

---

# Influencia de las normas en las interacciones sociales entre visitas y personal en el Hospital de Enfermedades Infecciosas

## Dr. Lucio Córdova

---

Catalina Gutiérrez Ricci, Daniela Maulén Leiva,  
Daniela Pozo Fernández, Camila Vega Pérez  
Universidad de Chile  
[cami.vega.p@gmail.com](mailto:cami.vega.p@gmail.com)

---

### Resumen:

Este artículo constituye una aproximación a la manera en que operan las normas al interior del hