y los que están presentando tienen la capacidad de escuchar?
- Alexis: Eso es variable, depende de la jefatura. En general, los médicos son muy críticos, somos muy críticos. Hay jefaturas que son capaces de enfrentar esa crítica y responderla y generar un diálogo; y otras jefaturas que lo dejan pasar no más, “pasamos a otro tema”... Esto me ha tocado con jefaturas, las dos cosas.

(Alexis, médico, 16 años de experiencia en la unidad)

En general, han sido los médicos quienes han referido esta falta de habilidades de comunicación en las jefaturas médicas, ya que ellos son los únicos que tienen de forma regular contacto directo con la jefatura médica de la unidad hospitalaria.

Falta de formación en comunicación y gestión del recurso humano:

En directa relación con el tema anterior, fueron también los médicos quienes, en su grupo focal a nivel colectivo, mencionaron la principal razón de las pocas habilidades de comunicación de los médicos en general. Esta falta de formación implica también la preparación para dirigir el recurso humano cuando se es jefe. Uno de los médicos expone, desde su propia experiencia como jefe médico en el tiempo de su internado, que esta carencia académica se acarrea desde la universidad, donde por lo general en Chile no existen asignaturas al respecto. Este médico plantea que es necesaria una formación inicial al respecto, en el pregrado, pues no todos tienen las habilidades para empezar como jefe médico:

Sí, yo fui jefe médico de mí... en mi etapa de general de zona, varios años, entonces aprendí un poco de todo esto, a la mala, podríamos decir, porque son complejas las relaciones interpersonales, y uno como médico, al menos en las etapas iniciales, nunca tiene formación respecto a gestión de recursos humanos. Y, más adelante, hay personas que toman ese camino, pero uno en el pregrado, nunca te, no hay un ramo de esto, no existe. Va un poco en las habilidades también de las personas para poder lidiar con las distintas personalidades que hay en el mundo hospitalario, porque, por lo menos yo tenía jefaturas no solo hacia médicos, sino que hacia todo tipo de funcionarios del hospital.

(Jaime, médico, becado de la unidad)

Paulo concuerda con Jaime y relata las dificultades que tienen ellos como recién egresados para liderar a profesionales antiguos. Plantea que, finalmente, aprenden con la misma experiencia que van adquiriendo aun cuando sea de mala forma:

Pero, así como decía Jaime, el tema de que nunca te enseñan ni te explican lo que es liderar, y uno llega recién egresado a un lugar, siendo joven, 25 años, pero tienes que liderar a personas que ya llevan 20 años ejerciendo su trabajo, y hay que saber hacerlo bien y con respeto y todo. Ser líder, pero no ser autoritario, porque nadie va a pescar a alguien que está recién como egresado. Es súper difícil ese equilibrio y yo creo que la mayoría de las veces uno aprende a porrazos. Es difícil.

(Paulo, médico, becado de la unidad)

Jaime continúa con este tema, explicitando que el jefe médico, al no tener capacidad de gestión humana, de liderazgo, tiende a adquirir muchas responsabilidades y eso provoca desorden en su gestión:

Y, finalmente, yo creo que una de las cosas que afecta al médico per se, más aún al que tiene jefaturas, es que, al no tener habilidades de gestión por la formación, se hace difícil gestionar recursos humanos de forma efectiva, entonces termina acaparando y eso me parece, al menos lo que yo veo, acaparando muchas funciones extras de más allá de las que pueda resolver. Al menos yo siento que con nuestros jefes pasa eso, están todo el día corriendo, pa allá, pa acá, viendo pacientes, viendo cosas de la beca, coordinando reuniones, coordinando exámenes, y termina siendo desorganizado.

(Jaime, médico, becado de la unidad)

Esta misma desorganización que tiene el jefe médico en su gestión, según Jaime, afecta la información y la comunicación con el personal médico:

Eso yo creo que afecta el feedback, afecta el traspaso de comunicación, la información verídica, la información que sea concordante entre todas las personas que involucran hacia nuestra jefatura, digamos, que uno dice la jefa de la beca, pero en verdad también hay personas que están entre medio. Y ese yo siento que es el problema de las jefaturas médicas, que es el que mucho abarca, poco aprieta.

(Jaime, médico, becado de la unidad)

En sintonía con Jaime, Paulo agrega que para todo jefe médico es esencial tener habilidades blandas para la gestión del personal a cargo. Plantea como autocrítica cuando fue jefe no haber tenido las habilidades necesarias para poder resolver conflictos:

Lo otro, es el poco desarrollo de habilidades blandas, siento que se da mucho y llega a ser... llama la atención porque es una carrera muy humana igual, pero pasa mucho, y el médico muchas veces cae por tener pocas habilidades blandas a la hora de ser líder. Yo creo que todos los hemos visto, pero a mí, yo estuve de zona seis años en Futaleufú, y me tocó a mí vivirlo, no haber tenido las habilidades blandas cuando eran necesarias, y verlo igual en otros colegas, como conflictos que son súper manejables, pero uno pierde como las riendas del conflicto y se terminan en algo que no debería haber sido, solo por el hecho de haber tenido poca empatía, o no haber usado las palabras adecuadas, cosas básicas

(Paulo, médico, becado de la unidad)

Jaime terminó resumiendo su idea sobre la falta de formación en comunicación y liderazgo de recurso humano con una dicho de sabiduría popular que aplica perfectamente a esta situación. Esta es, como todas las citas seleccionadas en esta investigación, una representación social cognitiva en tanto que conocimiento sobre la realidad cotidiana. Pero este conocimiento está lejos de ser solo un “conocimiento popular” sin fundamento, ya que muchas de investigaciones citadas en el Estado del Arte de este estudio confirman que la formación en comunicación y liderazgo es trascendental para los médicos, razón por la cual muchas universidades alrededor del mundo -con excepción de la mayoría de las chilenas- incluyen asignaturas de dichos temas en los estudios de pregrado en medicina.

La falta de asertividad

A nivel individual, para Soledad, médico, un signo de mala comunicación de parte del jefe médico tiene que ver con la actitud un tanto alterada aun cuando no hay un evento complicado, lo cual puede interpretarse como falta de asertividad:

Comprender la magnitud de los problemas, o sea, como en base en que estamos en un ambiente hospitalario, más que todo como todo lo hace como en base a la jerarquización, por así decirlo, al triaje, hablar a voz como si tuviéramos una urgencia. En un ambiente más controlado, pero como viéndolo del punto de vista médico, pudiera gestionarlo mejor de esa forma.

(Soledad, médico, becada de la unidad)

Esta representación cognitiva del médico es un llamado a la asertividad en la forma, ponderando la gravedad de las situaciones.

Luego, a nivel colectivo, en oposición a la inclusión de la asertividad en su definición de buena comunicación, uno de los médicos, Jaime, enfatiza que los jefes médicos deben abogar por una relación de confianza con el personal, sin adquirir posturas combativas, pues eso demuestra una falta de asertividad en su comunicación:

Cuando las jefaturas toman una postura más combativa, fracasan, no siempre, en la mayoría de las veces. Eso, en mi experiencia (Jaime, médico, becado de la unidad).

En general, la asertividad suele ser una habilidad que se expresa en positivo, razón por la cual no hubo mucha profundización en ella a la hora de definir la mala comunicación de parte de una jefatura.

La impulsividad:

Este concepto fue referido por una enfermera en el focus-group de su estamento como un elemento que define la mala comunicación en la forma de expresarse y de tomar decisiones desde las jefaturas. Ella lo mencionó a partir de su experiencia, como sigue:

Impulsividad y apuro considero yo en la mala comunicación. Lo he visto igual. A veces, por querer ser muy efectivos y eficientes, se tiende a veces a cometer errores, no en un procedimiento ni nada, pero sí se cometen errores en la comunicación en el fondo,

porque se apuran demasiado para hacer ciertas cosas y después queda todo desordenado y eso sí genera un conflicto, por lo menos en mi área.

(Corinna, enfermera, 1 año de experiencia en la unidad)

Aunque no la refiere respecto de la toma de decisiones en asuntos cruciales, la enfermera señala que la impulsividad en la comunicación representa esta última de manera negativa. Esto se debe principalmente, según sus palabras, a que la impulsividad produce desorden en la comunicación y luego eso mismo genera conflictos. En consecuencia, esto forma también parte de la máxima de Modo de Grice (1975), pero fue referido por la TENS aparte en la definición de *Mala Comunicación*.

El trato despreciativo:

Este tema fue relatado por una de las TENS en un grupo focal, es decir, en la instancia colectiva, a la hora de definir una mala comunicación. Ella relató una experiencia negativa en cuanto al trato comunicacional que recibió una vez de parte de una antigua jefatura, cuando ella comenzaba su carrera en el hospital, que ella juzga como un trato despreciativo.

- Clara: Usted ya lo vio. Me parece que se llamaba doctor Rivas, justo yo llegué a su jefatura, entonces la enfermera jefa me trajo para presentarme donde él, porque ella, no sé, a mí me fue bien en el curso que yo hice, saqué puntaje sobresaliente y ella me trajo para acá contenta con la adquisición que ella había hecho conmigo porque ella me hizo clases, ella consideraba que yo era un aporte al servicio. Entonces ella me dijo “límpiame los zapatitos” y me trajo para acá, y le dijo “ella se llama tanto” y el hombre me dice “bueno, espero que no sea como escoba nueva que barra bien y con los años barra con el chongo”, me dijo. Yo tenía 20 años y eso me dijo.
- Investigador: Esa expresión, no es una buena comunicación, entiendo. ¿Qué tiene que juzguemos que es una mala comunicación?
- Denisse: Un trato déspota. A lo mejor lo que él quiere emitir quiere dar a entender, lo entiende la persona, o sea al final si logra una buena comunicación...
- Clara: Es que yo creo, no es tanto lo que me dice, si no las palabras que usó y la forma...

- Investigador: ¿Qué tenía la forma? ¿Cómo era la forma?
- Clara: Lo encontré un tanto despreciativo, porque a lo mejor me hubiera dicho “ah, bienvenida, ojalá que trabaje bien y con los años no cambie”, podría haber sido.

(Clara, TENS, 40 años de experiencia en la unidad; Denisse, TENS, 25 años de experiencia en la unidad).

La situación referida en esta última cita representa el abuso de la jerarquía por parte de la jefatura para utilizar palabras inadecuadas. Interpretativamente, se puede decir que esa enunciación transmitió desprecio o, más precisamente, cosificación, porque compara a la TENS con un objeto de limpieza. También refleja una actitud pesimista respecto de la trayectoria laboral de la trabajadora, la cual es, en definitiva, poco alentadora. Al final ella agrega que tanto la forma como el contenido de ese mensaje fue percibido por ella como desprecio.

En síntesis, los temas mencionados por estos trabajadores(as) en relación con las competencias de comunicación en sus definiciones de mala comunicación son la falta de habilidades de comunicación, la falta de formación al respecto, la falta de asertividad, la impulsividad y el trato despreciativo. El segundo tema parece ser evidentemente la causa del primero y, en general, de la baja presencia de competencias comunicativas en las jefaturas médicas que han tenido los participantes. Efectivamente, como se documentó en el Estado del Arte, son pocas las universidades chilenas que incluyen asignaturas de comunicación y gestión del recurso humano en las carreras de medicina. Esto fue también confirmado por los médicos del estudio. Lo anterior lleva a malas experiencias por parte de los trabajadores(as) subordinados, quienes, en consecuencia, representan la ausencia de estas competencias como una mala comunicación.

c) Características relacionadas con el liderazgo:

Al igual que en el subcapítulo anterior, aquí se incluyen las características relacionadas con el liderazgo en tanto que capacidad y práctica de una jefatura para movilizar los intereses de la organización en sus trabajadores a través de la influencia (Heifetz et al., 2009), y específicamente a través de la satisfacción, la motivación y la confianza proyectadas por esta (González Castillo et al. 2023, todo lo cual se construye a través de la comunicación (Garay Madariaga, 2010). Las características ligadas al liderazgo que las y los participantes del estudio mencionaron en su definición de mala comunicación son, en suma, la poca resolutivez, la comunicación no vinculante, la inconsistencia de la información, desligarse de cierta responsabilidad y la falta de anticipación, cada una de las cuales se detalla a continuación.

La poca resolutivez:

A nivel individual, las enfermas y los médicos mencionaron en entrevista que una mala comunicación es aquella que se caracteriza por la poca resolutivez. En general, se requiere que una jefatura sepa tomar decisiones operativas, pueda organizar, defina y resuelva conflictos.

Roxana, enfermera, expresa este tema de la siguiente manera:

Yo puse la comunicación poco resolutivez, porque para nosotros es muy importante. Es decir, que si una presenta un problema la jefatura tenga una respuesta lo más rápido posible, en el fondo, para que ese problema se pueda solucionar pronto y de forma eficaz.

(Roxana, enfermera, 10 años de experiencia en la unidad).

Como señalaba tempranamente un estudio de salud primaria, “la resolutivez, en definitiva, consiste en convertirse individual y colectivamente en un sistema inteligente, capaz de extraer comprensión de la información y de hacerla significativa para resolver problemas (Turabián Fernández & Pérez Franco, 2003, p. 298). En otras palabras, la resolutivez se expresa pragmáticamente en las decisiones basadas en el conocimiento y la comprensión de los problemas que permiten resolverlos. En consecuencia, la ausencia de resolutivez es para esta enfermera representada como parte de una mala comunicación.

Este elemento fue también señalado por la médico Consuelo como un elemento definitorio de la *mala comunicación*, expresada en un comportamiento “pusilánime”:

- Consuelo: Lo otro que yo, puede ser una característica mía en realidad, hay algo que yo no soporto, es que sea pusilánime.
- Investigador: Mira.
- Consuelo: Que sea un jefe que este ahí.
- Investigador: Dame una vuelta.
- Consuelo: Pusilánime yo entiendo una jefatura que no, que está sentado ahí pero que no define nada, que está bien con todos, el que llega y acoge, el que te recibe, te dice “si, vamos a hacer esto, no vamos a hacer lo otro”, te vas y va otro con una postura completamente opuesta y le dice exactamente lo mismo, entonces se mantiene ahí.

(Consuelo, médico, 40 años de servicio en el hospital)

Con lo anterior ella se refiere a lo que coloquialmente se entiende como “quedar bien con todo el mundo”. Esto en la práctica consiste en evadir las discusiones, acción que puede ser también reflejo de una mala competencia comunicativa, ya que no se es capaz de enfrentar asertivamente las discusiones. Finalmente, esto hace que la comunicación sostenida lleve a representar a la jefatura como poco resolutive.

Luego, a nivel colectivo las enfermeras Bianca y Anastasia incluyen también como un aspecto de mala comunicación la poca resolutive para tomar decisiones y para buscar soluciones a conflictos desde la jefatura médica. Ellas lo representan así:

- Bianca: las relaciones interpersonales igual que haya poco manejo, que no sepan manejar los problemas, las situaciones de otros trabajadores, que de repente pasa y que los hace enfrentarse o que todo el mundo se entera o que es lo mismo, que no sepan sobrellevar eso.
- Anastasia: Y que no tenga como un plan de mejora, lo que refiero es que como que siempre se enfatiza el problema y no la solución.

(Anastasia, enfermera, 2 años de experiencia en la unidad; Bianca, enfermera, 19 años de experiencia la unidad)

Esta idea fue referida igualmente destacada por las TENS y las demás enfermeras en las entrevistas individuales anteriores. En general, la resolutiveidad es un aspecto pragmático de la comunicación en cuanto a los efectos que esta produce gracias a su fuerza perlocutiva. Las TENS y las enfermeras esperan así que la comunicación de sus jefaturas tanto médicas como de enfermería produzca decisiones concretas y solucione los conflictos cuando estos se presentan.

La comunicación no vinculante:

Este tema fue referido por uno de los médicos en entrevista individual. Este señaló que, aunque en algunas circunstancias sí hay comunicación, esa comunicación muchas veces no es vinculante. Es decir, se escuchan los requerimientos, pero luego no se trabaja respecto de ellos. Es una especie de falsa resolutiveidad. En las propias palabras del médico es así:

- Alexis: Yo creo que las comunicaciones dependen del servicio donde uno este. Aquí hay comunicación, es accesible, pero también hay indiferencia, a veces. Porque uno plantea una situación y no... no hay... no se actúa frente a eso.
- Investigador: ¿Te escuchan y no hace nada o ni siquiera te escuchan?
- Alexis: No, si escuchan, en general somos respetuosos, entre colegas, pero de ahí a que se realicen los cambios o las solicitudes no, cuesta po.

Sobre el mismo punto agrega más tarde:

Hay harta información que se va entregando de jefatura, sobre todo de los servicios, de parte de las autoridades del hospital, que no se cumple o se cumple a medias... como esta cuestión de las marcaciones.

Él mismo médico finaliza con lo siguiente:

O sea sí, tenemos situaciones donde estamos tratando de... poder hablar con los jefes, pero es que el jefe es el jefe, uno no le puede decir “sabe, jefe, pongamos sillas acá”...Vamos con todo respeto a decirle “necesitamos sillas acá”. Luego pasa un mes, dos meses... y uno no puede ir a reclamar “¿y qué pasó con las sillas?!”. Entonces no hay una cuestión, así como... es que lo que yo creo que serviría sería algo anónimo, no para esta jefatura si no que para el resto.

(Alexis, médico, 16 años de experiencia en la unidad)

En otras palabras, en varias ocasiones se produce comunicación, pero esta y las promesas hechas no son vinculantes. A partir de lo señalado por este médico, aquí la jerarquía también juega un trascendental, limitando las posibilidades de comunicación de los trabajadores(as), específicamente la posibilidad de estos de exigir ciertas cosas, ya que esta se modela de manera vertical y unidireccional.

La inconsistencia de la información:

A nivel colectivo uno de los médicos, Jaime, participante del grupo focal, señaló que la buena comunicación y las buenas relaciones se forman cuando la información que se entrega sea siempre consistente:

- Jaime: Unas variaciones del mensaje que se entrega, que en la mañana me diga una cosa y en la tarde resulte ser otra, ya sea que se me informe directa o indirectamente. Creo que, una de las cosas que más afecta a la comunicación y la confianza de una jefatura, es cuando no hay reglas y una comunicación clara hacia los, digamos, no conozco bien la palabra...
- Investigador: ¿Colaboradores?
- Jaime: Colaboradores, súbditos, no sé (risas). Eso yo siento que es lo que más compromete la confianza, porque igual es toda una relación de confianza, me da la impresión, o a mi gusto.

(Jaime, médico becado de la unidad)

Según esta última cita, tanto las ambivalencias o retractos en la información, como la ausencia de reglas claras de comunicación, minan la confianza. La confianza que una jefatura pueda generar es un efecto perlocutivo de su comunicación y, además, suele ser uno de los factores con los cuales los estudios organizacionales miden el liderazgo.

Desligarse de cierta responsabilidad:

En la entrevista con Patricia, TENS, surgió como cuarto elemento para definir una mala comunicación el “desligarse de responsabilidades” en algunas ocasiones. Por esta

expresión también se entiende una omisión de acciones. En las propias palabras de una entrevistada ella lo plantea así:

A veces desligarse de responsabilidades por creer que son únicamente del Servicio. Yo creo que igual sería como en base a los conflictos o que, por ejemplo, yo hace dos años tuve un problema con una TENS que no era muy amable la verdad, entonces se dije a la jefatura, pero me dijo que eso era responsabilidad del servicio, de las enfermeras. Al final no se hizo nada, mi compañera se fue. Pero, eso fue un conflicto del cual se desligó un poco. Entonces, yo lo sentí así, como que cada uno se salva como puede.
(Patricia, TENS, 4 años de experiencia en la unidad).

De esta manera, el desligarse de ciertas responsabilidades que, en su perspectiva se entienden como propias de la jefatura, se representa como abandono, ya sea de deberes o como abandono hacia los trabajadores(as).

Igualmente, un médico en entrevista individual refirió que en ocasiones las jefaturas delegan su responsabilidad de resolución de conflictos, la cual se ejecuta a través de la comunicación. El médico que lo mencionó lo expresa de la siguiente manera:

Yo creo que otra cosa muy mala de una jefatura es delegar su responsabilidad en la comunicación que les corresponde. Porque muchas veces cuando “se meten en la pata de los caballos” los jefes mandan al subalterno. Por ejemplo, cuando hay que lidiar con los cirujanos, que es generalmente, porque son particularmente esquivos para trabajar, digamos, o para que le trabajen a uno en función de los pacientes, necesitamos resolver cosas rápido, y para buscarlos, encontrarlos, que vengan, que escriban, porque antes no escribían en la ficha, venían a decir de la puerta “no, este no tiene (palabra ininteligible)” y se iban, y uno tenía que hacerle las ordenes de los exámenes. Uno tenía que hacerles todo, así como sirviente de los tipos. Entonces, de a poco hemos ido exigiendo eso, pero sin el apoyo de los jefes muchas veces.

(Alexis, médico, 16 años de experiencia en la unidad)

Aquí podemos ver que la jefatura evita no solo su responsabilidad, sino, en concreto, evita entablar la comunicación necesaria para resolver un problema. Lo anterior puede estar ligado nuevamente a la baja competencia comunicativa pragmática de la jefatura, quien podría no saber cómo comunicarse asertivamente para lograr el efecto deseado o que debe cumplir

en el marco de sus funciones. La elección de no hacerlo es posibilitada, además, por la jerarquía, como se sugiere más arriba.

La falta de anticipación

Alexis, médico, refirió en entrevista individual la anticipación y vista a largo plazo en su definición de buena comunicación, indicó acto seguido que para él una mala comunicación está definida, en consecuencia, por la falta de anticipación:

Para mí, en consecuencia, lo contrario, creo que una mala comunicación de una jefatura es aquella que no demuestra anticipación. La indiferencia. Que sigan ocurriendo las cosas todos los años porque todos los años ocurre lo mismo y cada vez va siendo peor, y eso es generalizado. Todos los años ocurre lo mismo y todos los años no se hace nada, entonces empezamos “ ya, este año de nuevo vamos a tener la embarrada, de nuevo vamos a tener falta de camas, de nuevo vamos a tener falta de insumos, de nuevo vamos a tener falta de personal...” Y a medida que pasa el tiempo, como uno ya ha pasado bastantes inviernos, uno va exigiendo ciertas cosas: en febrero o a principios de marzo ya “oye el virus sincicial respiratorio en el hemisferio norte se comportó de esta forma, quedó la embarrada ¿qué estamos haciendo acá?” “ah, no sabía” o “ah, tenemos que hacer tal cosa”.

(Alexis, médico, 16 años de servicio en el hospital)

Esta falta de anticipación es interpretada, en las propias palabras del médico, como indiferencia respecto de sus opiniones y necesidades en el trabajo.

d) Perspectivas respecto de la estructura del hospital

Recordemos que en los apartados que llevan este nombre se consignan las ideas mencionadas por los participantes del estudio en torno a la relación entre la comunicación y

la lógica social interna del hospital que permite sus condiciones de reproducción y/o cambio (Bilbao, 2021), tales como la organización del poder en jerarquías entre los sujetos, las normas y usos de participación, la falta de información y la falta de tiempo, cuyas distribuciones dependen, en el caso de las dos últimas, de las autoridades superiores.

La jerarquía

La existencia de una jerarquía entre los distintos estamentos y entre estos y las jefaturas fue el tema estructural más nombrado y desarrollado por la mayoría de los participantes en su definición de *Mala comunicación*. Con *jerarquía* se conceptualiza aquí, netamente a partir de las representaciones de los trabajadores(as), tanto la estructura que organiza las diferentes atribuciones y posiciones de poder entre los trabajadores(as) del hospital y en la unidad de estudio, así como la práctica comunicativa que hace carne esta estructura en términos pragmáticos realizativos (Austin, 1962). Como se verá a continuación, uno de los hallazgos relevantes de esta tesis es que la jerarquía al interior de la unidad se establece formalmente en la relación contractual y en las normativas sanitarias, pero se vuelve real a través de actos comunicativos referidos por los diferentes trabajadores(as) en los cuales esta se hace patente y se reproduce. Esta última cualidad da a dichos actos de habla el carácter de *pragmáticos*, en el sentido que son acción y efecto en la realidad social. A nivel individual la jerarquía fue mencionada por algunas TENS y algunos médicos, y a nivel colectivo fue señalada por todos los grupos.

Desde las individualidades, para las TENS este es el elemento que más define una mala comunicación por parte de una jefatura, de forma tanto implícita como explícita en términos del ejercicio del poder, como por ejemplo cuando se les asignan turnos de manera unilateral:

Es necesario consultar por turnos extras a la hora de colocarlos en base a las licencias. Habíamos tenido problemas porque, no sé si era la jefatura aquí, pero ponían los turnos sin consultarle a las TENS, entonces, para nosotras que somos más jóvenes y tenemos más tiempo, por decirlo así, si nos ponen turnos de repente uno dice “ya, asumo no más”, pero hubo conflictos porque se ponían sin siquiera consultar, como que, si uno tenía libre un día domingo, am le ponían un largo completo. Entonces,

claro, sería algo positivo como siempre consultar primero a las personas y de ahí colocar el turno.

(Patricia, TENS, 4 años de experiencia en la unidad)

La cita anterior permite inferir que la falta de participación de las TENS en la comunicación que concierne sus horarios y su tiempo libre es posibilitada por la existencia de una jerarquía. Es esta el factor que permite la toma de decisiones al respecto de forma unilateral por parte de la jefatura. A su vez, este mismo tipo de actos comunicativos decisivos son realizativos en la medida que cimentan y mantienen dicha jerarquía gracias a sus fuerzas ilocutiva (hace algo) y perlocutiva (produce algo), en este caso, imponer los turnos y, así, a lo largo del tiempo, la jerarquía.

Este tema fue también referido explícita e implícitamente como un factor negativo de la comunicación por los tres médicos entrevistados individualmente. Algunos sugieren que la jerarquía limita las posibilidades de comunicación; otra de ellos se refirió a la dinámica que toma la comunicación en relación con la jerarquía y, en ocasiones, con las habilidades personales. Entre los primeros se halla el siguiente entrevistado:

- Investigador: Vamos a suponer que hay una instancia en que el jefe dice una cosa y los trabajadores...
- Alexis: No, no, no...
- Investigador: ¿Van a hablar los otros?
- Alexis: No, yo creo que no. Nadie habla, al menos aquí en *** (nombre de la unidad) no va a hablar nadie. Yo creo que en otros servicios sí.
- Investigador: Sí, claro. Y aquí, solo para chequear, ¿por qué no van a hablar?
- Alexis: Porque somos sumisos, vamos a aceptar todo lo que venga del jefe. Tenemos esa personalidad acá.
- Investigador: Que notable. Puede haber una gran madre, un gran padre, pero siempre hay una autoridad arriba y hay que obedecer.
- Alexis: O sea lo jefes... que ya jubilaron, nosotros cuando los vemos en la calle le decimos "jefe".
- Investigador: ¿En serio?
- Alexis: Sí po. "Jefe, ¿cómo está?". Aquí nadie se tutea, a los jefes nadie los tutea, y eso que estamos trabajando años, años.

(Alexis, médico, 16 años de experiencia en la unidad)

Al decir que son “sumisos” a sus jefaturas este médico devela la existencia de una jerarquía bastante fuerte, la cual, en este caso, inhibe su voluntad de comunicarse. Ellos se limitan a recibir la información y a no dialogar, ni siquiera a preguntar. La jefatura es representada, así como una autoridad incuestionable.

Luego, hablando de circunstancias en las que alguna réplica fuera necesaria, como ante la visualización de un error en la información recibida, el investigador preguntó a este mismo médico por qué cree él que en esas ocasiones en la cadena jerárquica no se hace la debida crítica, sino que solo se asiente y se transmite la información:

- Investigador: Ahora, este fenómeno de que cuando tú tienes un jefe médico pero el jefe tiene su jefe, entonces este jefe le dice, por decir algo, “a” a tu jefe, y tu jefe te dice “a” a ti también. ¿Ese “a” no se conversa, no se cuestiona?
- Alexis: No, porque eso no debiese llegar a la base sin pasar por una situación de cuestionamiento de los jefes. Tendría que ahí rebotar para arriba y no seguir para abajo sin ningún sentido.
- Investigador: ¿O sea, más de alguna vez te ha tocado escuchar una información de una jefatura tuya que tú dices “no es verdad eso”?
- Alexis: Claro, o que hay que cambiarlo.

(Alexis, médico, 16 años de experiencia en la unidad)

La cita anterior da a entender nuevamente que en algunas ocasiones en la cadena jerárquica de jefaturas la comunicación es unidireccional, ya que las jefaturas intermedias no siempre hacen los cuestionamientos necesarios.

Otro médico, Bernardo, señaló una situación muy semejante a la de su colega anterior, refiriendo que, así como ellos no cuestionan ni dialogan lo dicho por su jefatura, a esta última le pasa lo mismo con las autoridades del hospital, que son las jefaturas de la primera. Por lo tanto, la jefatura directa, que en la jerarquía hospitalaria es una jefatura intermedia, tampoco tiene mucho poder de resolución respecto de temas estructurales del hospital:

- Bernardo: Nunca las jefaturas médicas han tenido mucho poder para resolver problemas po, es más una cuestión de tipo administrativo para distribuir la gente, para hacer... Pero, ningún jefe de servicio, por lo menos de un hospital como este, puede decir “ya, vamos a cambiar la unidad, vamos a hacer un edificio nuevo...” No po, nadie tiene esa facultad.
- Investigador: ¿En un ámbito específico en que le hubiera gustado que esa conversación fuera más profunda, por ejemplo?
- Bernardo: Me hubiera gustado la oportunidad de convencerlos de que había que desarrollar un proyecto grande para renovar la *** (nombre de una subunidad), para renovar los espacios físicos, que lo terminamos haciendo, pero con esta jefatura de ahora. Eso se pudo haber hecho mucho antes y habría servido durante muchos más años.

(Bernardo, médico, 37 años de experiencia en la unidad)

No obstante, lo anterior, en la última parte de la cita el profesional señala que el cambio que él esperaba se produjo a través de conversaciones con la jefatura actual, de manera que esta sí pudo tener agencia en estos cambios. Por lo tanto, este asunto parece ser tanto un problema estructural ligado a la jerarquía del hospital como una falta de habilidades de comunicación profesional de la jefatura de turno; o más, bien, puede decirse que la jerarquía parece coadyuvar a la continuidad de dicha falta de habilidades.

Por otra parte, el mismo médico anterior señala que, en un tiempo pasado, los médicos de otra unidad solían “retar” a los internos. En Chile esto significa reprender con un alto volumen de voz a alguien de manera airada, lo cual tiene relación con la jerarquía, ya que los estudiantes internos de medicina general y los becados -aquellos que se encuentran formándose en una especialización- están normalmente en el escalón más bajo de la jerarquía entre los médicos. El profesional comenta con algo de ironía que le parece que esta costumbre se revirtió hasta su extremo en la actualidad, sin existir la posibilidad de exigir ciertas cosas o corregir a los becados:

Alguna vez vi alguno de los médicos retar a los becados y a los internos, por ejemplo, pero esa es una práctica frecuente, antes... que, no sé si ha sido buena que se haya desaparecido completamente (risas), creo que ahora están demasiado regalones,

demasiado... no se les pide casi nada, basta que floten como corchos y van pasando y pasando. Término medio habría sido lo más recomendable, se pasó para el otro lado el péndulo.

(Bernardo, médico, 37 años de experiencia en la unidad)

Luego, la tercera médico, Consuelo, hizo un aporte bastante interesante para esta investigación en cuanto a la jerarquía, cuando se le preguntó por la razón que, a su juicio, hace que los médicos dejen de estar abiertos a la comunicación cotidiana una vez que llegan a ser jefaturas, lo cual es avalado por la jerarquía. Ella esboza dos razones:

- Investigador: ¿Qué hace, crees tú, que un jefe cuando llega a ser jefe se va, como que se va a otro limbo como dices tú, que hace que deje de ser cercano y abierto a la comunicación?
- Consuelo: Yo creo que un poco es, puede haber varios factores, es decir, que no tenga tanto interés, que se sienta como muy jefe, que no le importe un poco el resto, y que tenga un yo muy grande que no necesite de saber o de estar con el grupo que le toca, como de sabérselas todas, de que por ser jefe tiene la palabra y sabe todo. Por inseguridad también, por no atreverse a poner la cara y enfrentar con tu gente.
- Investigador: Bien interesante eso porque algunos jefes efectivamente pueden llegar a jefaturas por distintos motivos, pero en la base tienen una personalidad tímida, por ejemplo, y que se aferran a lo técnico, súper técnico, a las instrucciones y por lo tanto tu no llegas a ellos, y puedes ser bueno en lo técnico y ahí es donde ejercen su jefatura, su autoridad.

(Consuelo, médico, 40 años de servicio en el hospital)

La primera razón esgrimida por esta médico tiene que ver con el ego o autovaloración personal alta que, en sus palabras, se ve favorecida por una posición superior en la jerarquía del hospital, la cual lleva a una adjudicación de superioridad que, finalmente, aleja tanto física como comunicativamente a las jefaturas de los trabajadores(as). La segunda razón se refiere directamente a la falta de habilidades comunicativas para enfrentar situaciones que son propias de una jefatura, como dar una orden, organizar el trabajo y discutir soluciones. Para lograr estos objetivos o actos ilocutivos se requiere, en la práctica comunicativa, organización

del discurso, argumentación, asertividad y acciones discursivas de mediación, entre otras que fueron referidas anteriormente por los mismos trabajadores(as). Entonces, aquí nuevamente puede verse que la jerarquía favorece la perpetuación de la falta de competencia comunicativa pragmática para ejercer el puesto de jefatura de manera eficiente.

Finalmente, sobre este punto, el médico Alexis añade una apreciación bastante novedosa respecto de la evaluación de la comunicación de la jefatura por parte de sus trabajadores(as), la cual subvierte el orden formalmente establecido hasta ahora en general en las dinámicas laborales:

- Alexis: Yo creo que no sé si tenga que ver, pero las jefaturas debieran tener un feedback desde las personas que trabajan bajo esa jefatura. Si lo hicieron bien o mal. Porque generalmente la jefatura le pone notas a nosotros, los peones, entre comillas, y a la jefatura le ponen nota los jefes de ellos, no nosotros. No es como cuando uno vota, por ejemplo, por un diputado, si el diputado es bueno uno sigue votando por él, si es malo nadie vota por él. Y aquí no pasa eso, no hay un como un feedback que diga “pucha lo estoy haciendo mal”.
- Investigador: ¿Un médico jamás evalúa a su jefatura?
- Alexis: No po.

(Alexis, médico, 16 años de servicio en el hospital)

En síntesis, sobre estas representaciones individuales, por un lado, la jerarquía, más que un obstáculo para la comunicación, es la mayor parte del tiempo una estructura que moldea y limita las formas de comunicación, porque, según las experiencias relatadas en estas representaciones, efectivamente existe en alguna medida comunicación o al menos la entrega de información de manera unilateral, la cual es finalmente asentida y significada por los trabajadores subordinados en tanto que receptores. Por otro lado, como se mencionó en el apartado de las TENS, apoyado en las teorías de Austin (1962) y Searle (1990), se propone que la jerarquía se termina de construir pragmáticamente a través de prácticas de la comunicación que la realizan sucesivamente en esta realidad, tales como las acciones de informar y dar instrucciones de manera unilateral y la omisión voluntaria del diálogo, que han sido referidas en este apartado y en varios anteriores. Lo último se fundamenta, además, en el hecho que la existencia de una jerarquía contractual no es sinónimo de que la misma exista

automáticamente en la práctica: esta debe imponerse y cimentarse poco a poco en la práctica cotidiana.

Luego, a nivel colectivo, en los tres grupos focales el tema mencionado con mayor frecuencia y extensión en la definición de mala comunicación por parte de una jefatura, tanto explícitamente como implícitamente, fue también la jerarquía.

En el caso de las TENS, estas la señalan en distintos de momento de conversación con el investigador durante su grupo focal:

- Investigador: Sin embargo, a ustedes les toca ser testigos de cómo comunican los médicos cuando son jefaturas, de cómo dan instrucciones, entonces más que recibirlas directamente también, vuelvo a insistir en eso, es como lo que ustedes observan como testigos de cuando una jefatura médica comunica mal ¿por qué es mala esa comunicación de esa jefatura?
- Clara: Porque a veces el médico se ve como una persona inalcanzable, no en el sentido de que ellos son... no como personas, no en ese sentido, si no que el cargo que tienen...
- Andrea: A nivel jerárquico.
- Clara: Exactamente.
- Denisse: Acá hay mucha jerarquía y por algo se ha conservado, a pesar de que han venido nuevos jefes igual ellos siguen manteniendo la jerarquía.
- Clara: Y está muy marcada la jerarquía.
- Investigador: Y esa jerarquía, ¿es distancia?
- Denisse: Con los médicos sí.

(Andrea, TENS, 23 años de experiencia en la unidad; Clara, TENS, 40 años de experiencia en la unidad; Denisse, TENS, 25 años de experiencia en la unidad).

En esta primera cita una de las TENS termina por explicitar que esa jerarquía expresada y construida en la comunicación tiene, finalmente, una representación y efecto de distancia. Como se puede apreciar, esta distancia impide, ya sea por norma como por costumbre, la comunicación con los médicos.

Sobre el mismo punto agregan:

- Clara: Es que en realidad uno tiene más cercanía con las enfermeras que con el médico de la unidad o del servicio.
- Andrea: Claro, eso es lo que pasa, como que el médico con la enfermera y la enfermera nos transmite a nosotros mediante la indicación de ella, que ya la leyó en la ficha o se la dice directamente a ella y nos transmite a nosotros, por ejemplo, si hay algún medicamento que administrar en el momento llega y nos dice “Gloria tienes que pasar este medicamento al tiro que lo indicó el doctor”, por ejemplo.

(Andrea, TENS, 23 años de experiencia en la unidad; Clara, TENS, 40 años de experiencia en la unidad)

Otra TENS añade que este flujo indirecto de la comunicación hace que muchas veces el mensaje no se transmita como su emisor lo espera y esto trae problemas técnicos de procedimiento:

O cuando la información, por ejemplo, pasa cuando el médico quiere decir algo no resulta lo que él espera, necesita algo y no recibe lo que él realmente necesita. Entonces, ahí no hubo buena comunicación, porque como le digo hay que pasar por otro estamento... o, también, cuando uno necesita algo y tampoco la recepción de eso que uno necesita tampoco lo entiende bien, no hay buena recepción también. Entonces, ahí puede haber una falla en la comunicación, por esto de que tiene que pasar por otra persona... el no poder hacer una comunicación como lineal...

(Beatriz, TENS, 15 años de experiencia en la unidad; Clara, TENS, 40 años de experiencia en la unidad)

Luego, las mismas entrevistadas mencionan otro efecto de la jerarquía en la comunicación y en el trato, y tiene que ver con un prejuicio que perjudica a las TENS:

- Beatriz: Hay menudo hay la suposición de que, si algo salió mal, es que las TENS están haciendo mal las cosas.
- Investigador: ¿Por qué no las enfermeras, por qué los TENS?

- Beatriz: Eso es lo que no entendemos.
- Clara: A mi conclusión es porque es a nivel jerárquico, porque son menos horas de estudio, porque no somos profesionales, porque somos técnicos. Lamentablemente, puede ser que todavía exista un poco de estigma, se podría decir.
- Investigador: ¿Cómo estigma?
- Clara: Que nuestro nivel de estudio es más bajo que el de ellos. Eso.
(Beatriz, TENS, 15 años de experiencia en la unidad; Clara, TENS, 40 años de experiencia en la unidad).

En la cita precedente puede observarse que en los contenidos de esta comunicación jerárquica en ocasiones se transmite el prejuicio de que, si ha habido algún error en los procedimientos de la unidad, la responsabilidad de este último tiende a ser de las TENS. La razón que una de ellas esboza para este prejuicio es que su trabajo requiere menos años de estudio. Parece ser entonces que es esa menor cantidad de años de estudios la que las pone en una posición inferior en la jerarquía tanto técnica como social -ambas dimensiones imbricadas en la práctica- de las unidades de salud, la que facilita el culparlas de los errores, sin un análisis riguroso del hecho. Lo anterior sucede probablemente porque esa posición inferior no les permite ser representadas como autoridades de conocimiento con derecho a réplica respecto de los procedimientos sanitarios. Entonces este prejuicio, como todos, se impone.

Sin embargo, en otro momento del focus todas ellas señalan que han detectado errores que provienen de otras partes. Una de ellas da un propio ejemplo en la siguiente cita:

- Investigador: Por decir algo, si tú escuchas, ustedes son TENS, que un médico dice “aplicar tal dosis de un medicamento a este paciente”, pero a ti con tu experiencia y dado lo que sabes del paciente sabes que con esa dosis no va a alcanzar, va a ser insuficiente, ¿ustedes se sienten con la autoridad de decirle algo al médico directamente?
- Andrea: Sí me ha pasado.
- Beatriz: A mi igual me ha pasado.
- Clara: A mí también.

- Andrea: A mí me pasó que me dieron la indicación de un antibiótico a un paciente que yo miro la orden y yo considere que la dosis que le habían dado era una dosis por sobre la edad y el peso del niño.
- Investigador: Era un exceso de dosis.
- Andrea: Y yo pesque mi tarjeta, pesque mi ficha y me fui donde la enfermera.
- Investigador: ¿Pero no donde el médico?
- Andrea: Nosotros no...
- Investigador: Por eso estoy preguntando, no si ustedes lo hacen con la enfermera, sino con el médico.
- Andrea: No.
- Investigador: ¿Por qué no?
- Andrea: Si está el médico no hay problema, por ejemplo, ese día la enfermera llamó a la doctora y le dijo, la doctora lo revisó y le dijo que sí, que tenía razón.
(Andrea, TENS, 23 años de experiencia en la unidad; Beatriz, TENS, 15 años de experiencia en la unidad; Clara, TENS, 40 años de experiencia en la unidad).

En esta última cita puede verse nuevamente que, aunque ellas detecten un error que puede provenir del médico, ellas no se lo comunicarán a este directamente, sino que a la enfermera. Se repite así el flujo indirecto de la comunicación debido a la jerarquía que, como vemos, es tanto técnica como social. Además, pareciera que esta jerarquía se tiene bastante naturalizada -casi al nivel de invisible-, porque al final, cuando se le pregunta a la última TENS por qué ella no le comunica su error al médico, ella responde que sí lo hace, pero luego reitera que se comunica directamente solo con la enfermera para hacerle llegar dicha información al médico. Si entendemos la comunicación como un proceso de construcción de sentido entre distintas partes, en la práctica esta TENS sí pudo comunicarse con el médico en la situación relatada, pero solo de manera indirecta a través de la enfermera. Es la jerarquía técnica y la jerarquía social entre los estamentos del hospital la que no les permite a las TENS comunicarse con los médicos.

Sin embargo, una de las TENS señala que lo anterior ha comenzado a modificarse a partir de los médicos de las generaciones más jóvenes, con los siguientes ejemplos:

- Clara: Ahora, también, suceden cosas que antiguamente no, yo lo hablo porque yo tengo cuarenta y tantos años acá, que ahora el médico, antiguamente los médicos

llegaban y se referían a las enfermeras, y les preguntaban “mira tengo que hacer un control a este paciente ¿cómo lo ves tú? ¿cómo te lo entregaron?”. Ahora, a mí me ha pasado, que va la doctora y me dice “señora Celia ¿usted está en esta sala?” “sí” “¿usted estuvo anoche?” “sí” “¿cómo ve al paciente”. Entonces, como que se acercan a uno y le preguntan eso y es como tomado en cuenta.

(Clara, TENS, 40 años de experiencia en la unidad)

Finalmente, con el objetivo de llevar esta forma de comunicación a términos pragmáticos y de representación, se les preguntó lo que produce en ellas esa jerarquía expresada y construida en la comunicación vertical, unidireccional, indirecta y subordinada, ante lo cual respondieron lo siguiente:

- Andrea: Eso quiebra la comunicación sí, es que la poca accesibilidad y ahí existe poca comunicación con el médico, por lo mismo, por nivel jerárquico como que no hay mayor comunicación, nunca ha habido mayor comunicación y eso va a seguir pasando los años.
- Denisse: Es una comunicación hacia arriba.
- Clara: Para todo ese tipo de cosas siempre se sigue el conducto regular. Nosotros tenemos más comunicación de la que tenemos más de otro tipo con el médico jefe, ya sería como saltarnos a las enfermeras, porque la comunicación pasa por ahí. En todo orden, como médico jefe, como médico de sala, como jefe de unidad, el médico le dice a la enfermera y la enfermera nos comunica a nosotros, pero no hay comunicación directa entre nosotros y el médico.
- Denisse: Y muchas veces cuando al médico le ha molestado cosas o le llama algo la atención no nos lo dice directo a nosotras, pasa primero a la enfermera y luego la enfermera...
- Clara: Es la que se encarga de esas cosas.

(Andrea, TENS, 23 años de experiencia en la unidad; Clara, TENS, 40 años de experiencia en la unidad; Denisse, TENS, 25 años de experiencia en la unidad).

Por su parte, desde las enfermeras, Bianca expresa que los médicos no escuchan las opiniones de las enfermeras por encontrarse ellos en una situación profesional de poder que las invalida. Anastasia, en complemento, resalta un rasgo autoritario de los médicos:

- Bianca: Y lo otro es, escucha, escucha activa y que ellos sepan escuchar opiniones, de repente “no estoy de acuerdo con esto”, que estén dispuestos a una escucha activa hacia todo el personal, a las opiniones del resto, no solo “esto es así y tiene que ser así”.
- Anastasia: Porque yo lo digo.

(Bianca, enfermera, 19 años de experiencia la unidad; Anastasia, enfermera, 2 años de experiencia en la unidad)

En su turno, Camila reafirma la superioridad representada de los médicos en la jerarquía y por sobre las enfermeras debido a su profesión, la cual es, en sus palabras, un impedimento para el flujo de la comunicación:

- Investigador: En tu caso, Camila, ¿qué hace que una comunicación con la jefatura médica sea negativa?
- Camila: (...) Es como la superioridad, eso de repente yo lo he visto, o lo he sentido así, como seres superiores. Y la comunicación, así, de repente, no fluye.

(Camila, enfermera, 10 años de experiencia en la unidad)

Eugenia profundiza en esta idea en la siguiente intervención, criticando que algunos médicos discriminan a las enfermeras por su profesión, ejerciendo así su superioridad. Además, plantea que el clasismo promueve esta mirada desde los médicos:

Yo en lo negativo la mirada vertical que tienen muchos, que miran hacia abajo, no hay una horizontalidad, y por lo mismo no escuchan opiniones. Siento que el gran problema en alguno de los médicos es el clasismo, que no nos ven como un par, entonces, como que les gusta hacer esa diferencia. Cuando tú en un equipo uno trata de decir “para mi es normal, yo me relaciono con un ser humano no me relaciono ni con un médico, ni con un TENS, ni con una enfermera, me relaciono con un ser humano, me da lo mismo lo que estudio, cómo estudio...” Entonces, para algunas personas, siento yo, que los médicos, no lo ven de esa manera.

(Eugenia, enfermera, 23 años de experiencia en la unidad)

En la misma línea de sus colegas, Dominique plantea que los médicos podrían modificar las relaciones jerárquicas a la hora de comunicarse con el personal aprendiendo algo de liderazgo, pero ella representa que estos parecen no tener interés en cambiar estas relaciones jerárquicas pues los favorecen:

- Dominique: Las habilidades blandas, creo yo, que no tienen manejo de personal, de saber liderar equipos, porque si bien uno nace con esto de poder, también se aprende y uno puede aprender mucho de comunicación y de cómo manejar y trabajar en equipo, solución de conflicto. Hay gente que le nace y gente que realmente tiene que aprender, y se puede aprender, pero no les interesa a veces.
- Investigador: Perfecto, no les interesa.
- Dominique: Yo siento que no.
- Investigador: No saben y no les interesa saber.
- Anastasia: Porque son los jefes.
- Dominique: Sí. En el Olimpo.

(Dominique, enfermera, 12 años de experiencia en la unidad; Anastasia, enfermera, 2 años de experiencia en la unidad)

Todas las citas anteriores hacen alusión a la jerarquía y confirman una vez más la idea que se propone en esta tesis: que la jerarquía que más afecta la comunicación y el trato aquí referido como discriminatorio desde los médicos hacia las enfermeras, y anteriormente sobre las TENS, es una jerarquía formal no tanto contractual como sí social, construida primeramente a partir de sus funciones en términos formales, que están subordinadas a lo que digan los médicos, y luego en la práctica misma de la comunicación. Como menciona una de las enfermeras, formalmente ellas son “colegas” de los médicos: no tienen una relación contractual con ellos. Esa jerarquía técnica deviene entonces una jerarquía social en la práctica y se explicita una y otra vez a través de los actos de habla que así la presentan, de manera que, según lo que plantea Butler (2004) a partir de Austin y Foucault, la actualizan en el tiempo y, en definitiva, la imponen como norma social.

Por otra parte, dos de los médicos se explayaron con mayor extensión sobre la jerarquía a la hora de definir la mala comunicación por parte de una jefatura. Uno de ellos resalta como aspecto negativo de las jefaturas médicas las relaciones asimétricas que se promueven en el hospital, en donde prima una figura autoritaria:

Como negativo de jefaturas médicas, lo que me ha tocado ver igual, en la parte de experiencia laboral, a veces las relaciones asimétricas, que igual cuando son muy marcadas, como se mencionaba eso de la figura autoritaria y que tiraban de talla como los vasallos, los esclavos, si es muy marcado nunca va a dar frutos positivos

(Paulo, Médico, becado de la unidad).

Más tarde, el mismo médico critica que las jefaturas tienden a no relacionarse con el equipo y, más bien, permanecen en su oficina. Así mismo, vuelve a mencionar al jefe médico como figura en alguna medida autoritaria, ya que aparece solo para dar órdenes:

Lo otro, es la poca involucración con el resto del equipo, el resto de los estamentos, que, si bien tiene que haber una figura de jefe, igual tiene que haber como una relación con el resto, con tu equipo. No puede ser así marcado y que haya un abismo entre medio, tiene que lograrse como un equilibrio, y, a veces, pasa que la jefatura está encerrada en su oficina y no se relaciona con nadie y solo aparece a la hora de dar órdenes. Eso igual afecta.

(Paulo, médico, becado de la unidad)

Por otro lado, el médico anterior también comenta que las opiniones son recibidas por las jefaturas según los años de formación y la especialidad de cada médico. Explica que las opiniones de los médicos recién graduados tienden a ser menospreciadas por médicos con más estudios, generándose así una asimetría entre ellos. Jaime critica que esta discriminación puede generar un castigo implícito desde el médico al que se ha interceptado con una opinión:

Yo creo que ahí se da una relación de asimetría que interfiere en la capacidad de aportar una visión distinta de parte nuestra, como becados, muchas veces, no muchas veces, en ocasiones súper puntuales me ha pasado que, a la hora de disentir o de dar una opinión distinta a la jefatura, hay un poco de castigo asociado a esa opinión, que puede ser muy “no, ya estás hablando cosas que no corresponden” cuando uno tiene el sustento para hablarlas porque estudia, se actualiza, lee hartito. Pero siempre está la posibilidad que tu opinión sea anulada o menoscabada solo por el título que tiene tu jefe. No sé si pasa en otras profesiones, pero en el ámbito de la medicina la opinión del subespecialista es mucho más valiosa que la opinión del especialista y mucho más que la opinión del médico en formación. Solo por la opinión dada ya tiene un peso que a

veces uno puede tener un poquito más de sustento en lo que ha leído, porque la información va cambiando con el tiempo y las cosas se van actualizando. A mí me ha pasado, en ocasiones muy muy puntuales, y ahí es difícil un poco disentir. Al final uno termina “agachando el moño” no más, diciendo “ya, jefe, está bien, no hay problema”

(Jaime, médico, becado de la unidad)

Jaime luego continúa describiendo esta representación de que la jerarquía es más acentuada con los médicos de mayor edad:

En algunas ocasiones es así, muy puntuales, yo no digo que sea siempre. Esta es una unidad donde existen bastante escucha, pero cuando hay situaciones, que obviamente escapan de lo habitual, me he sentido un poco... no sé cómo decirlo, pero con poca capacidad de disentir en opiniones. Es algo muy personal, yo en general nunca tengo conflictos con nadie, pero, quizás otras personas si los han tenido por esta forma a veces de interactuar que es transversal en el ámbito médico, a mi impresión, sobre todo con los jefes de mayor edad, ahí ya no hay opinión, uno acata no más. Con algunos más jóvenes hay posibilidades de desarrollar esas ideas que a veces uno tiene novedosas

Muchas veces hay que saber navegar entre una relación más asimétrica y una relación simétrica, porque son personas distintas y son generaciones distintas también, y han existido problemas entre distintos becados y distintos internos por esta misma como incapacidad de disentir en las opiniones...

(Jaime, médico, becado de la unidad)

Finalmente, sobre este tema, otro de los médicos reflexiona describiendo al hospital como un lugar en que existen fuertes jerarquías en las que ellos, como médicos becados, deben adaptarse y aprender a acatar órdenes de los médicos con más estudios.

Yo no sé si aquí nos salimos un poco del tema igual, porque sé que es como jefaturas médicas, pero en el fondo lo que vemos nosotros en el día a día, en la vida hospitalaria y todo, y bueno en la sociedad en general, pero en el hospital se ve mucho lo jerárquico, hay muchos como niveles diferentes y uno está en cierto nivel y ese es el estrato social del hospital que te tocó pertenecer. Entonces, por ejemplo, a mí me toca

con los pediatras que están en el staff, que no son mis jefes, pero están arriba entonces se forma esa asimetría.

(Paulo, Médico, becado de la unidad)

Las representaciones expresadas por estos médicos en las citas anteriores resultan clave, porque, sobre todo la del médico Jaime, sustentan una vez más la propuesta que se ha hecho en esta tesis sobre la jerarquía. Reiteramos: apoyado en los planteamientos pragmáticos de Butler (2004), la distribución técnica de los roles en los equipos sanitarios deviene en la práctica en una jerarquía social entre los distintos miembros de la unidad hospitalaria, la cual se construye a través de actos de comunicación que la explicitan, ejercen y cimentan mediante su repetición como práctica social dentro de esta realidad. Esto es exactamente lo que sucede cuando el médico anterior refiere que los jefes de mayor subespecialización tienen la costumbre de, algunas veces, invalidar las opiniones de los más jóvenes que tienen menos títulos, sin hacer una corroboración de la información planteada.

Siguiendo con la idea anterior, a primera vista podría pensarse que es el título académico lo que pone a la jefatura o al médico más especializado en una posición de poder epistémica y socialmente superior. Sin embargo, para ubicarse en esa posición subjetiva -pero efectivamente de poder- el médico más especializado tiene que invalidar de alguna forma explícita la opinión del médico con menos formación, profiriendo, por ejemplo, “ya estás hablando cosas que no corresponden”, como ejemplifica el último médico, sin que el primero desarrolle una argumentación al respecto. Entonces, no es el título, los años estudios ni la argumentación sobre el tema lo que principalmente pone a un médico por sobre otro generando la jerarquía, sino sus actos comunicativos de invalidación contra los médicos con menos años de estudio -que no necesariamente han de tener menos información en un tema-. Estos actos comunicativos de invalidación devienen, pragmáticamente, en actos comunicativos de inferiorización que, uno tras otro, permiten construir la jerarquía de forma sólida.

A modo de síntesis, en términos pragmáticos sobre esta jerarquía se observa, en primer lugar, ella produce que la comunicación en esta unidad hospitalaria ocurra casi siempre de manera unidireccional e indirecta entre los tres estamentos. Es decir, suele ser en dirección ya sea siempre hacia abajo desde el médico a la enfermera y luego desde esta última

a la TENS, o siempre hacia arriba desde la TENS a la enfermera y luego de esta última al médico. Las TENS casi nunca se comunican directamente con los médicos. En segundo lugar, como expresa una de las TENS al principio, esta jerarquía produce un quiebre de la comunicación con el médico y, probablemente, del flujo de la comunicación en toda la unidad tanto en el trabajo como en el trato cotidiano.

La falta de participación:

Tanto a nivel individual como colectivo, los médicos incluyeron la falta de comunicación como un elemento importante dentro de su definición de *mala comunicación*.

Individualmente, en su definición de mala comunicación uno de los médicos señaló que las decisiones de las jefaturas y autoridades suelen ser tomadas sin su participación, incluso aquellas que afectan de manera trascendental sus trayectorias laborales, como puede verse en la cita a continuación:

Claro, de hecho, yo cuando me pasaron el testimonio acá, me llamaron un día a la dirección porque yo me había estado escabullendo (risas), como dos años me corría y no iba, un día me mandaron a buscar en buena onda, con harta chacota y desorden de por medio, pero, me dijeron “te queremos comunicar que desde ahora eres el jefe de la subunidad ***. No te estamos preguntando, te estamos informando”. Y bueno, desde ahí estoy.

(Bernardo, médico, 37 años de experiencia en la unidad)

Como puede apreciarse, esta falta de participación es posibilitada gracias a la jerarquía. Las jefaturas toman las decisiones de manera unilateral, porque se les confiere el poder para hacerlo. Y este acto de poder es, también, un acto de comunicación, en línea con el apartado anterior.

Luego, en la voz colectiva de su grupo focal, dos de los médicos señalan que, cuando hay comunicación, esta tiende a ser poco participativa y eso también afecta su calidad. En

definitiva, se refieren a que sus opiniones no son tomadas en cuenta en las decisiones y esto, en su representación, es también constitutivo de una mala comunicación.

En particular, Jaime realiza una crítica al sistema hospitalario debido a que, por su reciente ingreso a un área, sus opiniones y críticas no son escuchadas, como también no es invitado a las reuniones por parte del jefe médico. Esto guarda relación con la jerarquía entre nuevos y antiguos que se detalló anteriormente:

Yo siento que, en lo personal, yo puedo hablar solamente de la jefatura formativa, de la beca, y de la jefatura de *** (una subunidad). Como becados no nos incluyen en las reuniones de unida. De todas esas cosas, nosotros estamos aparte, no formamos parte. Somos como el tercer escalón de información, yo creo que ahí no contamos.

(Jaime, médico, becado de la unidad)

A su vez, Soledad recuerda una situación similar vivida en otro centro médico, en donde, ella, por ser médico, no podía participar en las reuniones generales:

De hecho, como que nunca ningún médico podía como llegar hasta allá y cuando vino el tema de la pandemia, lo vimos más, porque hacían mesas de trabajo para tomar decisiones y nunca nos incluyeron a nosotros. Nosotros dábamos opiniones “esto hay que hacerlo así o asa”, pero no nos aceptaban. De hecho, pasaron muchas cosas, errores que se cometieron por eso mismo, no porque nosotros tuviéramos la razón, sino que porque nosotros teníamos derecho a opinar en ese tema.

(Soledad, médico, becada de la unidad)

Lo anterior demuestra que las jerarquías también se reproducen desde otras profesiones.

Por otro lado, Jaime reflexiona sobre la forma de comunicarse que hay en unidad del hospital, recalando que, si bien la comunicación es directa y clara, la participación en la toma de decisiones es nula:

Y, en *** (nombre otra unidad), la información baja, es transmitida a nosotros de forma muy clara, muy directa, pero sin mucha opción de disentir ni de dar opiniones. Pero tampoco es una jefatura confrontacional ni nada por el estilo, es una forma distinta solamente, que a mí en lo personal me gusta porque es directa, es clara y es de una línea. Pero no hay mucha opción de opinar distinto.

(Jaime, médico, becado de la unidad)

Finalmente, Jaime reflexiona entendiendo que la cultura del hospital y de los médicos jefes no cambiará en cuanto a la comunicación, tomando una postura de resignación ante la falta de participación:

(...) Siento yo que hay cosas que no valen la pena tener la razón, hay cosas que uno puede dejar pasar y que no van a afectar en nada el desarrollo de tu trabajo. Y hay otras que sí lo van hacer y uno tiene que saber navegar esas aguas, creo yo.

(Jaime, médico, becado de la unidad).

La falta de información:

Este tema fue nombrado solo por las TENS a nivel colectivo en su focus-group. Fue exactamente el segundo más nombrado y profundizado por ellas cuando se les pidió definir una mala comunicación por parte de una jefatura y se relaciona directamente con la máxima de Cantidad de Grice (1975). En concreto, dos de ellas aseveran que su acceso a la información en la comunicación de la unidad es limitado, puede llevar a errores y, desde su perspectiva, se debe, por una parte, al flujo de información habitualmente indirecto que ya se detalló en el apartado de Jerarquía. Ellas lo relataron así:

- Investigador: ¿cuándo una comunicación es negativa? ¿Qué tiene que pasar para que uno diga “no lo hizo bien”?
- Clara: Por falta de información.
- Andrea: Se pueden cometer errores por falta de comunicación.
- Clara: A veces ni siquiera avisan cuando cambian indicaciones.

(Andrea, TENS, 23 años de experiencia en la unidad; Clara, TENS, 40 años de experiencia en la unidad).

Luego, otra de las TENS clarifica que en general ellas no reciben mayor información, porque son el último eslabón de la cadena o flujo de información que, como se vio en el apartado sobre la jerarquía, tiende a ser vertical, unidireccional e indirecto para con ellas:

- Beatriz: Toma de decisiones también.
- Investigador: ¿Cómo así?
- Beatriz: Muchas veces se toman decisiones y al final uno recibe solamente la orden. Entonces, también sería bueno que, en esa comunicación, también...
- Clara: Que uno en el camino ni siquiera se entera de lo que está sucediendo, sabe el resultado.
- Beatriz: Claro, que porque son los cambios. Eso sería para uno, como TENS, porque al final nosotros solamente recibimos la orden, entonces también saber porque viene esa orden, ese trasfondo, ese cambio.

(Beatriz, TENS, 15 años de experiencia en la unidad; Clara, TENS, 40 años de experiencia en la unidad).

Esta última recalca que con esta información parcial ellas no se enteran del trasfondo de las decisiones, de manera que no logran comprender a cabalidad muchas situaciones.

Finalmente, dos de las TENS indican que es la organización del trabajo al interior de la unidad -y probablemente de todas las unidades- el que no les permite acceder a toda la información sobre los pacientes, ya que ellas no están junto a los médicos cuando estos realizan las visitas a los anteriores, dado que tienen otras funciones laborales en ese momento:

- Andrea: Por ejemplo, los médicos en la mañana ellos reciben visitas de todos los pacientes y ellos hablan de todos los pacientes y nosotros no tenemos acceso a eso porque nosotros estamos con los pacientes en ese momento, estamos atendiendo a los pacientes, estamos en la sala, no tenemos acceso de mirar lo que cada paciente

y lo que ellos opinan, lo que ellos hablan, eso nosotros no lo podemos hacer. ¿Me entiende? Como la visita, porque en la visita ellos hablan de todos los pacientes y saben de todo...

- Clara: Pero tampoco es que nosotros no podamos, como que...
- Andrea: Uno no tiene tiempo para eso y tampoco...
- Clara: Como que no lo tenemos permitido, no es eso.
- Investigador: O sea si hay unos médicos conversando respecto a un paciente, ¿ustedes podrían escuchar esa conversación?
- Andrea: Nosotros no tenemos el tiempo para hacerlo porque tenemos que estar con los pacientes en sala, ver, de repente tocan los timbres, llaman las mamás, y uno tiene que estar como pendiente de eso. ¿Me entiende?

(Andrea, TENS, 23 años de experiencia en la unidad; Clara, TENS, 40 años de experiencia en la unidad).

En suma, sobre la falta de información las TENS arguyen que para ellas esta es la segunda razón más importante para definir la comunicación de una jefatura como deficiente. Las mismas indican que los médicos no siempre les comunican toda la información que ellas consideran necesaria para ejercer su trabajo con los pacientes y esto se debería en gran parte al flujo de información indirecto que se practica en el sistema de trabajo hospitalario jerarquizado. Luego, añaden como relevante que la falta de información puede llevar a errores.

La falta de tiempo (para toda la información que se debe recibir):

Por último, aunque algunos aspectos de la comunicación de las jefaturas en las reuniones de equipos son representados positivamente, como la calidad de la exposición, el tiempo durante el cual las TENS reciben toda la información necesaria en esta instancia es representado como insuficiente. Una TENS lo relata de la siguiente manera en entrevista individual:

Hemos tenido reuniones y los jefes son bien minuciosos para dar la información, todo con pantalla, para que nos quede clarito, pero de repente el tiempo como que no alcanza, es muy poco tiempo como para dar tanta información.

(Angélica, TENS, 25 años de experiencia en la unidad).

La cita anterior demuestra que, en general, la cantidad de información que puede producirse una unidad hospitalaria es elevada y el tiempo para esta no parece ser suficiente. Este es, evidentemente, un problema estructural que tiene que ver con la carga laboral y las responsabilidades decididas para cada trabajador(a). En términos de competencia pragmática, el tiempo necesario resulta una condición mínima para que la comunicación de una jefatura y de los médicos en general produzca los resultados que se esperan de ellos.

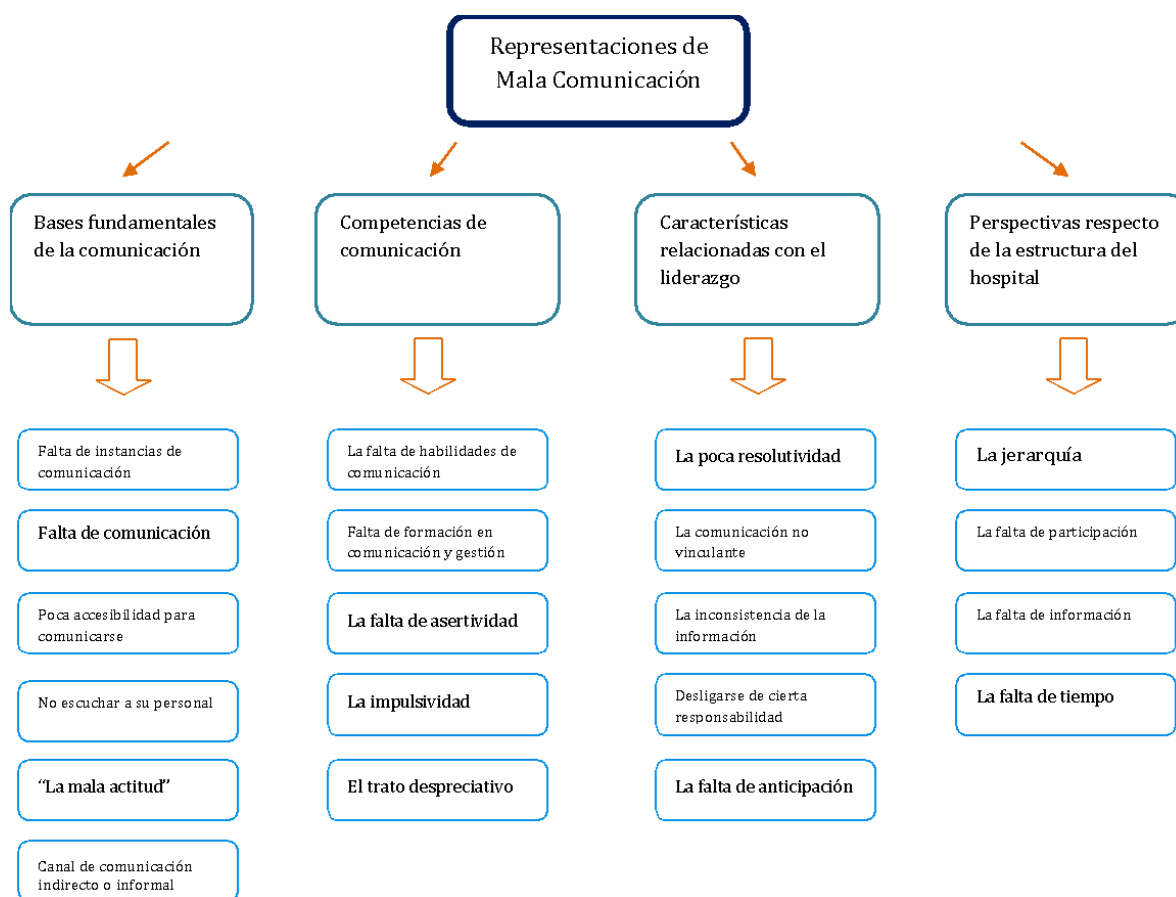
En síntesis, las definiciones de mala comunicación estos trabajadores(a) en su conjunto, en tanto que representaciones sociales, pueden categorizarse, al igual que las representaciones de buena comunicación, en principios fundamentales que no posibilitan la comunicación o el diálogo en ella, en (in)competencias comunicativas o en la falta de ellas, en características ligadas al liderazgo y en perspectivas sobre la estructura de la organización de la unidad y del hospital. Entre las bases fundamentales destacan la falta de instancias de comunicaciones programadas regularmente, la falta de comunicación entre quienes tienen cercanía física y la falta de diálogo con las jefaturas. Entre las competencias de comunicación, o más bien la ausencia de las mismas, resaltan la falta de asertividad, la impulsividad y el trato despreciativo, las cuales parecen radicar tanto en la falta de formación al respecto como en la jerarquía que permite su continuidad. Luego, en cuanto a las características ligadas al liderazgo sobresalen la poca resolutiveidad y, cuando hay resolución, que sea o no sea vinculante; así como el desligarse de ciertas responsabilidades que se esperarían sean hechas por la jefatura a través de la comunicación. Por último, en las perspectivas referentes a la estructura de la unidad y del hospital, que fueron ampliamente comentadas, se hallan la jerarquía y la falta de participación.

De esta forma, todo indica que la jerarquía social a partir de la distribución técnica de las funciones entre los equipos, que se impone formalmente pero que se concreta pragmáticamente en la práctica, y la falta de formación en el tema, son los principales factores que determinan una mala comunicación de parte una jefatura. Esto desencadena, a su vez, una

falta de liderazgo. Teóricamente, se arguye que la jefatura moviliza a sus trabajadores(as) entonces pragmáticamente más por imposición de la jerarquía que por la influencia que caracteriza al liderazgo (Heifetz, 1994; Heifetz et al., 2002; Heifetz et al., 2003; Heifetz et al., 2009). Estas ideas se validan en la Discusión del capítulo próximo.

Finalmente, en el siguiente esquema se presenta un resumen de este apartado de resultados, exponiendo los distintos temas emanados como códigos de esta categoría de representación y ordenados en las subcategorías que se han expuesto:

Imagen 3. Síntesis de Representaciones de *Mala Comunicación*.



v. Discusión

En este capítulo se discuten los resultados expuestos y analizados en el capítulo anterior acerca de las representaciones del equipo de trabajo en torno a la competencia comunicativa pragmática de sus jefaturas. Esta discusión parte desde la pregunta de investigación de este estudio de caso, que es “¿Cómo representan los equipos de trabajo de una unidad hospitalaria la competencia comunicativa pragmática empleada por sus jefaturas? En este sentido, en primer lugar, se discuten los resultados a modo general frente a la teoría de Grice (1968, 1975), la cual fue empleada desde el diseño de investigación para analizar su correspondencia con este estudio de caso y, luego, se da paso a otras teorías que proporcionan una interpretación más completa de estos hallazgos, específicamente aquellas de la Pragmática Integrada y del campo aplicado de la Comunicación y Salud.

En segundo lugar, se analizan los resultados críticos relacionados con la estructura de la organización de personal del hospital, esencialmente la jerarquía, la falta de participación y el flujo vertical e indirecto de la práctica comunicativa de la unidad hospitalaria investigada con la ayuda de los fundamentos de la pragmática de Austin (1962), e incorporando la utilización contemporánea que Butler (2004) hace de estos últimos en la empresa de interpretar la construcción de desigualdades a través del lenguaje. En tercer lugar, se discuten los elementos identificados como competencias comunicativas y características del Liderazgo, que en cantidad fueron los más mencionados tanto en las representaciones de *Buena* como de *Mala Comunicación*, a partir de la teoría al respecto de Heifetz (1994) y Heifetz et al. (2002a; 2002b; 2003a; 2003b; 2009). Todo lo anterior lleva a sugerir algunas medidas a adoptar de parte de la institución de salud con el objetivo de mejorar la representación y la práctica de la comunicación de las jefaturas.

Por último, a fin de enlazar los dos elementos de discusión anteriores, se establece una relación innovadora entre las perspectivas en alguna medida pragmáticas del poder en la comunicación y la teoría del liderazgo adaptativo al interior de la unidad estudiada, lo cual es uno de los principales aportes de esta tesis.

V.1. Grice frente a los resultados de la investigación y a otras teorías pragmáticas

Los resultados de esta investigación demuestran que la competencia comunicativa pragmática, entendida como el uso del lenguaje (Bertucelli, 1993) para el logro de intenciones u objetivos (Bravo, 2005) en un contexto dado (Moral Pérez, 2024), es altamente importante en contextos laborales y hospitalarios, pero no puede ser comprendida de manera suficiente solo a partir de la teoría de Grice (1968, 1975) sustentada en las Máximas, el Principio de Cooperación y las Implicaturas. Luego, estos resultados también comprueban que la comunicación y su eficacia son un proceso de construcción social de significado entre emisores y receptores con más o menos igual grado de participación (Albardonero, 2018; Cuberli 2008, Negroni et al., 2013), por lo que el enfoque tradicional de la competencia comunicativa, tanto de la lingüística clásica como de la aplicada, que se centran ambas en la ejecución comunicativa del emisor, se cuestiona aquí a partir de la perspectiva de la Pragmática Integrada (Ducrot cit. en Negroni et al., 2013) y del campo de la Comunicación y la Salud (Albardonero, 2018; Cuberli, 2008).

Si recordamos, por un lado, los principales constitutivos de una buena comunicación desde la perspectiva de los trabajadores(as) participantes del estudio son el respeto, la cercanía, “tener presencia”, la cordialidad ligada sobre todo al uso de una entonación adecuada; la asertividad, la resolutividad, el liderazgo y la participación. Por otro lado, las principales características esgrimidas en una Mala Comunicación son, en alguna medida como corolario de las anteriores, la jerarquía, la falta de instancias de comunicación formales, la falta de comunicación en general fuera de esas instancias, el no escuchar a su personal, la falta de habilidades de comunicación y de gestión del recurso humano, así como la poca resolutividad y, en directa relación, el desligarse de cierta responsabilidad, además de la falta de participación. Todos estos elementos remiten ya sea a prácticas observables o a efectos de la comunicación que terminan por construir la representación de la competencia comunicativa de sus jefaturas. En este sentido, todos ellos poseen indudablemente una dimensión pragmática que, sin embargo, no caben en las categorías de las Máximas de Grice (1968 y 1975).

Ante todo, es necesario esclarecer que las Máximas de Grice (1975) no se ven en esta tesis como postulados incorrectos respecto de la competencia comunicativa pragmática en el contexto profesional hospitalario, sino como insuficientes. En concreto, resulta innegable que las Máximas, ligadas al *Principio de Cooperación* y a la *Implicatura*, son las bases fundamentales para generar un mensaje inteligible, pero la comunicación es mucho más que eso, aún más la compleja comunicación laboral y hospitalaria. Por su parte, Grice (1975) argumenta que todo acto comunicativo implica un principio de cooperación, cuya regulación está dada por las máximas de Calidad, Cantidad, Relevancia y Modo. Acto seguido, señala que hay violaciones intencionales a estas máximas, las cuales, en un contexto interpretativo socioculturalmente determinado, no impiden que haya comprensión y así comunicación, ya que -y este es uno de los puntos centrales de su teoría- dicho contexto posibilita la ocurrencia de una *Implicatura* que permite construir correctamente el significado buscado por el emisor hacia el receptor. Lo anterior se evidencia, por ejemplo, en los actos de habla indirectos y en las metáforas de conocimiento popular, cuyos significados son normalmente reconocidos con facilidad en sus contextos culturales de uso.

Sin embargo, como se pudo evidenciar en los Resultados, en este estudio de caso, solo las máximas de Cantidad y de Modo han posibilitado la expresión de representaciones considerables sobre la competencia comunicativa pragmática de las jefaturas, aunque no con la misma extensión que las categorías abiertas. En síntesis, en cuanto a la Cantidad los trabajadores(as) participantes señalan que la información parece ser suficiente en las reuniones generales debidamente planificadas, pero es más escueta o incluso excesiva en algunas situaciones emergentes. Entre las primeras se encuentra el feedback, que señalan que es casi inexistente, mientras que en las segundas se encuentran ocasiones en las cuales la jefatura necesita realizar exigencias y correcciones a los médicos. Por otro lado, en cuanto al Modo, la información regular se representa como “muy ordenada” y, en consecuencia, clara, pero la información contingente se percibe ocasionalmente como desordenada, sobre todo con jefaturas anteriores. Aquí también, y en particular desde las TENS, se cuestiona un poco el canal indirecto que se suele usar en la comunicación oral, pues ellas reciben la información de los médicos a través de las enfermeras. Igualmente, se critica el uso de tecnicismos para con ellas y los familiares, que resulta poco claro. Finalmente, la abundancia de información que circula en la unidad también hace que esta sea representada a veces como confusa.

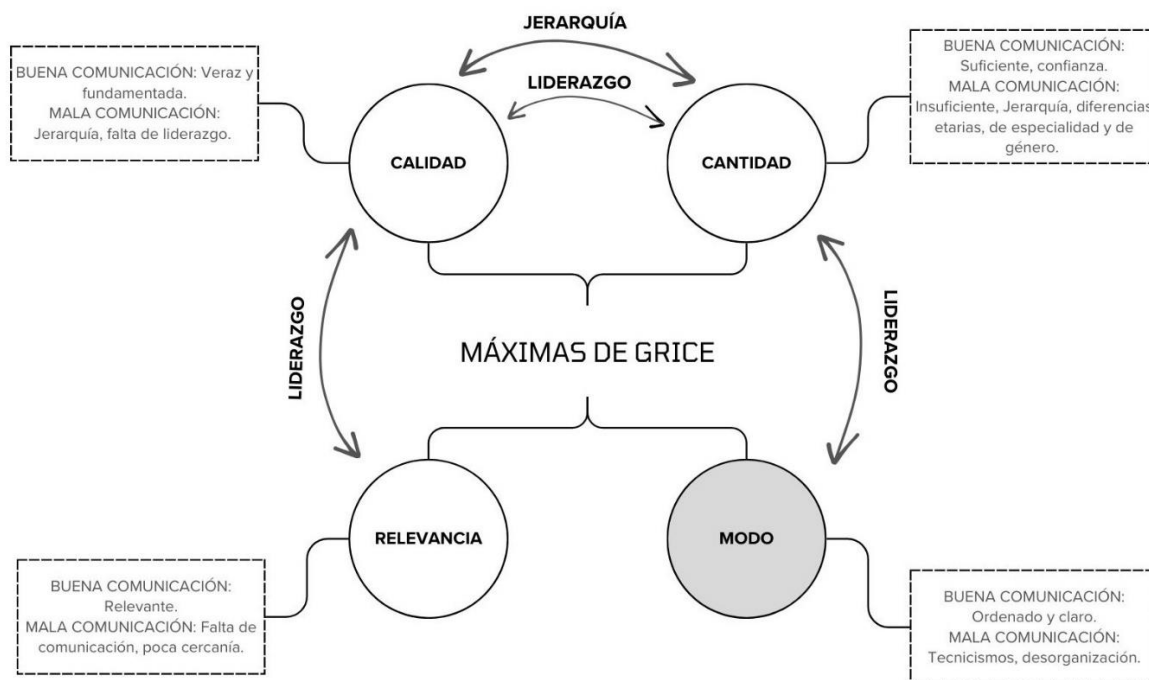
Las categorías de Grice aparecen muy poco en las representaciones abiertas de *Buena* y de *Mala Comunicación* de parte de las jefaturas. Entre las primeras apareció explícitamente solo la idea de la Claridad como constitutiva de una *Buena Comunicación* y se le considera una habilidad comunicativa; entre las segundas se hacen algunas referencias a la Cantidad y aparece nuevamente la Claridad, pero esta vez como una herramienta del liderazgo que permite un buen flujo de la comunicación y evita malentendidos.

Por lo tanto, por las razones anteriores se comprueba que las Máximas de Grice (1968; 1975) son insuficientes para el cometido de representar de manera amplia la competencia comunicativa pragmática de una jefatura hospitalaria desde la perspectiva de sus trabajadores(as).

No obstante, teóricamente se puede intentar establecer algunas relaciones entre las Máximas de Grice y las subcategorías emergentes de los trabajadores(as) para definir y evaluar la comunicación de sus jefaturas. En definitiva, varios elementos de la subcategoría de *características vinculadas al liderazgo* tienen matices que se acercan a las cuatro Máximas de Grice (1968; 1975). Sin embargo, estas relaciones son principalmente teóricas y se desprenden del análisis comparativo entre las categorías de este estudio hecho por el autor, ya que, con la excepción de la Claridad, las y los participantes no vinculan en sus discursos explícita ni implícitamente la calidad, la cantidad ni la relevancia con las representaciones de buena y mala comunicación respecto de las jefaturas.

El siguiente esquema sintetizan estas posibles relaciones entre las máximas de Grice y las principales representaciones emergentes de *Buena* y de *Mala Comunicación* de los trabajadores(as):

Imagen 4. Síntesis teórica entre las máximas de Grice y las representaciones de *Buena Comunicación* y *Mala Comunicación*.



Entonces, el análisis anterior lleva a formular que la teoría de Grice (1968 y 1975) tiene al menos un problema detectado en esta investigación: confunde el acto de habla con el acto comunicativo e ignora así una serie de elementos de la comunicación que intervienen en la construcción de significado y en sus efectos sociales. Estos últimos son esenciales para la categoría misma de “competencia comunicativa pragmática”. En concreto, Grice analizó los actos de habla como unidades de la comunicación, pero la comunicación no es solo el habla o el texto escrito -según el caso-. Así lo reconoció tempranamente Hymes (1961), quien esquematizó el conjunto de elementos que conforman el acto de comunicación en el Modelo S.P.E.A.K.I.N.G. Este último se compone -por sus siglas en inglés- de la situación o contexto (S), los participantes (P), los objetivos o intenciones (E), los actos o contenidos lingüísticos (A), la entonación (K), los instrumentos (I) -donde entra el cuerpo y toda materialidad que participa en la ejecución de la comunicación-, las normas (N) y el género discursivo (G).

En particular, desde la perspectiva de esta tesis se destaca el rol trascendental que el contexto y los distintos participantes tienen en la construcción del significado, el cual es reconocido por la pragmática integrada de Ducrot (citado en Negroni et al., 2023) y por el campo de Comunicación y Salud consignado en el Estado del Arte (Albaronedo, 2018; Cuberli, 2008). En otras palabras, los actos de habla son solo una parte de los mensajes y estos, a su vez, solo una pequeña parte de la comunicación que, entonces -uniendo de alguna forma a Hymes, Ducrot y Cuberli- puede ser definida como un proceso de construcción sociocultural de sentido entre emisores y receptores -en roles intercambiables- a través del intercambio de signos que en conjunto constituyen información, y para cuya ejecución se requiere de una serie de elementos subjetivos y materiales que se conjugan de manera orquestada.

Así, los resultados de esta investigación demuestran que efectivamente se precisa de Calidad, Cantidad, Relevancia y Modo para elaborar un acto de comunicación o mensaje que se entienda, ya que la información hospitalaria debe ser verdadera, suficiente, precisa y ordenada, pero en el contexto hospitalario la comunicación debe ser mucho más que solo comprensible. Esto porque los equipos de trabajos no son máquinas procesadoras de información, sino personas y sujetos sociales con acervos culturales, quienes con esas condiciones establecen relaciones laborales y humanas dentro de la estructura social particular que es el hospital.

Todo lo anterior hace necesario un análisis pragmático que, aunque entrado en aspectos específicos de la comunicación para un abordaje metodológico preciso, incorpore también los demás elementos que intervienen en la representación de la competencia pragmática de las jefaturas. De hecho, inclusive en estudios sobre la competencia pragmática aplicada a la enseñanza de idiomas -donde esta ha tenido un desarrollo fructífero- se señala que la competencia pragmática es indisociable de las demás competencias comunicativas (Moral Pérez et al., 2024). En definitiva, las palabras, orales u escrituras, no circulan por sí solas en la realidad y la construcción de su significado depende de muchas otras variables que solo las lingüísticas, tales como, sobre todo, de los sujetos receptores de la información (Cuberli, 2008; Negroni et al., 2013), del contexto sociocultural colectivo (Albaronedo, 2018) y, como se verá más adelante, de la estructura social que configura en gran parte la dinámica entre estos dos.

En el mismo sentido de lo ya expuesto, para esta tesis ha resultado revelador corroborar que las acciones y omisiones de comunicación muchas veces no producen el significado esperado por su emisor. Tal es el caso, por ejemplo, de un acto de comunicación anticipatorio referido por una TENS, con el que la jefatura probablemente buscaba preparar a los trabajadores(as) para todo el trabajo que significa el brote de una enfermedad y, así, lograr motivación y adhesión al trabajo en equipo. Sin embargo, la TENS representa -en tanto que interpretación- que esto fue un acto de valoración para con ella y su estamento, tal como declaró en un momento de la entrevista:

- Beatriz: Pero hemos tenido la experiencia con el doctor *** (jefatura de la unidad), que de repente llega un día, y ha pasado varias veces, que llegó el año pasado cuando hubo ese tremendo brote de*** (una patología), llegó allá y él dijo “chicas, están, así las cosas, va a pasar esto y esto. Yo sé que ustedes son todas comprometidas con el servicio y yo les pido por favor que tengan paciencia y que luchemos todos por lo mismo, y rememos todas para el mismo lado, porque esto se viene duro...”
- Investigador: ¿Para qué te sirvió eso a ti? ¿Qué valor tiene?
- Beatriz: Sentí que era valorado el trabajo de nosotras y que era importante que nosotros, o sea, decir eso a nosotros considere que era importante nuestro trabajo. Bueno, yo siempre he considerado que nuestro trabajo es importante, pero que él lo diga, que la jefatura lo diga, es como un valor agregado.

(Beatriz, TENS, 15 años de experiencia en la unidad)

De esta manera, se comprueba lo señalado por Negroni et al. (2013) a partir de la Pragmática Integrada de Ducrot y otros sobre la polifonía del significado: este último no es el fiel reflejo del acto de habla ni de la intención del hablante, sino una construcción subjetiva que, en definitiva, es terminada por el oyente. Al respecto, Butler (2004) va mucho más allá y, basada en la pragmática de Austin y en el despliegue del poder en el discurso planteado por Foucault (citado en Butler, 2004), asevera que las palabras tienen muchas veces efectos inesperados e incontrolables, tal como sucede en la cita anterior.

En adición, la idea del rol imprescindible del receptor en la construcción del significado se encuentra también contenida en la definición de Representación Social de Jodelet (1986), en tanto que conocimiento social que tiene como función última interpretar la realidad por parte de quienes la viven, con el objetivo de hacerla aprehensible y poder posicionarse en ella. La representación social es así una construcción mayor -más compleja y consolidada- de significado de tipo cognitivo. He aquí la importancia de incluir la perspectiva de los receptores de la información en los análisis pragmáticos de los efectos de la comunicación de las jefaturas, es decir a los trabajadores(as), ya sea para fines de eficiencia, pertinencia y/o para conocer los procesos de construcción de las relaciones y del clima laborales. Así, son en gran parte los trabajadores(as) quienes pueden evidenciar esa efectividad y, en definitiva, la calidad de la comunicación -en un sentido general y no reducido como el de Grice-.

Lo anterior lleva también a considerar tangencialmente el abordaje de la inteligencia emocional referido en el Estado del Arte a partir de los estudios de Reuven Bar-On (1997) y Tumani *et al.* (2022). Tal como de alguna manera señalan estos autores, se requiere más que el simple “tacto” para poder comunicarse con los trabajadores(as) luego de momentos sensibles, tales como el fallecimiento de un paciente o cuando un trabajador está pasando por algún mal momento personal, o bien cuando es la jefatura quien ha tenido una sobrecarga emocional. La literatura al respecto señala que es necesario que las jefaturas tengan cierto control emocional -que no es sinónimo de oprimir sus emociones- y el conocimiento de formas planificadas de comunicación para que esta sea más asertiva y transmita los significados que precisa en un momento dado. A la vez, estas formas deben variar según el estado emocional de los trabajadores(as), validando las emociones de estos últimos al mismo tiempo que se logran los objetivos laborales -siempre que no haya necesidad directamente de una licencia médica, por supuesto, o bien sugiriendo revisión médica cuando lo crean necesario-. En esta investigación no se ahondó en aspectos de salud mental ni en la competencia psicolingüística, ya que no eran parte de los objetivos y constituyen otro objeto de estudio por sí solos, pero algunos aspectos al respecto fueron mencionados en las categorías abiertas. En consecuencia, se identifica que esta es una línea de investigación que los estudios comunicacionales y organizacionales en salud podrían seguir desarrollando.

En síntesis, el análisis pragmático, que forma parte del canon de la lingüística y de los estudios de comunicación, resulta aun altamente relevante a la hora de pesquisar las

representaciones de la comunicación de las jefaturas en contextos laborales como el hospitalario. En particular, ha resultado bastante fructífero para analizar las representaciones de la pertinencia de la comunicación de los médicos, ya sea trabajadores o jefaturas, pues estos en general suelen ser las cabeceras de los equipos. En la utilidad de este enfoque resalta principalmente su capacidad para identificar y problematizar tanto la práctica como los efectos de la comunicación de forma amplia, sobre todo en cuanto a las relaciones de poder, la estructura social y a los procesos sistémico-prácticos que los atraviesan. Y, como puede verse, en esta misión el enfoque de Grice (1968; 1975) fue insuficiente por las razones aquí desarrolladas. Fue entonces necesario recurrir a otras teorías de la pragmática, como la integrada de Ducrot (citado en Negroni et al., 2013) y a la incorporación que Butler (2004) hace de los planteamientos pragmáticos a la filosofía crítica del discurso. La utilidad de este último se expone en el siguiente apartado.

V.2. Jerarquía y comunicación en el hospital: una interrelación pragmática y social

Como se pudo ver en los resultados, la dinámica de comunicación de esta unidad investigada como estudio de caso se encuentra ampliamente atravesada por la jerarquía de la estructura del hospital y de la forma típica del trabajo en salud. Esta fue efectivamente el tema más nombrado y problematizado por los trabajadores (as) en su representación de *Mala Comunicación*, sobre todo en las representaciones colectivas que permitieron compartir las ideas de grupo. El análisis de esta dinámica lleva a sintetizar uno de los principales hallazgos de esta investigación: como ya se ha insinuado, en esta unidad hospitalaria se puede inferir que la distribución técnica y formal de las funciones de los distintos estamentos -TENS, enfermeras y médicos- del equipo interdisciplinario deviene en una jerarquía social entre los mismos. Además, resulta medular que esta jerarquía, que tiene en su cúspide a la jefatura médica y luego a los médicos general, se establece primeramente en términos formales - contractuales y desde las ciencias de la salud-, pero luego se reafirma y así se termina de construir en la práctica social de la comunicación, ya que la pragmática, gracias a sus

elementos realizativos y perlocutivos (Austin, 1962), es uno de los fundamentos del poder del lenguaje (Butler, 2004).

En otras palabras, por un lado, con la distribución técnica de las funciones de los estamentos se hace referencia a las funciones propias de médicos, TENS y enfermeras según el conocimiento de cada disciplina y, en función de ellas, al rol que cada una debe tomar a la hora de llevar a cabo los procedimientos sanitarios. Por otro lado, como jerarquía social se designa aquí al ordenamiento vertical del valor y del poder de los distintos estamentos, el cual deriva en comportamientos diferenciados no solo en cuanto a los procedimientos técnicos, sino a las prácticas que cada estamento tiene permitido en el espacio laboral de manera más general - como, por ejemplo, el derecho a participar de la comunicación directamente-, las cuales se ordenan en distintas posiciones de poder formando una jerarquía. Ambos ordenamientos parecen estar siempre presentes, pero no son lo mismo: por supuesto que una TENS no hará el trabajo de un médico, sin embargo, más por costumbre que por obligación normativa, ellas no suelen hablar directamente con el médico, aunque lo tengan al lado y pese a que el hacerlo no perjudicaría ningún procedimiento sanitario. Ahí hay más bien una fuerza social que se lo impide. El médico es así no solo una autoridad técnica, sino también una autoridad social dentro de la unidad y, como señalaba uno de los médicos en una entrevista individual, lo es incluso fuera de ella. En la cúspide de esta jerarquía se encuentra, por supuesto, la jefatura médica de la unidad por sobre los demás médicos. Análisis críticos sobre la jerarquía en los hospitales se evidencian por lo menos desde la publicación de *Vigilar y Castigar* de Foucault (1983, publicado por primera vez en francés en 1975).

Desde la pragmática (Austin, 1962) y la filosofía del discurso (Foucault, 1973 y 1986; Butler, 2004), en esta tesis se argumenta que esta jerarquía social se construye pragmáticamente en la práctica social de la comunicación en la forma de, sobre todo, actos de comunicación de imposición autoritaria -órdenes, indicaciones y prescripciones que son producidas con elementos lingüísticos específicos para ser tales-, ya que la relación social jerárquica entre TENS, médicos y enfermeras no se encuentra estipulada en ningún contrato ni en ninguna normativa sanitaria, y su sola imposición formal tampoco sería sinónimo de su práctica. Más bien, esta jerarquía social se construye -se aprende y se reproduce- prácticamente en cada uno de los actos de comunicación que directa e indirectamente la reafirman. Lo anterior se evidencia, por ejemplo, en la representación de las TENS cuando

señalan que reciben indicaciones que provienen de los médicos solo a través de las enfermeras, pues estas últimas y los médicos son dos niveles jerárquicos que existen sobre ellas y que deben respetar incondicionalmente. Lo mismo ocurre cuando las enfermeras señalan que perciben clasismo, con una mirada “hacia abajo” de parte de los médicos en su forma de comunicarse. O cuando uno de los médicos expresa que ellos simplemente acatan las órdenes de la jefatura sin diálogo o cuestionamientos al respecto, incluso cuando estos son técnicamente necesarios, porque, profiere él, “son sumisos”. Por supuesto, uno de los elementos que más se ve afectado por esta jerarquía social es la participación comunicativa al interior de la unidad. En suma, todas estas prácticas reiteradas en el tiempo van cimentando la jerarquía social tanto en la subjetividad individual como en la intersubjetividad colectiva, hasta el punto de convertirse ella en una fuerza social que incita a seguir repitiendo las mismas prácticas: esa rigidez repetitiva es la jerarquía.

En otras palabras, esta jerarquía y la comunicación jerárquica que la sostiene devienen en un fenómeno estructural según la definición de Bilbao (2021) a partir de Lévi-Strauss, ya que determinan la lógica de funcionamiento de este sistema social.

A continuación, se reiteran algunas de las citas de los resultados que explicitan la construcción pragmática de la jerarquía. Comenzando con las TENS en su grupo focal, ellas declaran:

- Clara: Porque a veces el médico se ve como una persona inalcanzable, no en el sentido de que ellos son... no como personas, no en ese sentido, si no que el cargo que tienen...
- Andrea: A nivel jerárquico.
- Clara: Exactamente.
- Denisse: Aquí hay mucha jerarquía y por algo se ha conservado, a pesar de que han venido nuevos jefes igual ellos siguen manteniendo la jerarquía.
- Clara: Y está muy marcada la jerarquía.
- Investigador: Y esa jerarquía, ¿es distancia?
- Denisse: Con los médicos sí.
- Clara: Es que en realidad uno tiene más cercanía con las enfermeras que con el médico de la unidad o del servicio.

- Andrea: Claro, eso es lo que pasa, como que el médico con la enfermera y la enfermera nos transmite a nosotros mediante la indicación de ella, que ya la leyó en la ficha o se la dice directamente a ella y nos transmite a nosotros, por ejemplo, si hay algún medicamento que administrar en el momento llega y nos dice “Gloria tienes que pasar este medicamento al tiro que lo indicó el doctor”, por ejemplo.

(Andrea, TENS, 23 años de experiencia en la unidad; Clara, TENS, 40 años de experiencia en la unidad; Denisse, TENS, 25 años de experiencia en la unidad).

De esta manera, la participación de las TENS en la comunicación está limitada más social que técnicamente a sus colegas y a las enfermeras, sin acceso a los médicos en general.

Luego, desde las enfermeras la jerarquía se relata de la siguiente manera:

Yo en lo negativo puse la mirada vertical que tienen muchos, que miran hacia abajo, no hay una horizontalidad, y por lo mismo no escuchan opiniones. Siento que el gran problema en algunos de los médicos es el clasismo, que no nos ven como un par, entonces, como que les gusta hacer esa diferencia. Cuando tú en un equipo... uno trata de decir “para mi es normal, yo me relaciono con un ser humano no me relaciono ni con un médico, ni con un TENS, ni con una enfermera, me relaciono con un ser humano, me da lo mismo lo que estudio, cómo estudio...” Entonces, para algunas personas, siento yo, que los médicos no lo ven de esa manera.

(Eugenia, enfermera, 23 años de experiencia en la unidad)

Por último, en el caso de los médicos:

- Investigador: Vamos a suponer que hay una instancia en que el jefe dice una cosa y los trabajadores...
- Alexis: No, no, no...
- Investigador: ¿Van a hablar los otros?

- Alexis: No, yo creo que no. Nadie habla, al menos aquí en *** (nombre de la unidad) no va a hablar nadie. Yo creo que en otros servicios sí.
- Investigador: Y aquí, solo para chequear, ¿por qué no van a hablar?
- Alexis: Porque somos sumisos, vamos a aceptar todo lo que venga del jefe. Tenemos esa personalidad acá.

(Alexis, médico, 16 años de experiencia en la unidad)

En síntesis, los aspectos pragmáticos que cimentan esta jerarquía son principalmente los actos de comunicación de imposición, tales como las órdenes, las prescripciones y las indicaciones unilaterales que nadie más parece tener derecho a contradecir, aunque en algunos momentos parezcan necesarias. Así mismo, como señala una de las enfermeras más arriba, el no escuchar opiniones, ya sea porque no se da la oportunidad o porque se responde con un silencio que produce más silencio, también se convierte en un elemento pragmático, pues tiene el efecto de agotar toda posibilidad de conversación.

Luego, para que estos actos de habla adquieran un carácter pragmático impositivo - ordenar, prescribir, indicar, etc.- deben ser proferidos con elementos lingüísticos específicos que la convención social permite interpretar como tales. De estos elementos, los trabajadores(as) mencionan principalmente la entonación ascendente y la intensidad o volumen de la voz alto y sostenido en cuanto a la fonética, además de mensajes lingüísticos taxativos y en modo imperativo -“haga esto”, “administre tal cantidad”, “no se detenga”, “a contar del día de hoy deberán marcar tarjeta de esta forma”, etc-. Si recordamos los elementos pragmáticos y lingüísticos de las definiciones de Respeto, la ejecución pragmática de la Jerarquía se opone diametralmente a este.

Así, todas estas citas, junto con los elementos lingüísticos descritos en la última parte, demuestran que la jerarquía, luego de declararse contractual y académicamente solo en cuanto a funciones técnicas, termina por constituirse como una jerarquía social a través de la práctica de la comunicación gracias al poder pragmático de la misma, en el sentido de que es acción y tiene efectos en la realidad (Austin, 1962; Butler, 2004): la jerarquía es tanto práctica como efecto. Luego, se enfatiza que esta produce igualmente una comunicación que es vertical y unidireccional, la cual trae representaciones negativas sobre las relaciones laborales, como se ha expresado a lo largo de todo el capítulo de resultados. Además, todo indica que el

ejercicio de la jerarquía es el recurso más frecuente de las jefaturas a la hora de pretender cambios, correcciones e innovaciones en la unidad, es decir, se han convertido en la forma de trabajo de la jefatura por uso, norma y defecto.

Por último, la existencia de las jerarquías hospitalarias rígidas y centralizadas ya ha sido documentada en investigaciones precedentes, como la de Rocha (2014) y la de Vegro et al. (2016), consignadas en el Estado del Arte. Estas investigaciones señalan que los principales efectos de la ejecución de estas jerarquías son el descontento y la falta de motivación de los trabajadores.

V.3. El liderazgo como aglutinante de los elementos de *Buena Comunicación*

Hablar de jefaturas es inevitablemente hablar de liderazgo. De hecho, catorce de los temas mencionados por los participantes tienen que ver con este concepto desarrollado por los estudios organizacionales y administrativos, constituyéndose la subcategoría de representaciones más amplia de la investigación. Por este motivo, este apartado se dedica a discutir estos resultados alrededor de dicho concepto. A la vez, estos temas son representaciones directas sobre la comunicación de parte de las jefaturas, de manera que, tal como argumentan a De Vries (2009) y Garay Madariaga (2010), aquí se comprueba una relación intrínseca entre la comunicación y el liderazgo.

Para interpretar adecuadamente todas características del liderazgo surgidas en las representaciones tanto de buena como de mala comunicación, se ha recurrido a la Teoría del Liderazgo Adaptativo de Heifetz (1994), Heifetz y Linsky (2002, 2003) y Heifetz et al. (2009), la cual se centra en cómo los líderes deben guiar a sus organizaciones y comunidades a través de desafíos complejos y cambios profundos. Esta teoría, se basa en la idea de que los líderes deben movilizar a sus seguidores a enfrentar y resolver problemas adaptativos, que son aquellos que no tienen soluciones claras y que, en muchos casos, para encontrar una solución requieren una reconfiguración de valores, creencias y comportamientos. Incorpora una perspectiva del observador y para ello es fundamental que exista en las personas un auténtica consciencia de problema. Su idea principal es que el liderazgo consiste en movilizar a las personas para que enfrenten los problemas difíciles, no en proporcionar soluciones fáciles

(Heifetz, 1994; Heifetz et al., 2009). Además, en esta tesis se considera la premisa de que sin comunicación no hay liderazgo (De Vries, 2009; Garay Madariaga, 2010), ya que la única forma de construir liderazgo es a través de la comunicación.

El autor es conocido por su trabajo seminal durante las últimas tres décadas en la práctica y la enseñanza del liderazgo; su investigación se centra en cómo construir capacidad de adaptación en sociedades, empresas y organizaciones en general. Su libro *Leadership Without Easy Answers* (Heifetz, 1994) propone un punto de comprensión muy distinto a las teorías o enfoques que lo antecedieron. Es la idea de que no se “es” líder, pues no se trata de ser poseedor de características extraordinarias de la personalidad. Se trata más bien de “ejercer” el liderazgo, es decir, este es una decisión y una acción que las personas pueden tomar o no para movilizar un cambio e inspirar a personas con un sentido de propósito. Para ello es fundamental, ante todo, que la persona en el rol de jefatura entienda que posee, dos tipos de autoridad. Una es la Autoridad técnica o Formal y la otra es la Autoridad Informal. La primera -formal- es aquella que entrega el cargo o rol, vale decir las atribuciones contenidas en el solo hecho de ser nombrado jefatura por el medio formal y normativo que corresponda. Las típicas prerrogativas de esta autoridad como fijar metas, generar mecanismos de control y/o supervisión, evaluar, contratar despedir, dar instrucciones. Es decir, los aspectos que el autor denomina como los factores técnicos de la tarea (Heifetz, 1994).

Desde esta perspectiva teórica, podríamos entender que una jefatura médica cuenta con una autoridad formal, que en esta investigación se ha señalado que deviene en una jerárquica social a través de las prácticas autoritarias de comunicación, a través de las facultades para administrar a otros(as) en el ejercicio de su cargo y para asegurar una exitosa gestión con sus pacientes. Básicamente, consiste en dar las directrices en tanto que autoridad incuestionable. Los resultados de esta investigación han dejado de manifiesto que esta autoridad y las prácticas que la construyen generan una dinámica de relacionamiento jerárquica de la jefatura respecto de los otros profesionales de los equipos de salud. La otra autoridad, la Autoridad Informal, en cambio, es otorgada por el equipo y es la retribución de al menos tres condiciones percibidas por los trabajadores(as); credibilidad, confianza y coherencia, proyectada por el jefe(a), con las cuales este podría llegar a movilizar e inspirar personas y equipos en aspectos no técnicos, sino adaptivos, como los llama el autor, y que se traducen en un mayor involucramiento y compromisos con iniciativas de mejora y cambio (Heifetz et al. 2002a). Este segundo tipo de autoridad, que es la que se ejerce a través del liderazgo adaptativo, no se evidencia en las representaciones de este estudio de caso.

Luego, en Heifetz es importante la distinción entre dos tipos de problemas:

- Problemas técnicos: Son aquellos que tienen una solución clara y generalmente pueden resolverse mediante la aplicación de habilidades conocidas o procesos preestablecidos. Los líderes pueden guiar a sus equipos proporcionando las respuestas correctas. Aquí se trata por tanto de ser efectivos y eficientes en la gestión, puesto que, frente a desafíos o problemas conocidos, se saben las respuestas. Y la jefatura se limita a dar las instrucciones y supervisar resultados. Que, para el caso de los procedimientos o tratamientos, propios del ámbito de la salud, son esenciales y críticos (Heifetz et al., 2009).
- Problemas adaptativos: son complejos, no tienen soluciones fáciles y requieren que las personas cambien su forma de pensar, sus valores y su comportamiento. Estos problemas demandan una renovación profunda de la manera en que los individuos y las organizaciones operan. Y es en estos casos, donde el autor y su enfoque teórico proponen que los líderes deben movilizar e inspirar a las personas a encontrar nuevas formas de abordar estos problemas. Generando con ello una evidente mayor participación y compromiso con la gestión y los resultados (Heifetz et al., 2009).

De esta manera, el liderazgo es entendido como un proceso colectivo. El autor destaca que el liderazgo no es un fenómeno aislado de la figura del líder, sino como un proceso en el que el líder y los seguidores interactúan de manera dinámica, es decir comunicativa y dialogante. Los líderes deben movilizar a los seguidores para que se enfrenten a las dificultades y aprendan a adaptarse a nuevas realidades. El líder es así un facilitador que, en lugar de proporcionar respuestas definitivas, ayuda a las personas a enfrentar el desafío, a pensar críticamente y a encontrar soluciones. Los líderes deben estar preparados para dar espacio para la experimentación y el aprendizaje dentro del grupo, incluso si esto implica tolerar la incertidumbre. Como se puede inferir, el liderazgo está entonces muy lejos de la estructura jerárquica de la unidad hospitalaria estudiada y de las prácticas que la sustentan.

El mismo autor enfatiza que un líder no solo debe ser capaz de adaptarse él mismo, sino también debe desarrollar la capacidad de adaptación en los demás. Para ello, el líder debe desafiar a los seguidores a salir de su zona de confort, lo cual a menudo implica afrontar conflictos y tensiones dentro del grupo. Los líderes deben identificar los problemas adaptativos, movilizar a las personas para que enfrenten estos problemas y ayudarlas a aprender y adaptarse. Para ello, deben estar dispuestos a hacer frente al conflicto, gestionar el estrés y ayudar a los miembros del grupo a mantenerse comprometidos con el proceso,

incluso cuando las soluciones no son inmediatas. Todo lo anterior requiere, por supuesto, alta presencia o una presencia eficiente de la jefatura y una muy buena competencia comunicativa.

Otro aspecto relevante de esta teoría es la comprensión que el autor tiene de la autoridad, la cual que no recae completamente en el líder, sino que se distribuye entre los miembros del grupo, quienes deben colaborar en la solución del problema. El liderazgo es así más horizontal que vertical, y todos los miembros deben comprometerse con el proceso. Y en relación a posibles escenarios de tensión y/o conflictos, Heifetz y Linsky subrayan que el conflicto, lejos de ser algo negativo, es una parte esencial del proceso de adaptación (Heifetz & Linsky, 2002 y 2003). Los líderes deben ser capaces de gestionar el conflicto de manera constructiva, promoviendo la colaboración y el aprendizaje a través de las tensiones que surgen, tal como los participantes de la investigación señalaron necesitar en muchas ocasiones:

A veces desligarse de responsabilidades por creer que son únicamente del Servicio. Yo creo que igual sería como en base a los conflictos o que, por ejemplo, yo hace dos años tuve un problema con una TENS que no era muy amable la verdad, entonces se dije a la jefatura, pero me dijo que eso era responsabilidad del servicio, de las enfermeras. Al final no se hizo nada, mi compañera se fue. Pero, eso fue un conflicto del cual se desligó un poco. Entonces, yo lo sentí así, como que cada uno se salva como puede.

(Patricia, TENS, 4 años de experiencia en la unidad).

Por otro lado, en el mismo sentido:

- Consuelo: Tal vez a medias la información, eso sí me ha tocado.
- Investigador: ¿Ese “a medias” es expresión de qué?
- Consuelo: Puede ser que no tenga muy claro, puede ser por omisión, que no la dicen entera para no decir que no.
- Investigador: Buena.
- Consuelo: Un poco por omisión. No dan la información para no tener problemas de que tú vayas a decirle “¡Pero cómo!”. En ese aspecto podría ser.
- Investigador: A veces puede ser también expresión de que: digo lo que siento que no me va a provocar tanto conflicto y lo guardo...
- Consuelo: Exacto, eso es lo que quería decir.

- Investigador: Ahí omito.
- Entrevistada: Sí, justamente.

(Consuelo, 40 años de servicio en el hospital)

Cabe mencionar que en esta última cita la médico liga la resolución de conflictos directamente con la comunicación.

Así mismo, de Heifetz (1994), Heifetz y Linsky (2002, 2003) y Heifetz et al. (2009) consideran el liderazgo como una responsabilidad compartida para movilizar a las personas hacia un cambio significativo. En este sentido, un concepto clave de su enfoque es la "autoridad adaptativa", donde el líder debe facilitar la resolución de problemas de cambio, es decir, aquellos que no tienen respuestas claras o soluciones predefinidas y que requieren de la participación activa de todos los involucrados. Este tipo de autoridad implica generar confianza, distribuir el poder y guiar a las personas en procesos de aprendizaje y transformación. De este modo, el autor destaca que la autoridad auténtica no se trata de imponer decisiones, sino de ser capaz de movilizar a otros a través del diálogo para que enfrenten las incertidumbres y los conflictos inherentes al cambio.

En más de una ocasión los participantes del estudio expresaron la necesidad de habilidades de liderazgo, como este médico:

Yo creo que la gente sigue al que tiene vocación de líder. Los otros a lo mejor respetan a otras personas, pero para seguirlo, para subirse al carro a hacer cosas tiene que tener una... algo tiene que lo siguen, digamos, y lo que se me ocurre es que es lo que tu haz estado mencionando, que tiene el liderazgo, que tiene la capacidad, que es claro, que puede... va a sonar un poco suntuoso tal vez, pero que puede encantar a la gente con un proyecto, no encantos personales, sino hacer que la gente lo sigan en un proyecto, en un sueño, en algo que se le ocurrió. Algunos pueden; otros no pueden no más, o no quieren.

(Bernardo, médico, 37 años de servicio en el hospital)

Sin embargo, varios trabajadores(as) participantes de esta investigación señalaron que las jefaturas hospitalarias no suelen tener competencias de liderazgo, como en el siguiente caso:

- Dominique: Las habilidades blandas, creo yo, que no tienen manejo de personal, de saber liderar equipos, porque si bien uno nace con esto de poder, también se aprende y uno puede aprender mucho de comunicación y de cómo manejar y trabajar en equipo, solución de conflicto. Hay gente que le nace y gente que realmente tiene que aprender, y se puede aprender, pero no les interesa a veces.
- Investigador: Perfecto, no les interesa.
- Dominique: Yo siento que no.
- Investigador: No saben y no les interesa saber.
- Anastasia: Porque son los jefes.
- Dominique: Sí. En el Olimpo.

(Dominique, enfermera, 12 años de experiencia en la unidad; Anastasia, enfermera, 2 años de experiencia en la unidad)

El liderazgo -y específicamente el adaptativo- es entonces esencial para el buen ejercicio de una jefatura y, desde la perspectiva de esta tesis y siguiendo a De Vries (2009) y Garay Madariaga (2010), este se encuentra estrechamente ligado a la comunicación. Esto porque, aparte del liderazgo expresado de forma explícita como en las citas anteriores, se han identificado otros trece temas referidos por los trabajadores(as) en sus representaciones que también guardan relación con el liderazgo. Tal es el caso de la Empatía, la Resolutividad, Equidad, la Valoración, la Visión de Presente y de Futuro, la Comunicación (no) Vinculante y la (in)Consistencia de la Información como mitigante de la confianza.

Luego, la relación entre estos elementos y las Competencias de Comunicación es tan estrecha que varias veces fue difícil agruparlos en una subcategoría o en la otra, porque los límites entre ambas definiciones son a veces difusos. Por ejemplo, la resolutividad es una acción tanto gerencial -referida a la toma de decisiones oportunas y eficientes- como comunicativa, porque las decisiones son actos de habla ilocutivos -la acción de decidir- y perlocutivos -la decisión como efecto y los efectos de esa decisión-. Lo mismo sucede con la Visión de Presente planteada por un médico, ya que si bien implica acciones de monitoreo y planificación, las primeras son, en gran parte, actos de habla pragmáticos específicos:

preguntar qué está sucediendo y recabar información in situ constantemente. En otras palabras, los trabajadores(as) representan a la jefatura como líder solo si son testigos de sus acciones de liderazgo que, al mismo tiempo, son en gran parte acciones de comunicación pragmáticamente específicas.

La literatura del Estado del Arte de esta tesis también sugiere que el buen manejo de la comunicación desde las jefaturas tiene una finalidad estratégica (Bermúdez & González, 2011; Gutiérrez Betancur et al., 2022; Petrona, 2021; Pezo-Ávila et al., 2020; Ramírez Molina & Hugueth Alba 2017). Es decir, la comunicación permite llegar a cabo los objetivos de una institución, de manera que su organización y planificación es vital. Y, como puede verse en los resultados, en consonancia con Heifetz, la estrategia organizacional se lleva a cabo a través del liderazgo y este es, en gran parte, un conjunto de acciones de comunicación: planificar, monitorear, preguntar, dialogar, informar, escuchar, decidir y resolver, entre otras.

En síntesis, este enfoque teórico del liderazgo se opone a los modelos de gestión en donde existe una excesiva jerarquización de la figura de la jefatura, como en la unidad hospitalaria estudiada, pues esta última dificulta el logro de objetivos, los procesos de cambio y un auténtico compromiso con desafíos adaptativos que les permita a las personas y equipos ganar en motivación e involucramiento con sus tareas. Por ello, una figura o un estilo de ejercer la autoridad que se sustenta solamente en el poder del cargo, como en esta unidad hospitalaria, corre el riesgo de, por un lado, caer en un autoritarismo, como se evidencia varias veces la unidad hospitalaria estudiada, sobre todo en referencia a antiguas jefaturas; y por otro lado, corre también el riesgo de desmotivar a los trabajadores(as) y afectar su rendimiento. En consecuencia, la necesidad de habilidades de liderazgo, específicamente de un liderazgo adaptativo y comunicativo, es crucial para las jefaturas médicas.

V.4. La relación entre la jerarquía y el liderazgo

El liderazgo, concepto que es inherentemente sistémico, puede ser difícil de combinar con la idea de jerarquía, la cual es frecuentemente estudiada desde las perspectivas críticas (post)estructuralistas y neomarxistas. Sin embargo, aquí se propone, a partir de los hallazgos de este estudio de caso en el marco de la competencia comunicativa pragmática, que la falta de liderazgo en el sentido de Heifetz (1994), Heifetz y Linsky (2002 y 2003) y Heifetz et al.

(2009) en los médicos y en las jefaturas médicas en la unidad hospitalaria investigada no pueden entenderse sin su interacción con la jerarquía. En concreto, se propone que la imposición de la jerarquía como motor de la movilización de los trabajadores(as) cobra sentido ante la ausencia o la baja presencia de habilidades de liderazgo de parte de las jefaturas. En otras palabras, ante la falta de habilidades de liderazgo, las jefaturas parecen optar -consciente o inconscientemente- por la imposición de su jerarquía como medio para la concreción de los objetivos de gestión.

Como se vio recientemente en una cita extraída desde los resultados, uno de los médicos explicaba de la siguiente manera la necesidad y eficiencia del liderazgo como la capacidad de “encantar a la gente con un proyecto, no encantos personales, sino hacer que la gente lo sigan en un proyecto, en un sueño, en algo que se le ocurrió (Bernardo, médico, 37 años de servicio en el hospital).

Sin embargo, como relatan trabajadores(as) de los tres estamentos, suele pasar totalmente lo contrario: las decisiones tienden a imponerse, agotando toda posibilidad de discusión de ellas. Prueba de esto son las siguientes citas:

Es necesario consultar por turnos extras a la hora de colocarlos en base a las licencias. Habíamos tenido problemas porque, no sé si era la jefatura aquí, pero ponían los turnos sin consultarle a las TENS, entonces, para nosotras que somos más jóvenes y tenemos más tiempo, por decirlo así, si nos ponen turnos de repente uno dice “ya, asumo no más”, pero hubo conflictos porque se ponían sin siquiera consultar, como que, si uno tenía libre un día domingo, pam le ponían un largo completo. Entonces, claro, sería algo positivo como siempre consultar primero a las personas y de ahí colocar el turno.

(Patricia, TENS, 4 años de experiencia en la unidad)

En el caso de las enfermeras, dos de ellas señalaban:

- Bianca: Y lo otro es, escucha, escucha activa y que ellos sepan escuchar opiniones, de repente “no estoy de acuerdo con esto”, que estén dispuestos a una escucha

activa hacia todo el personal, a las opiniones del resto, no solo “esto es así y tiene que ser así”.

- Anastasia: Porque yo lo digo.

(Bianca, enfermera, 19 años de experiencia la unidad; Anastasia, enfermera, 2 años de experiencia en la unidad)

Por su parte, uno de los médicos decía que “(...) normalmente uno trabaja ‘cabeza agachada’ (...) porque estas jefaturas tienen otras jefaturas, entonces transmiten la información que viene de arriba no más, que llega y pasa por la jefatura” (Alexis, médico, 16 años de experiencia en la unidad).

En todos estos casos puede verse que la jefatura opta por hacer primar su jerarquía en vez de buscar el diálogo para llegar a consensos o resolver conflictos.

En síntesis, este planteamiento significa que, a menor capacidades de liderazgo de parte de la jefatura, mayor es la imposición comunicacional de su autoridad a través de la jerarquía a la hora de querer movilizar a los trabajadores hacia los objetivos de la unidad y de la institución.

En suma, como se ha podido ver a través de esta discusión teórica, los trabajadores(as) de esta unidad representan la competencia comunicativa pragmática de sus jefaturas a partir de elementos positivos y negativos *-de Buena y de Mala Comunicación-*. Entre los primeros se hallan son el respeto, la cercanía, “tener presencia”, la cordialidad ligada sobre todo al uso de una entonación adecuada; la asertividad, la resolutivez, el liderazgo y la participación. Entre los segundos se hallan sobre todo la jerarquía, la falta de instancias de comunicación formales, la falta de comunicación en general fuera de esas instancias, el no escuchar a su personal, la falta de habilidades de comunicación y de gestión del recurso humano, así como la poca resolutivez y, en directa relación, el desligarse de cierta responsabilidad, además de la falta de participación. Muchos de estos elementos pueden aglutinarse bajo el concepto de Liderazgo, que actualmente es inevitable si se quiere hablar de jefaturas eficientes y pertinentes. Así mismo, la mayoría de estos se ven modelados por la jerarquía social que se construye comunicacional y pragmáticamente a partir de las funciones de cada estamento *-TENS, enfermeras y médicos-*. Finalmente, aquí se plantea que el liderazgo y la construcción comunicacional están relacionados entre sí: a menor liderazgo,

mayor es la imposición jerarquizada con el objetivo de movilizar a los trabajadores para el logro de las funciones de la institución.

Luego, como pudo verse, para interpretar estas representaciones sobre la competencia comunicativa pragmática, esta última en tanto que el uso de la comunicación de manera pertinente para el logro de objetivos -intentando superar el problema del *eficientismo* aludido por Albadonado (2018) y Cuberli (2008) en el Estado del Arte-, la teoría de Grice (1968; 1975) no ha sido suficiente. Por lo tanto, fue necesario incorporar conceptos y teorías de diversas disciplinas, tales como el rol del receptor en la construcción del sentido desde la pragmática integrada y desde el campo de Comunicación y Salud; los elementos no lingüísticos de la comunicación desde la antropología lingüística; el concepto de jerarquía y poder desde la filosofía crítica y el concepto de liderazgo desde los estudios organizacionales. Esto demuestra lo propuesto por Vidales González (2017), quien señala que la comunicación es, sobre todo, un concepto transdisciplinar.

Toda esta discusión lleva a formular por lo menos las tres siguientes sugerencias si se quiere mejorar la representación de la competencia comunicativa de las jefaturas en los trabajadores(as) del hospital investigado:

1. Formar a los médicos(as) desde el pregrado en habilidades de comunicación pertinentes laboral y socioculturalmente, como sugiere ampliamente la literatura revisada al respecto (Albadonado, 2018; Alcalay, 1999; Bernardo Fuentes, 2004; Clèries Costa, 2010; Moore & Gómez, 2007; Moore *et al.*, 2010; Moore *et al.*, 2012; Salazar-Blanco *et al.*, 2015; Sánchez-Angarita, 2016). Esto en el entendido, que existen posibilidades, que algún momento del desempeño como médicos. Le corresponda el desafío de gestionar personas y resultados.
2. Poner como requisito para asumir el cargo de jefatura hospitalaria la capacitación en comunicación, liderazgo y gestión de los recursos humanos, que se ha evidenciado como necesaria a lo largo de esta investigación, tal como otros estudios lo ponen de manifiesto (Bedriñana Sotomayor *et al.*, 2023; Camacho-Rodríguez *et al.*, 2022; Contreras-Carretero & Ramírez-Montiel, 2020; Oztürk *et al.*, 2019).
3. Flexibilizar de manera intencionada las normas y convenciones de comunicación que en este momento se evidencian por sobre todo jerárquicas, de manera que,

por ejemplo, TENS, médicos y jefaturas puedan conversar directamente cuando se requiere agilizar procesos y, sobre todo, con el objetivo de contribuir a la motivación y a relaciones de equipo sanas y más horizontales.

VI. Conclusiones

El recorrido de este estudio de caso sobre las representaciones del equipo de trabajo de una unidad respecto de la competencia comunicativa pragmática de sus jefaturas, en un hospital público chileno, permite formular conclusiones relevantes tanto para los objetos de estudio como para las teorías y metodologías de las Ciencias de la Comunicación. Así mismo, aporta evidencia empírica procesada al campo aplicado de la Comunicación y la Salud y a la gestión hospitalaria.

En primer lugar, la utilización del concepto y categoría de Representaciones Sociales como objeto de estudio ha sido clave para describir con profundidad la competencia comunicativa pragmática de las jefaturas desde la perspectiva de los trabajadores(as). Como lo sostienen diversos autores (Albardonero, 2018; Cuberli, 2008; Negroni et al., 2013), la eficacia, la pertinencia y los resultados de la comunicación sólo pueden evaluarse de manera completa con la inclusión de la perspectiva de los receptores. En este sentido, este estudio respalda la idea de que la comunicación no puede analizarse únicamente desde la ejecución del emisor, como ha sido tradicional en la lingüística y la pragmática, sino que debe considerar la experiencia de quienes la reciben e interpretan. De ahí la relevancia del contexto social, relacional y cultural, en el que ocurre la experiencia comunicativa, más aún cuando esta acontece en una dinámica tan particular, como lo son las relaciones laborales en un equipo de salud.

En segundo lugar, los resultados demuestran que las representaciones de los trabajadores(as) sobre la competencia comunicativa de sus jefaturas incluyen tanto aspectos positivos como negativos. Entre los aspectos positivos destacan el respeto, la cordialidad, el

liderazgo, la participación, la asertividad y la consideración de la salud mental. Sin embargo, también emergen elementos críticos como la presencia de jerarquía, la falta de instancias de comunicación formales, la ausencia de escucha activa y en algunas ocasiones la carencia de habilidades de gestión del recurso humano. Estos factores impactan significativamente la dinámica de trabajo y sostienen la estructura social del hospital, evidenciando que la comunicación no solo refleja la jerarquía institucional, sino que también la refuerza y reproduce.

Desde una perspectiva pragmática (Austin, 1962; Butler, 2004), se interpreta que la jerarquía hospitalaria no es una condición preexistente, sino un fenómeno que se construye y perpetúa a través de actos comunicativos de imposición, con poder ilocutivo y perlocutivo, que se reiteran en el tiempo, tales como las órdenes, las indicaciones y las omisiones de diálogo. Estas prácticas afectan la participación, la confianza y la motivación de los equipos, al mismo tiempo que sustentan la jerarquía hospitalaria. Por otro lado, los aspectos positivos identificados se relacionan directamente con el concepto de liderazgo, particularmente en la línea de Heifetz (1994) y Heifetz y Linsky (2002, 2003, 2009). Los hallazgos sugieren que un liderazgo basado en la comunicación efectiva y con miras a la adaptación puede atenuar los efectos negativos de la jerarquización excesiva, promoviendo mejoras estratégicas y sistémicas dentro de las instituciones de salud. En este sentido, la evidencia indica que, a mayor liderazgo, menor es la necesidad de imponer jerarquías para alcanzar los objetivos organizacionales.

Como corolario, en tercer lugar, a nivel teórico, este estudio reafirma la vigencia del concepto del enfoque pragmático, siempre que se aborde de manera interdisciplinaria y se incluya a los receptores de la información en el análisis, puesto que la comunicación es, sobre todo, un concepto transdisciplinario (Vidales González, 2017). En este caso, se han incorporado conceptos de enfoques lingüísticos, filosóficos y socioculturales, tales como el rol de los receptores en la comunicación desde la pragmática integrada y el campo de Comunicación y Salud, así como elementos lingüísticos y no lingüísticos de la comunicación desde la antropología, al igual que las nociones de jerarquía y poder desde la filosofía crítica y el liderazgo desde los estudios organizacionales. Además, esta versatilidad de los fundamentos pragmáticos ha también revelado su alto valor para el análisis de problemas sociales, especialmente su utilidad para la identificación crítica de relaciones de poder, como

aquellas de la jerarquía. El siguiente esquema sintetiza esta combinación de conceptos alrededor de las representaciones sobre la competencia pragmática para sus interpretaciones:

Imagen 5. Combinación de conceptos de diferentes disciplinas para la interpretación de las representaciones sobre la Competencia Comunicativa Pragmática.



En cuarto lugar, a nivel metodológico, cabe subrayar que la amplia variedad de temas emergentes durante el trabajo de campo, que logran dar cuenta de manera íntegra de las representaciones de los trabajadores(as) respecto del objeto de estudio, fueron posibles gracias al método cualitativo aquí empleado. El enfoque cualitativo materializado en la forma de estudio de caso y en un instrumento semiestructurado, con categorías abiertas, permitieron a los participantes expresarse de manera amplia sobre el tema, sin limitación estricta en las categorías a emplear. Así mismo, el diseño de análisis interpretativo empleado permitió desplazarse por distintos enfoques teóricos de manera flexible hasta hallar las interpretaciones más adecuadas.

Finalmente, estos hallazgos conducen a elaborar algunas sugerencias a los hospitales que identifiquen en sus dinámicas comunicacionales elementos semejantes a los de este estudio, sobre todo en cuanto a los aspectos críticos que se desee mejorar. Así, se recomienda:

1. Formar a los médicos(as) desde el pregrado en habilidades de comunicación para trabajar en equipos interdisciplinarios.
2. Poner como requisito para los cargos de jefatura hospitalaria la capacitación en comunicación, liderazgo y gestión del recurso humano, que demuestran ser imprescindibles en estos trabajos.
3. Implementar medidas que permitan flexibilizar las normas y convenciones de comunicación que en este momento se representan como demasiado jerárquicas, en beneficio de la motivación y las buenas relaciones con y entre los trabajadores(as).

Estos cambios podrían contribuir a fortalecer la comunicación organizacional en hospitales, mejorando el clima laboral y optimizando la gestión del equipo de salud. Al mismo que generar en las jefaturas médicas una mayor conciencia, respecto del alto nivel de afectación, que tienen, tanto en las personas, como en los equipos de trabajo. Es podría elevar los estándares de relacionamiento jefatura-colaborador y ganar en una gestión o liderazgo que movilice resultados e inspire personas.

VII. Referencias

- Abric, J. C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México D.F.: Ediciones Coyoacán.
- Agencia de Calidad de la Educación (2013). *Balance de gestión integral año 2013*.
<http://www.agenciaeducacion.cl/>
- Addis, A. y Fiore, L.D.E. (2019). Ethics in health communication. *Recenti Progressi in Medicina*, 110(7), 317-322.
- Aguilar-Ortega, Carlos O and Tovar-Luna, Belzabeth & Hernández-Cruz, Blanca, A. (2018), Escenarios de aprendizaje basados en simulación: experiencia multidisciplinaria de la Universidad del Valle de México. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 21(4), 195-200.
- Aguirre, D. (2005). Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional. *Educación Médica Superior*, 19(3), 1-1. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412005000300004&lng=es&tlng=es.
- Alba-Leonel, A., Fajardo-Ortiz, G., Tixtha López, E. & Papaqui-Hernández, J. (2012). La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. *Enf Neural (Mex)*, 11(3), 138-141.
- Albardonedo, M. V. (2018). Comunicación en la formación médica: campos implicados y debates pendientes. *Divulgatio. Perfiles académicos de posgrado*, 3(7), 134-151.
- Alcalay, R. (1999). La comunicación para la salud como disciplina en las universidades estadounidenses. *Rev. Panam. Salud*, 5(3), 192-196.
- Allaire, Y. & Firsirotu, M. (1992) Teorías sobre la cultura organizacional. En: Abravanel, et.al. (eds.) *Cultura organizacional: aspectos teóricos, prácticos y metodológicos*. Santafé de Bogotá: Legis.
- Amaral, C., Sequeira, C., Albacar-Riobóo, N., Coelho, J., Pinho, L. G., & Ferré-Grau, C. (2023). Patient Safety Training Programs for Health Care Professionals: A Scoping Review.

Journal of patient safety, 19(1), 48-58.
<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001067>

- Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., & Hollingsworth, T. D. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic?. *Lancet (London, England)*, 395(10228), 931-934. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5)
- Aranaz, J.M., Pardo, A., López P., Valencia-Martín J.L., Diaz-Agero, C., López, N., Rincón Carlavilla A., Gea-Velázquez de Castro M.T., Navarro Royo, C., Albéniz, C. & Fernández Chávez, A.C. (2018) Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. e201808044.
- Ardila, R. (1965). Behaviorismo: hacia una psicología científica. *Revista Colombiana de Psicología*, 10(2), 85-91.
- Armijos, J. C., & Núñez Mondaca, A. (2020). Indicadores de gestión para evaluar el desempeño de hospitales públicos: Un caso de estudio en Chile y Ecuador. *Revista médica de Chile*, 148(5), 626-643. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000500626>.
- Artaza, O., Barría, M. S., Fuenzalida, A., Núñez, K., Quintana, A., Vargas, I., & Vidales, A. (2005). *Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Assis Brito, M., Carneiro, C. T., Bezerra, M. A. R., Rocha, R. C., & da Rocha, S. S. (2022). Estratégias de comunicação efetiva entre profissionais de saúde em neonatologia: revisão integrativa. *Enfermería Global*, 21(3), 548-591.
- Austin, J.L (1962). *How to do Things with Words*. Clarendon Press.
- Bar On, R. (1997). Development of the BarOn EQ-I: A measure of emotional and social intelligence. 105th Annual Convention of the American Psychological Association in Chicago.
- Barbour, R. (2007). *Las entrevistas en Investigación Cualitativa*. Ediciones Morata.
- Barney, JB (1986). La cultura organizacional: ¿puede ser fuente de ventaja competitiva sostenida? *Academia de revisión de gestión*, 11 (3), 656-665. <http://www.jstor.org/stable/258317>

- Bedriñana Sotomayor, J. L., & Saavedra Muñoz, M. J. (2023). Estilos de liderazgo y desempeño laboral en médicos del Hospital Vitarte-Lima 2018. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 23(3), 92-99.
- Beltrán, S. (1993). La salud y la comunicación en Latinoamérica: políticas, estrategias y planes. En *Unesco/OPS/OMS. Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina: conclusiones de la Reunión del Comité Asesor sobre Políticas de Comunicación Social en los Ministerios de Salud Pública para la Promoción de la Salud*. Quito, Unesco. (pp. 29-81).
- Bermúdez, L. & González, L. (2011). La competencia comunicativa: elemento clave en las organizaciones. *Quórum Académico*, 8(15), 95-110. ISSN: 1690-7582
- Bernardo Fuentes, M. G.; García Galano, E. V. & Pomares Bory, E. (2004). El vínculo educación-comunicación en la formación integral de los profesionales de la salud. *Educ. Med. Sup.*, 18(4), 1.
- Bertuccelli, M. (1993). *Qué es la pragmática*. Paidós.
- Bilbao, Alejandro. (2021). El método estructural de Claude Lévi-Strauss y su incidencia en las relaciones pensamiento-mundo. *Alpha (Osorno)*, (53), 49-63. <https://dx.doi.org/10.32735/s0718-2201202100053942>
- Bianchi, M., Bressan, V., Cadorin, L., Pagnucci, N., Tolotti, A., Valcarenghi, D., Watson, R., Bagnasco, A., & Sasso, L. (2016). Patient safety competencies in undergraduate nursing students: a rapid evidence assessment. *Journal of advanced nursing*, 72(12), 2966–2979. <https://doi.org/10.1111/jan.13033>
- Bohórquez, F., Jaramillo L. G. (2005). El diálogo como encuentro: aproximaciones a la relación profesional de la salud-paciente. *Index de Enfermería*, 14(50), 38-42. ISSN 1699-5988
- Bravo, D. (2005). Competencia en la pragmática sociocultural del español. *Actos de habla y cortesía*. J. Murillo (ed.), 363-374.
- Bueno, E. y Morcillo, P. (2003). Cultura e innovación: la conexión perfecta. *Tribuna*, 15, 1-17
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC medical education*, 20(2), 1-8.

- Butler, Judith. 2004. *Lenguaje, poder e identidad* (Trad. de J. Sáez del Álamo y B. Preciado). Editorial Síntesis. (Trabajo original publicado en 1997).
- Butow, P., Shaw, J., Bartley, N., Milch, V., Sathiaraj, R., Turnbull, S., & Der Vartanian, C. (2023). Vaccine hesitancy in cancer patients: A rapid review. *Patient education and counseling*, 111, 107680. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107680>
- Bustamante, M., Grandón, M., & Lapo, M. (2018). Caracterización del clima organizacional en hospitales de alta complejidad en Chile. *Estudios Gerenciales*, 31 (1), 432-40.
- Bravo, D. (2010). Pragmática sociocultural. La configuración de la imagen social como premisa socio-cultural para la interpretación de actividades verbales y no verbales de la imagen. En Orletti, F. L. y Mariottini (eds.) (*Des)cortesía en español. Espacios teóricos y metodológicos para su estudio*. (pp. 19-46). Estocolmo-Roma: Università degli Studi Roma Tre-EDICE.
- Calegari, R., Massarollo, Maria C., & Santos, M. (2015) Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(Esp), 42-47 <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800006>
- Callejo, J. (2001). *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Arie.
- Calvo-Elizondo, A., & Hernández-Castro, F. (2020). Layout design: how sequential and simultaneous information displays affect decision-making processes in digital environments. *Revista Tecnología en Marcha*, 33(1), 55-63. <https://dx.doi.org/10.18845/tm.v33i1.5021>
- Camacho-Rodríguez, D. E., Carrasquilla-Baza, D. A., Dominguez-Cancino, K. A., & Palmieri, P. A. (2022). Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19(21), 14380. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114380>
- Canale, M., & Swain, M. (1980). Theoretical Bases of Communicative Approaches to Second Language Teaching and Testing. *Applied Linguistics*, 1(1), 1-47. <http://dx.doi.org/10.1093/applin/1.1.1>
- Caneppele, A. H., Cucolo, D. F., Mininel, V. A., Meireles, E., & Silva, J. A. M. da (2020). Colaboração interprofissional em equipes da rede de urgência e emergência na

- pandemia da Covid-19. *Escola Anna Nery*, 24(spe), e20200312.
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-031>
- Carrada, T. (2001). La cultura organizacional en los sistemas de salud ¿por qué estudiar la cultura?. *Medigraphic Artemisa en línea*. 40 (3), 203-211. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=2535>
- Chomsky, N. (1965). Persistent topics in linguistic theory. *Diogenes*, 13(51), 13-20.
<https://doi.org/10.1177/039219216501305102>
- Chomsky, N. (1974). *Estructuras sintácticas*. Siglo XXI.
- Chou, L., Ellis, L., Papandony, M., Seneviwickrama, K. L. M. D., Cicuttini, F. M., Sullivan, K., Teichtahl, A. J., Wang, Y., Briggs, A. M., & Wluka, A. E. (2018). Patients' perceived needs of osteoarthritis health information: A systematic scoping review. *PloS one*, 13(4), e0195489. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195489>
- Clèries Costa, X. (2010). La esencia de la comunicación en educación médica. *Educación Médica*, 13(1), 25-31.
- Concha Valderrama, V., & Hoyos Hernández, P. A. (2023). Representaciones sociales de estudiantes de posgrado en psicología respecto a personas trans. *Interdisciplinaria*, 40(1), 246-260. <https://doi.org/10.16888/interd.2023.40.1.15>
- Connolly, S., Galvin, M., & Hardiman, O. (2015). End-of-life management in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *The Lancet Neurology*, 14(4), 435-442.
- Contreras-Carretero, N. A., & Ramírez-Montiel, M. L. (2020). Problemas de liderazgo en la alta dirección de instituciones de salud. *Cirugía y cirujanos*, 88(4), 526-532.
- Cots, J. M. (2000). Hacia una descripción pedagógica de la competencia pragmática de los hablantes nativos de lengua inglesa. *Competencia comunicativa*. Edelsa, 33-40.
- Coventry, A., Ford, R., Rosenberg, J., McInnes, E. (2020) A qualitative meta-synthesis investigating the experiences of the patient's family when treatment is withdrawn in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 76(9), 2222-2234. <https://doi.org/10.1111/jan.14416>

- Craciun, C. (2016). (De)Gendering Older Patients: exploring Views on Aging and Older Patients in Romanian General Practitioners. *Actualidades en Psicología*, 30(121), 1-9. <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v30i121.24069>
- Cuberli, M. (2008). Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción. *Questión*, 1(18).
- Culliford, A. E., Bradbury, J., & Medici, E. B. (2023). Improving Communication of the UK Sustainable Healthy Dietary Guidelines the Eatwell Guide: A Rapid Review. *Sustainability*, 15(7), 6149.
- Dávila, C. (2000). Cultura organizacional: ¿un instrumento de la gerencia? Algunas consideraciones para su estudio. En L. G. & Arango y C., Dávila (Eds.), *Innovación y cultura de las organizaciones en tres regiones de Colombia*. Colciencias.
- De Vries, R. E., Bakker-Pieper, A., & Oostenveld, W. (2010). Leadership= communication? The relations of leaders' communication styles with leadership styles, knowledge sharing and leadership outcomes. *Journal of business and psychology*, 25, 367-380.
- Díaz, J., Catalán, C., Fernández, M. & Granados, G. (2011). La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit.* 25(6), 483–489. ISSN 0213-9111
- Driver, R. (1986). Psicología cognoscitiva y esquemas conceptuales de los alumnos. *Enseñanza de las Ciencias: revista de investigación y experiencias didácticas*, 4(1), 3-15. <https://raco.cat/index.php/Ensenanza/article/view/50854>
- Durkheim, É. (2004). *La División del Trabajo Social*. Ediciones Libertador
- Dupraz, J., & Burnand, B. (2021). Role of Health Professionals Regarding the Impact of Climate Change on Health-An Exploratory Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 3222. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063222>
- Eddy, K., Jordan, Z. & Stephenson, M. (2016) Health professionals' experience of teamwork education in acute hospital settings: a systematic review of qualitative literature, *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 14(4), 96–137. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-1843>

- Escandell Vidal, M. V. (1993). *Introducción a la pragmática*. Antropos, Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Esquivel-Guadarrama, J.A. (2020) Pandemic 2020. Some ethical considerations. *Revista Mexicana de Anestesiología [online]*. 43(2), 168-172. <https://doi.org/10.35366/92878>
- Evan, W. M. (1976). *Organization Theory Structures, Systems and environments*. Nueva York: Wiley.
- Facião, B. H., Aroni, P., Haddad Rodrigues, M., da Silva Melo Malaquias, T., Carvalho Barreto, M. F., Rossaneis, M. Â., & Fernandez Lourenço Haddad, M. D. C. (2022). Instrumentos para avaliação das competências de liderança em enfermagem: Revisão de literatura. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(2). <https://doi.org/10.22235/ech.v11i2.2801>
- Farr, R. (1986). Las representaciones sociales. En S. Moscovici (Comp.), *Psicología social II* (pp. 495-506). Barcelona: Paidós.
- Fernández-Quiroga, M. R., Yévenes, V., Gómez, D., & Villarroel, E. (2017). Uso de la simulación clínica como estrategia de aprendizaje para el desarrollo de habilidades comunicacionales en estudiantes de medicina. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 20(6), 301-304.
- Ferrua, M., Sicotte, C., Lalloué, B. & Minvielle, E. (2016). Comparative Quality Indicators for Hospital Choice: Do General Practitioners Care? *PLoS ONE* , 11(2): e0147296. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147296>
- Figueroa Mujica, R. (2021). *Representaciones sociales de pacientes de origen quechua con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de dos hospitales de Cusco, Perú*. [Tesis de doctorado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio UPCH. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/13167>
- Fishman, J. (1970). *Sociolinguistics: A brief introduction*. Mass Newbury House.
- Flick, U. (2007). *El diseño de la investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Foucault, Michel. (1973). *El orden del discurso*. Tusquets.
- Foucault, Michel. (1986). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI Editores

- Franco, A. (2004). El concepto habermasiano de la acción comunicativa en el modelo lingüístico comunicacional. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 9(27), 33-48. ISSN 1315-5216.
- Franz, S., Muser, J., Thielhorn, U., Wallesch, C. W., & Behrens, J. (2020). Inter-professional communication and interaction in the neurological rehabilitation team: a literature review. *Disability and rehabilitation*, 42(11), 1607-1615.
- Frederking, R. (1996). *Grice's maxims: do the right thing*. Frederking, RE.
- Garay Madariaga, Marcelino. (2010). Comunicación y liderazgo: sin comunicación no hay líder. Cuadernos del Centro de Estudios en Diseño y Comunicación. *Ensayos*, (33), 61-72. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-35232010000300006&lng=es&tlng=es.
- García Martí, I. O., Cabrera Reyes, L. D. L. C., & Aguilar García, I. (2021). Fundamentos teóricos sobre competencia comunicativa en el profesional de los departamentos de Atención a la Población en Salud. *Humanidades Médicas*, 21(2), 363-384.
- Garmendia, J. (1990). *Desarrollo de la organización y cultura de la empresa*. ESIC
- Garralda, J., Molero, I., Bermejo, A., Cano, I., Colino, E. I., García, I., ... & García-Martínez, J. (2021). Impact of SARS-CoV-2 pandemic among health care workers in a secondary teaching hospital in Spain. *PLoS One*, 16(1), e0245001.
- Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas* (Trad. Alberto L. Bixio). Gedisa.
- Giebel, C. M., Zubair, M., Jolley, D., Bhui, K. S., Purandare, N., Worden, A., & Challis, D. (2015). South Asian older adults with memory impairment: improving assessment and access to dementia care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(4), 345-356.
- Goic, A. (2015). El sistema de salud en Chile: una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile*, 143, 6, pp. 774-786. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>.
- González Castillo, A. D. M., Oblitas Guerrero, S. M., Mosqueira Moreno, R. P., & Heredia Llatas, F. D. (2023). Liderazgo transformacional en gestión hospitalaria. Una revisión bibliográfica. *Acta Médica del Centro*, 17(4), 819-834.
- González Gartland, G. (2019). *Comunicación en salud: conceptos y herramientas*. Buenos Aires, Ediciones UNGS.

- González-Monteaquedo, J. (2001). El paradigma interpretativo en la investigación social y educativa: nuevas respuestas para viejos interrogantes. *Cuestiones pedagógicas*, 15, 227-246. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11441/12862>
- González, R. (2006). *Investigación cualitativa y subjetividad*. Guatemala: Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala.
- Grice, P. (1991). Las intenciones y el significado del hablante. En Luis M L. Valdés Villanueva (ed.) *La búsqueda del significado*, (Original publicado en 1968) (pp. 481-509), Tecnos. ISBN: 84-309-1922-8.
- Grice, P. (1991). Lógica y significado. En Luis M L. Valdés Villanueva (ed.) *La búsqueda del significado*, (Original publicado en 1975) (pp. 511-530), Tecnos. ISBN: 84-309-1922-8.
- Grice, P. (1998). Presuposición e implicatura conversacional. En M. Teresa Julio y Ricardo Muñoz (eds.), *Textos clásicos de pragmática* (pp. 105-125). Arco Libros.
- Grisolía, M. B. (2008). Reseña de Research on Politeness in the Spanish Speaking World (Eds. M. E. Placencia & C. García). *Discurso & Sociedad*, 2(3), 679-685.
- Guerra, J. (2007). *Cultura organizacional y satisfacción del usuario interno del Hospital del Valle, San Pedro de Sula, Departamento de Cortés, Honduras, abril a junio, 2007*. [tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua]. Repositorio Institucional UNAN. <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/6738>
- Gundermann, H. (2004). El método de los estudios de caso. En Tarrés, M. L. (coord.), *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (pp. 231 - 262). Colegio de México.
- Gutiérrez, J. B. (2008). Dinámica del grupo de Discusión. *Centro de Investigaciones Sociológicas: Cuadernos Metodológicos*. ISBN: 978-84-7476-450-5
- Gutiérrez Betancur, D. P., Monroy Caro, J., Sosa Gómez, J. D. & Figueroa Padierna, M. L. (2022). *Estrategia para mejorar la comunicación efectiva entre los miembros del equipo de salud del servicio de hospitalización en la Clínica Cardio VID, en la ciudad de Medellín durante el 2021*. [Tesis de proyecto, Universidad El Bosque, Colombia]. Repositorio Universidad El Bosque. <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/8350>

- Habermas, J. (1987) *Teoría de la Acción Comunicativa*. Taurus.
- Heasman, B. & Reader, T.W. (2015) What can acute medicine learn from qualitative methods?. *Current Opinion in Critical Care*. 21(5), 460-466. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000234>
- Heifetz, R. A. (1994). *Liderazgo sin respuestas fáciles*. Belknap Press de Harvard Business School Press.
- Heifetz, R. A. & Linsky, M. (2002). *El liderazgo en juego: cómo sobrevivir a los peligros del liderazgo*. Harvard Business School Press.
- Heifetz, R. A. & Linsky, M. (2003). *Liderazgo sin Límites: Manual de Supervivencia para Directivos*. Paídos.
- Heifetz, R. A., Grashow, A. & Linsky, M. (2009). *La práctica del liderazgo adaptativo: herramientas y tácticas para cambiar su organización y el mundo*. Harvard Business Review Press.
- Hemm, C., Dagnan, D., & Meyer, T. D. (2015). Identifying training needs for mainstream healthcare professionals, to prepare them for working with individuals with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28(2), 98-110.
- Hernández-Torres, I.; Fernández-Ortega, M. A.; Irigoyen-Coria, A. & Hernández-Hernández, M. A. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, 8(2), 137-144.
- Herzberg, F.; Mausner, B. & Snyderman, B. (1959). *The Motivation to Work*. Wiley.
- Herzberg, F. (1966). *Work and the Nature of Man*. World.
- Henríquez, I. & Herrera, D. (2021). *Análisis de la eficiencia de los hospitales públicos de alta complejidad en Chile entre 2014 y 2018*. Dirección de Presupuesto Ministerio de Hacienda. Recuperado de www.dipres.cl
- Hollis, J. L., Seward, K., Kocanda, L., Collins, C. E., Tully, B., Brett, K., Hunter, M., Foureur, M., Schumacher, T., Lawrence, W., & MacDonald-Wicks, L. (2022). Evaluating a train-the-trainer model for scaling-up Healthy Conversation Skills training: A pre-post survey

- using the Theoretical Domains Framework. *Patient education and counseling*, 105(10), 3078–3085. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.06.011>
- Housset, B. (2019) Distrust of vaccination: Why?. *Revue des Maladies Respiratoires*, 36(8), 955-961. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2019.06.011>
- Huang, F.F., Shen, X.Y., Chen, X.L., He, L.P., Huang, S.F. & Li, J.X. (2020). Self-reported confidence in patient safety competencies among Chinese nursing students: A multi-site cross-sectional survey. *BMC Medical Education*, 20(1), 32 <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1945-8>
- Hudson, R. (1980). *Sociolinguistics*. Cambridge University Press.
- Huerta, J. (2006). *Desarrollo de habilidades Directivas*. Pearson Educación.
- Hymes, D. (1971). *Competence and performance in linguistic theory. Acquisition of languages: Models and methods*. Academic Press.
- Hymes, D. (1972). *Competencia comunicativa*. Editorial Pride and Holmes.
- Ianowski, M. V. (1997). *La escuela secundaria como espacio privilegiado en la articulación de campañas preventivas*. SIDA y sociedad.
- Ibáñez, T. (1988). Representaciones sociales: teoría y método, en Tomás Ibáñez, [comp.] *Ideologías de la vida cotidiana*, (pp. 13-89) Barcelona, Sendai.
- Jaufuraully, S., Dr, Dromey, B., Dr, & Stoyanov, D., Professor (2022). Simulation and beyond - Principles of effective obstetric training. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*, 80, 2–13. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2021.10.004>
- Jennings, W., Bond, C. & Hill, P.S. (2018) The power of talk and power in talk: A systematic review of Indigenous narratives of culturally safe healthcare communication. *Australian Journal of Primary Health*. 24(2), 109–115. <https://doi.org/10.1071/PY17082>
- Jiménez-Peralta, M. & Zamora-Bugueño, C. (2022). La mediación tecnológica bajo pandemia y consideraciones para el análisis fenomenológico interpretativo. *New Trends in Qualitative Research*, 15, e755. <https://doi.org/10.36367/ntqr.15.2022.e755>

- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología Social II : Pensamiento y vida social* (pp. 469-494). Barcelona, Paidós.
- Jodelet, D. (1989). "Représentations sociales : un domaine en expansion", en D. Jodelet (ed.), *Les représentations sociales*. PUF, 7a ed. 2003.
- Jonasdottir, S. K., Thordardottir, I., & Jonsdottir, T. (2022). Health professionals' perspective towards challenges and opportunities of telehealth service provision: A scoping review. *International journal of medical informatics*, 167, 104862. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104862>
- Ju, I., Banks, E., Calabria, B., Ju, A., Agostino, J., Korda, R. J., Usherwood, T., Manera, K., Hanson, C. S., Craig, J. C., & Tong, A. (2018). General practitioners' perspectives on the prevention of cardiovascular disease: Systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ Open*, 8(11), e021137. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021137>
- Kaplan, R. S. y Norton, D. P. (1992). The balanced scorecard. Measures that drive performance. *Harvard Business Review*, enero-febrero 1992, 71-79. <https://hbr.org/1992/01/the-balanced-scorecard-measures-that-drive-performance-2>
- Kaplan, R., Shaw-Battista, J., & Stotland, N. E. (2015). Incorporating nurse-midwifery students into graduate medical education: lessons learned in interprofessional education. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(6), 718-726.
- Kast, F. & Rosenzweig, J. (1988). *Administración en las organizaciones: enfoque de sistemas y contingencias*. México: McGraw Hill
- Katayama, R. J. (2014) *Introducción a la investigación cualitativa: Fundamentos, métodos, estrategias y técnicas*. Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Kim, B., & White, K. (2018). How can health professionals enhance interpersonal communication with adolescents and young adults to improve health care outcomes?: systematic literature review. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(2), 198-218.
- Kreitner & Kinicki (1997). *Comportamiento de las Organizaciones*. McGraw Hill.

- Koch, B. L., Hater, D., Nees, K., & Leopard, A. C. (2016). Improving communication, collaboration, and faculty comfort in communicating difficult news in the pediatric radiology department. *American Journal of Roentgenology*, 207(5), 971-975.
- Kornblit & Petracci, A. L. (2016). Influencias mediáticas y personales sobre la decisión de protegerse del VIH/SIDA. *ZER: Revista De Estudios De Comunicación = Komunikazio Ikasketen Aldizkaria*, 5(8). <https://doi.org/10.1387/zer.17415>
- Kotcher, J., Maibach, E., Miller, J., Campbell, E., Alqodmani, L., Maiero, M., & Wyns, A. (2021). Views of health professionals on climate change and health: a multinational survey study. *The Lancet Planetary Health*, 5(5), e316-e323. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00053-X](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00053-X)
- Labov, W. (1972). *Language in the inner city: Studies in the Black English vernacular (Vol. 3)*. University of Pennsylvania Press.
- Laidsaar-Powell, R., Butow, P., Boyle, F., & Juraskova, I. (2018). Managing challenging interactions with family caregivers in the cancer setting: Guidelines for clinicians (TRIO Guidelines-2). *Patient education and counseling*, 101(6), 983-994.
- Lamont, E., & Dickens, G. L. (2021). Mental health services, care provision, and professional support for people diagnosed with borderline personality disorder: systematic review of service-user, family, and carer perspectives. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 30(5), 619-633. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1608923>
- Lavandera, B. (1988). The social pragmatics of politeness forms. En Ammon, U. & Dittmar, N. (eds.) *Sociolinguistics: an international handbook of science of language and society. vol. 2*, (pp. 1196- 1204). Berlin/New York: Walter de Gruyter.
- Lee, E., De Gagne, J. C., Randall, P. S., Kim, H., & Tuttle, B. (2022). Effectiveness of speak-up training programs for clinical nurses: A scoping review. *International journal of nursing studies*, 136, 104375. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104375>
- Leech, G. (1983). *Principles of Pragmatics*. Longman Linguistics Library.
- Legón, M. R., Vega González, N. & Brito Gómez, L. (2010). El paradigma médico social y la competencia comunicativa del profesional de las ciencias médicas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9(3), 433-440.

- Lin, I., Green, C., & Bessarab, D. (2016). 'Yarn with me': applying clinical yarning to improve clinician–patient communication in Aboriginal health care. *Australian journal of primary health, 22*(5), 377-382.
- Lo, L. and Rotteau, L. & Shojania, K. (2021). Can SBAR be implemented with high fidelity and does it improve communication between healthcare workers? A systematic review. *BMJ open, 11*(12), e055247.
- López, J. (2009). *Subjetividad laboral del profesional sanitario en hospitales de Barcelona: Resultados preliminares*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2072/42701>
- López, L. y Suárez, M. (2017). *Fundamentos de nutrición normal*. El Ateneo
- Lorca, A., Montecinos, D., García, G., Castillo, D., Quijada, D. & Lara, R. (2022). Liderazgo en enfermería, una mirada desde la opinión de egresadas/os de enfermería y miembros del equipo de salud. *Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades, 64*, 46-59. ISSN 1138-1728
- Maglione, C., Mistraletti, G., Fullin, G., Riccioni, L., Gristina, G. R., Mazzon, D., Primerano, E., & Giannini, A. (2021). Il passaggio delle consegne nella pratica clinica degli anestesisti rianimatori [The handover in clinical practice of anesthesiologists and intensivists.]. *Recenti progressi in medicina, 112*(4), 262–272. <https://doi.org/10.1701/3584.35685>
- Mardiah, R., & Musharyanti, L. (2021). Learning methods to improve communication skills in health professional student: a literature review. *Bali Medical Journal, 10*(3), 1119–1126. <https://doi.org/10.15562/bmj.v10i3.2853>
- Marfo, E. A., King, K. D., Adjei, C. A., & MacDonald, S. E. (2022). Features of human papillomavirus vaccination education strategies in low- and middle-income countries: a scoping review. *Public health, 213*, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.09.013>
- Mata, Á. N. S., Azevedo, K. P. M., Braga, L. P., Medeiros, G. C. B. S., Oliveira Segundo, V. H., Bezerra, I. N. M., Pimenta, I. D. S. F., Nicolás, I. M., & Piuvezam, G. (2019). Training programs in communication skills to improve self-efficacy for health personnel: Protocol for a systematic review and meta-analysis. *Medicine, 98*(33), e16697. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000016697>

- Matassini, S., & Luna, V. (2020). Barreras para diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino en un hospital público de Lima, Perú: un estudio cualitativo. *Acta Médica Peruana*, 37(4), 463-470. <https://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.374.1835>
- Mazzitelli, C. y Aparicio, M. (2008). *Del conocimiento cotidiano al Conocimiento científico. Estrategias para la identificación de procesos Cognitivos y de estructuras conceptuales que Interfieren en el aprendizaje*. E.F.F.H.A.
- McClelland, D. (1973). Testing for competence rather than for "intelligence." *American Psychologist*, 28(1), 1-14. <https://doi.org/10.1037/h0034092>
- McKay, A. J., Patel, R. K., & Majeed, A. (2015). Strategies for tobacco control in India: a systematic review. *PloS one*, 10(4), e0122610. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122610>
- Méndez, C. A., Miranda, C., Torres, M. C., & Márquez, M. (2013). Política de autogestión hospitalaria en Chile: percepciones de los tomadores de decisiones. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, 47-53.
- Meneses-La-Riva, M. E., Suyo-Vega, J. A., & Fernández-Bedoya, V. H. (2021). Humanized Care From the Nurse-Patient Perspective in a Hospital Setting: A Systematic Review of Experiences Disclosed in Spanish and Portuguese Scientific Articles. *Frontiers in public health*, 9, 737506. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.737506>
- Miller, E. M., Porter, J. E., & Barbagallo, M. S. (2022). The experiences of health professionals, patients, and families with truth disclosure when breaking bad news in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Palliative & Supportive Care*, 20(3), 433-444.
- Milton, K., Bauman, A. E., Faulkner, G., Hastings, G., Bellew, W., Williamson, C., & Kelly, P. (2020). Maximising the impact of global and national physical activity guidelines: the critical role of communication strategies. *British journal of sports medicine*, 54(24), 1463 - 1467. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102324>
- Mira, j. J., Lorenzo, S., Vitaller, j. & Guilabert, M. (2010). Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. *Gaceta sanitaria*, 24(3), 247-250. ISSN 0213-9111

- Montero, C. (2018) Representaciones sociales de una institución de beneficencia: el caso del Hogar de Cristo 2016. En Caro, A., & Pacheco, M. (eds.), *Actas del II Congreso de la Red Iberoamericana de Investigadores en Publicidad: "Comprender la publicidad para transformar la sociedad"* (pp. 389-408). Red Iberoamericana de Investigadores en Publicidad (REDIPUB)
- Moore P. & Gómez G. (2007). Comunicarse efectivamente en Medicina ¿Cómo adquirir habilidades comunicacionales durante la carrera de Medicina? *Ars Medica*, 15, 171-81.
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S. & Vargas, A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev. Méd. Chile*, 138(8), 1047-1054.
- Moore, P., Gómez, G. & Kurtz, S. (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferentes. *Atención Primaria*, 44(6), 358-65.
- Mora, R. (2011). Acerca de la racionalidad y la irracionalidad de nuestras decisiones. *Fractal: Revista De Psicología*, 23(2), 425-428. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922011000200013>
- Moral Pérez, M., Neira Piñeiro, M. D. R., López-Bouzas, N., & Castañeda Fernández, J. (2024). Competencia comunicativa oral del alumnado de Educación Infantil plasmada en sus narraciones orales elaboradas con una app. *Revista signos*, 57(115), 426-447.
- Moscovici, S. (1985). *Psicología Social, I*. Barcelona: Paidós.
- Mucci, M. (2007). La relación médico-paciente ¿un vínculo distinto o distante? *Psicodebate*, 8, 61-78.
- Muñoz Flores, M. A. (2016). *Comunicación institucional: estudio de conductas comunicacionales presentes en el Poder Judicial de Chile y su relación con la percepción de clima, por parte de los trabajadores de tribunales del Poder Judicial*. [Tesis de doctorado, Universidad de Málaga]. Repositorio UMA. <http://hdl.handle.net/10630/13132>
- Nájera, P. (1990). "Educación para la salud en el caso del Sida". en R. Nájera (ed.) *Sida: de la Biomedicina a la Sociedad*. Editorial Eudema.
- Naseribooriabadi, T., Sadoughi, F., & Sheikhtaheri, A. (2017). Barriers and facilitators of health literacy among D/deaf individuals: A review article. *Iranian journal of public health*, 46(11), 1465.

- Negrón, M. M. G., Libenson, M., & Montero, A. S. (2013). De la intención del sujeto hablante a la representación polifónica de la enunciación. Acerca de los límites de la noción de intención en la descripción del sentido. *Revista de Investigación Lingüística*, 16, 237-262.
- Newell, S. & Jordan, Z. (2015). The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JBIM evidence synthesis*, 13(1), 76-87
- Niño, V. (2008). *Competencias en la comunicación. Hacia las prácticas del discurso*. Ecoe Ediciones.
- Noce, L. G. A., Oliveira, T. S., Melo, L. C., Silva, K. F. B., Parreira, B. D. M., & Goulart, B. F. (2020). Interprofessional relationships of a patient assistance team in critical care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0420>.
- Nunam, D. (1988). *The Learner-Centered Curriculum*. Cambridge University Press.
- Oliveira, R. A. A. D., Zago, M. M. F. & Thorne, S. E. (2017). Interaction between professionals and cancer survivors in the context of Brazilian and Canadian care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2253.2972>.
- Ortiz E. (1997). *¿Cómo desarrollar la competencia comunicativa del maestro?* Colección Pedagogía 97. Palacio de las Convenciones, La Habana.
- Oztürk, H., Sayligil, O., & Yildiz, Z. (2019). New concept in clinical care: proposal of a moral intelligence scale. *Acta bioethica*, 25(2), 265-281
- Peiró, J. M. (1982). *Psicología de la Organización*. UNED.
- Peters, T.J. y Waterman, R.H. (1982). *In search of excellence*. Cambridge: M.A: Harper y Row Publisher.
- Petracci, M. (1994). *Feliz Posteridad. Cuatro estudios de opinión pública sobre el SIDA*. Ediciones Letra Buena.
- Petracci, M., Quevedo, L. & Vacchieri, A. (1994). Los modelos políticos-comunicativos del sida y el cólera en la Argentina. 1991-1993. *ZER: Revista de Estudios de Comunicación*, 3(4). <https://doi.org/10.1387/zer.17342>

- Petrona, Patrizio. (2021). Principios de la comunicación efectiva en una organización de salud. *Revista Colombiana de Cirugía*, 36 (2), 188-192.
- Pettigrew, A.M. (1979). On studying organizational cultures. *Administrative Science Quarterly*, 24, 570-581. <https://doi.org/10.2307/2392363>
- Pezo-Ávila, A., Vargas-Sardón, J. & Gallardo-Echenique, E. (2020). Comunicación interna, cultura organizacional y promoción de la salud: la visión de los promotores peruanos de salud. *Fonseca*, 20, 125-142
- Piaget, J. (1981). La teoría de Piaget. *Infancia y aprendizaje*, 4(2), 13-54. Doi: 10.1080/02103702.1981.10821902
- Pichón, R. (2003). *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pilleux, M., (2001). Competencia comunicativa y análisis del discurso. *Estudios Filológicos*, (36), 143-152. <http://dx.doi.org/10.4067/S0071-17132001003600010>.
- Pinsonnault-Skvarenina, A., Lacerda, A., Hotton, M., & Gagné, J. P. (2021). Communication with older adults in times of a pandemic: Practical suggestions for the health care professionals. *Public health reviews*, 42, 1604046.
- Pourhabibi, N., Mohebbi, B., Sadeghi, R., Shakibazadeh, E., Sanjari, M., Tol, A., & Yaseri, M. (2022). Determinants of poor treatment adherence among patients with type 2 diabetes and limited health literacy: A scoping review. *Journal of Diabetes Research*, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/2980250>
- Pozo, J. I. & Gómez, C. (1998). *Aprender y enseñar ciencia*. Morata.
- Puchta, C. & Potter, J. (2004). *Focus Group Practice*. Sag.
- Pulido Díaz, A. & Pérez Viñas, V. M. (2004). Hacia un concepto de competencia comunicativa integral: un novedoso acercamiento a sus dimensiones. *Mendive. Revista de Educación*, 2(3), 160-167. Recuperado: <https://mendive.upr.edu.cu/index.php/MendiveUPR/article/view/137>
- Quezada, C. & Illesca, M. (2014). Percepción del liderazgo en las(os) enfermeras(os) de un Hospital del Sur de Chile. *Ciencia y Enfermería XX*, 20(2), 41-51. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000200005>

- Quijiye, I. A., Álvarez, N. B., Guevara, D. J., & Lujan, G. L. (2022). Percepción de la cultura organizacional en profesionales de un hospital público Ecuador, 2022. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(4), 2272-2287. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.2751
- Quiroga, M. R. (2021). Estrategias de comunicación construidas por el profesional de enfermería en un servicio de salud hospitalario durante el cuidado de enfermería en tiempos de COVID-19. *Yachay*, 1, 5-13.
- Ramírez, B., José, F., & Pedraza, Y. (2022). Representaciones sociales sobre educación ambiental desde un contexto rural. *Praxis & Saber*, 13(34), 72-91. Epub marzo 10, 2023. <https://doi.org/10.19053/22160159.v13.n34.2022.13936>
- Ramírez, A. M. (2016). La investigación cualitativa y su relación con la comprensión de la subjetividad. *RHS-Revista Humanismo Y Sociedad*, 4(2), 1-9. <https://doi.org/10.22209/rhs.v4n2a02>
- Ramírez, D. & Lehman, F. (1998) *La administración Samper. Enciclopedia Nueva Historia de Colombia, Vol. VII*, Planeta.
- Ramírez Molina, R. I. & Hugueth Alba, A. M. (2017). Modelo de comunicación productiva para las organizaciones de salud pública en Venezuela. *Opción*, 33(83), 305-335.
- Ramos, F., Coca, S.M. & Abeldaño, R.A. (2017) Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enfermería universitaria*, 14(1), 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.12.004>.
- Reyes, G. (1994). *La pragmática lingüística: El estudio del uso del lenguaje*. Montecinos.
- Reynaldos, K., Saiz, J. & Molina, Y. (2017). Competencias profesionales, gestión clínica y grupos relacionados de diagnósticos. El caso de hospitales públicos chilenos. *Rev. Salud Pública*. 20 (4), 472-478. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n4.66564>
- Rioseco, F., Jarpa, E. &Valenzuela, C. (2002). Evaluación de la comunicación entre el equipo médico y los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI. *Revista Chilena de Medicina*, 18(1) 39-43
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785-795. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>

- Rocha, F. L. R., Marziale, M. H. P., Carvalho, M. C. D., Cardeal Id, S. D. F., & Campos, M. C. T. D. (2014). A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 308-314. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000016>
- Roméu A. (2005) *El enfoque cognitivo, comunicativo y de orientación sociocultural. Dimensiones e indicadores de la competencia cognitiva, comunicativa, sociocultural*. Colección Pedagogía 2005. Editorial Pueblo y educación.
- Ronquillo, E. & Goenaga, B. (2009). Competencia Comunicativa: Evolución cronológica del término y sus elementos constitutivos. *Humanidades Médicas*, 9(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172781202009000100005&lng=es&tlng=es.
- Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, EdUERJ.
- Sabeh, A. C. B., Cecilio, H. P. M., Campos, C. J. G., Reis, H. F. T., Wysocki, A. D., & Santos, E. M. (2023). Social representations of nurses of the Emergency Care Unit towards people with mental disorder. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 57, e20220298. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0298en>
- Salazar-Blanco, O., Echeverri-Restrepo, C. & Díaz-Hernández, D. (2015). Reflexiones sobre la competencia comunicativa en los pregrados de las áreas de salud de universidades colombianas. *FEM*, 18(3), 211-217.
- Sánchez-Angarita, J. (2016). La dimensión comunicativa en la formación del médico: una propuesta para fortalecer la relación médico-paciente. *Rev. Fac. Med.*, 65(4), 641-648.
- Santiago, T. & Turrini, R. (2015) Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(Esp), 123-130. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>
- Saretta, M., Doñate-Martínez, A., & Alhambra-Borrás, T. (2022). Barriers and facilitators for an effective palliative care communication with older people: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 105(8), 2671-2682.
- Schein, E. (1990). Organizational culture. *American Psychologist*, 45, (2), 109- 119. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.2.109>

- Schneider, B. (1990). *Organizational Culture and climate*. San Francisco, CA: Jossey Bass
- Searle, J. (1990). *Actos de habla: ensayo de filosofía del lenguaje*. Madrid: Cátedra.
- Sentis, F., & Cordaro, V. (2002). El principio de cooperación y el oyente: Principio de alteridad. *Onomázein*, (7), 11-34.
- Silva Dutra, H., Arreguy-Sena, C., Cordeiro Ribeiro, F., Muniz Braga, L., Krempser, P., & Deleon de Melo, L. (2022). Representações sociais de mulheres sobre cateterização venosa para procedimento anestésico-cirúrgico. *Revista CUIDARTE*, 13(1), 1-13. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1258>
- Silva, I. F. S. da., Rodrigues, I. L. A., Nogueira, L. M. V., Pereira da Silva, H., & Palmeira, I. P.. (2022). Representações sociais do cuidado em saúde por mulheres quilombolas. *Escola Anna Nery*, 26, e20210289. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0289>
- Sperber, D. & Wilson, D. (1995). *Relevance. Communication and Cognition*. Blackwell.
- Stalker, J. C. (1989). Communicative Competence, Pragmatic Functions and Accomodation. *Applied Linguistics*, 10(2), 182–193. <https://doi.org/10.1093/applin/10.2.182>
- Stehr, P., Reifegerste, D., Rossmann, C., Caspar, K., Schulze, A., & Lindemann, A. K. (2022). Effective communication with caregivers to prevent unintentional injuries in children under seven years. A systematic review. *Patient education and counseling*, 105(8), 2721–2730. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.04.015>
- Steiner-Hofbauer, V., Schrank, B., & Holzinger, A. (2018). What is a good doctor? Was ist ein guter Arzt?/Was ist eine gute Ärztin?. *Wiener medizinische Wochenschrift (1946)*, 168(15-16), 398–405. <https://doi.org/10.1007/s10354-017-0597-8>
- Stocklassa, S., Zhang, S., Mason, S., & Elsner, F. (2022). Cultural implications for disclosure of diagnosis and prognosis toward terminally ill cancer patients in China: A literature review. *Palliative & supportive care*, 20(2), 283-289.
- Suárez-Pineda, M., Urbiola-Solís, A., & Suárez-Pineda, L. (2021). El cambio en la organización hospitalaria: Una comprensión desde el neoinstitucionalismo sociológico. *Desarrollo Gerencial*, 13(1), 1-21. <https://doi.org/10.17081/dege.13.1.4147>

- Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. Paidós.
- Tejero, J. M. (2021). *Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario*. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Testa, M. (1989). *Pensar en Salud*. Lugar Editorial.
- Torregrosa Almonacid, L., Gempeler Rueda, F. E., & Silva Herrera, J. M. (2020). Conversaciones difíciles en medicina: el profesionalismo y humanismo en el arte de comunicar malas noticias. *Universitas Medica*, 61(1), 74-83.
- Tremblay, D., Latreille, J., Bilodeau, K., Samson, A., Roy, L., L'Italien, M. F., & Mimeault, C. (2016). Improving the Transition From Oncology to Primary Care Teams: A Case for Shared Leadership. *Journal of oncology practice*, 12(11), 1012-1019. <https://doi.org/10.1200/JOP.2016.013771>
- Tumani, M.F., Espejo, J.P., Aguirre, C., Fredes, C., & Parada, A. (2022). Profesionalismo en el nutricionista: ¿Qué es y cómo incorporarlo en la formación de pregrado?. *Revista chilena de nutrición*, 49(3), 399-404. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182022000300399>
- Fernández, J. T., & Franco, B. P. (2003). Apuntes sobre la «resolutividad» y la «cura» en la medicina de familia. *Atención primaria*, 32(5), 296.
- Van Ek, J. (1977) *The Threshold Level for Modern Language Learning in Schools*. Strasburg. Council of Europe.
- Vargas, G. (2007). *Formación y subjetividad*. Bogotá: Editorial Universidad Pedagógica Nacional.
- Vegro, T. C., Rocha, F. L. R., Camelo, S. H. H., & Garcia, A. B. (2016). Cultura organizacional de um hospital privado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.49776>
- Vera, J., Loayza, B., Guarníz, R. & León, F. et al. (2020). Mitos y creencias sobre la insulino terapia en pacientes con diabetes mellitus y sus familiares de un hospital del norte del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 40(1), 42-50 <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2023.401.12210>.

- Vergara-Quintero, M. D. C. (2008). La naturaleza de las representaciones sociales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 6(1), 55-80. <https://revistaumanizales.cinde.org.co/rlcsnj/index.php/RevistaLatinoamericana/article/view/265>
- Vidales González, Carlos. (2017). De la comunicación como campo a la comunicación como concepto transdisciplinar: historia, teoría y objetos de conocimiento. *Comunicación y sociedad*, (30), 45-68.
- Villalobos, J. y Calvanese, N. (2021). La relación médico-paciente en tiempos de Covid-19. ¿Un cambio de paradigma? *Rev. Med. Chile*, 149(7), 1070-1074.
- Villarreal, E., Requena, B., & Cronin, J. B. (2012). The effects of plyometric training on sprint performance: a meta-analysis. *Journal of strength and conditioning research*, 26(2), 575-584. <https://doi.org/10.1519/JSC.0b013e318220fd03>
- Walker, W. (2022). Una síntesis crítica mínima de las portaciones de los paradigmas interpretativo y sociocrítico a la investigación educacional. *Enfoques*, 34(2), 13-33. ISSN 1669-2721.
- Wasti, S. A., Tan, H. H. & Erdil, S. E. (2011). Antecedents of Trust across Foci: A Comparative Study of Turkey and China. *Management and Organization Review*, 7(2), 279-302. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8784.2010.00186.x>
- Wennberg Capellades, L. (2018). *Comunicación y satisfacción en el servicio de urgencias de pediatría desde el modelo de cuidados centrado en la familia* [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona]. Repositorio UAB. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/461303/lwc1de1.pdf?sequence=1>
- Wolf, A., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Britten, N. (2017). The realities of partnership in person-centred care: a qualitative interview study with patients and professionals. *BMJ open*, 7(7), e016491. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016491>
- Wright, A. & Ehnert, I. (2010). Making sense of trust across cultural contexts. En M. Saunders, D. Skinner, G. Dietz, N. Gillespie y R. Lewicki (Eds.), *Organizational Trust. A Cultural Perspectives* (pp. 107-126). New York: Cambridge University Press.

Yañez Gallardo, R., Díaz Mujica, A., & Páez Rovira, D. (2018). Revelando el significado de confiar en la jefatura en el contexto de un hospital público. *Revista De Psicología*, 36(1), 135-162. <https://doi.org/10.18800/psico.201801.005>

Yule, G. (1996). *Pragmatics*. Oxford University Press.

Zarazúa J. (2007). Capacitación y Evaluación del Desempeño por Competencias. En Zubillaga, R. & et al., [recopilación]. *Un enfoque de sistemas a las competencias laborales* (pp. 57-76). Instituto Politécnico Nacional Dirección de Publicaciones Tres guerras 27.

VIII. Anexos:

VIII.1. Instrumento de recolección de información para las entrevistas semiestructuradas y los focus groups.

PAUTA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Ejecutor: Guillermo Cuéllar Castillo, estudiante del programa de doctorado en Comunicación, UFRO-UACH.

Objetivo de la entrevista: conocer las representaciones sobre la competencia comunicativa de las y los médicos en su rol de jefaturas en una unidad hospitalaria.

Dirigido a: Médicos jefes y equipos profesionales, técnicos y personal administrativo de su cargo.

Tiempo aproximado de la entrevista: 30 a 60 minutos

Recursos: la guía de entrevista, audio grabadora.

Edición: contempla posterior transcripción.

CUESTIONARIO

1. Te solicito que te presentes indicando cargo y cuánto tiempo llevas trabajando en tu equipo actual y en el hospital.
2. ¿Qué es para ti una buena comunicación y una comunicación deficiente en el ámbito laboral? Señala tres características de cada una en el ámbito de tu trayectoria laboral en distintos momentos.
3. Ahora te voy a pedir que pienses en las conversaciones de feed-back individual con tu jefatura médica y en las reuniones de coordinación o información de equipo, en este servicio y en tu trayectoria:
 - a) ¿Cuán veraz son o han sido tus jefaturas en dichas instancias? (comunicación verdadera/fidedigna; información dudosa o falsa). Da ejemplos, por favor.
 - b) ¿Cuán suficiente son o han sido tus jefaturas al comunicarse? (comunicación suficiente, insuficiente, excesiva). Da ejemplos nuevamente, por favor.
 - c) ¿Cuán pertinentes? (relevante en el tema y contexto; irrelevante en el tema y contexto). Ejemplos, por favor.

- d) ¿Qué tan claras y ordenadas son o han sido tus jefaturas en las reuniones de feed-back individual y en las reuniones de coordinación de equipo? Me puede dar ejemplos (claro, ambiguo; breve, extenso; ordenado, desordenado).
4. Las preguntas anteriores se referían a la calidad (verdadera), la cantidad (suficiente), la relevancia (pertinente) y el modo (claridad) de la comunicación de las jefaturas. A tu juicio, ¿habría que incluir otros criterios de buena comunicación laboral? ¿Cuáles? Da ejemplos, por favor.
5. ¿Tienes algo más que agregar? Muchas gracias por tu participación y contribución.

VIII.2. Documentos de consentimiento informado



Facultad de Filosofía y Humanidades

Doctorado en Comunicación

Documento de información para el participante y formulario de consentimiento informado

Documento de consentimiento informado dirigido a trabajadores/as del

Hospital Base de Valdivia, a quienes se invita a participar de la investigación para la obtención del grado de Doctor en Comunicación titulada “Representaciones del equipo de trabajo sobre la competencia comunicativa pragmática de las jefaturas en una unidad de un hospital público chileno: estudio de caso”.

Mg. Guillermo Antonio Cuéllar

Castillo. Universidad Austral de Chile

Tutora: Dra. Marta Silva Fernández.

Proyecto de investigación para la tesis doctoral “Representaciones del equipo de trabajo sobre la competencia comunicativa pragmática de las jefaturas en una unidad de un hospital público chileno: estudio de caso”.

Este documento de consentimiento informado tiene dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio)**
- Formulario de consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar) Se le dará una copia del documento completo de consentimiento informado**

Parte I: Información

Introducción

Mi nombre es Guillermo Cuéllar Castillo, soy estudiante del Doctorado en Comunicación de la Universidad Austral de Chile en conjunto con la Universidad de la Frontera. En este contexto, estoy desarrollando la investigación “Representaciones del equipo de trabajo sobre la competencia comunicativa pragmática de las jefaturas en una unidad de un hospital público chileno: estudio de caso”. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. Puede decidir su participación hoy o dentro de esta semana.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me detiene según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí, al doctor que investiga o a miembros del equipo.

Propósito

Este proyecto analiza el parecer del equipo de trabajo sobre la competencia comunicativa pragmática de su(s) jefatura(s) en el ejercicio de su cargo. Para este caso, se entiende dentro de la pragmática de la comunicación aspectos como la calidad, la cantidad, la relevancia y el modo de la información entregada por la(s) jefatura(s) en las conversaciones de feedback o retroalimentación individual y en las reuniones de coordinación de equipo. Los propósitos de esta investigación son dos: primero, aportar datos al campo de estudio de la comunicación en salud, en el cual existen pocas investigaciones sobre las habilidades comunicativas de las jefaturas; y segundo, contribuir con recomendaciones a la comunicación hospitalaria interna en Chile a partir de este caso.

Tipo de intervención de investigación

Esta es una investigación social de tipo cualitativo. En este sentido, el trabajo de campo incluye entrevistas semiestructuradas y grupos focales con los mismos(as) participantes.

Selección de participantes

Estoy invitando a todos los trabajadores(as) de una unidad hospitalaria facilitada por el Director Médico del Hospital *** [borrado por compromiso de confidencialidad], conformada por las jefaturas médicas intermedias, jefaturas administrativas, enfermeras, técnicos paramédicos y personal administrativo.

Participación voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, su laboral en este hospital no se verá afectada mediante el compromiso de confidencialidad y anonimato que se detalla más adelante.

Procedimientos y protocolo

Descripción del proceso

Durante este trabajo de campo se le pedirá reunirse con el investigador responsable en su lugar de trabajo en dos oportunidades:

La primera vez para la entrevista semiestructurada individual, donde se le preguntará sobre la competencia comunicativa pragmática de su jefatura, específicamente por la calidad, la cantidad, la relevancia y el modo de la información entregada por esta última en el contexto de su trabajo.

La segunda vez para el grupo focal de los trabajadores(as) que se encuentran en su mismo grado o escalafón: grupo focal de médicos, grupo focal de enfermeras(os) o grupo focal de TENS, donde se tratará el mismo tema que en las entrevistas individuales.

Duración

La investigación durará 6 meses. Durante ese tiempo, será necesario que Ud. venga máximo 2 veces a las citas señaladas anteriormente, por aproximadamente una hora cada vez.

Efectos secundarios

No se prevén efectos secundarios.

Riesgos

No existen riesgos al participar de esta investigación.

Molestias

No se desprenderán molestias al participar de esta investigación, ya que no se trata de un estudio clínico.

Beneficios

Puede que no haya beneficio para usted con esta investigación, pero es probable que su participación nos ayude a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación sobre cómo los equipos de salud se representan la competencia comunicativa pragmática de sus jefaturas.

Incentivos

No habrá incentivos.

Confidencialidad

El investigador responsable no compartirá la identidad de aquellos(as) que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá será puesta fuera de alcance y nadie sino el investigador tendrá acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un código en vez de su nombre. Solo lo investigador sabrá cuál es su número y se mantendrá la información guardada en computador con clave y en oficina con llave. La información no será compartida ni entregada a nadie.

Compartiendo los resultados

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. Finalmente, el informe final será alojado en los repositorios físicos y digitales de la Universidad Austral de Chile y la Universidad de la Frontera para que otras personas interesadas puedan aprender de esta investigación.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos en este hospital serán respetados.

A quién contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a Guillermo Cuéllar, al celular 992006871 o al e-mail guillermo.cuellar20@gmail.com; o a la tutora Dra. Marta Silva, al celular 976552150 o al e-mail marta.silva@uach.cl.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Comité Bioético del Servicio de Salud de la Región de Los Ríos y por el Comité Ético Científico de la Universidad Austral de Chile. La tarea de este último es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte a la presidenta del Comité, Prof. Carolina Ávalos Valdivia, al correo: comiteeticocientifico@uach.cl ó carolina.avalos@uach.cl fono: 632444314.

PARTE II: Formulario de consentimiento

He sido invitado(a) a participar en la investigación “Las representaciones del equipo de trabajo sobre la competencia comunicativa pragmática de las jefaturas en una unidad de un hospital público chileno: estudio de caso”.

Entiendo que participaré de una entrevista individual y de un grupo focal colectivo con parte de mi equipo de trabajo. He sido informado(a) que no hay riesgos al participar de esta investigación. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mis derechos y mi situación en este hospital.

Nombre del participante _____ Firma del participante ____

Fecha _____(Día/mes/año)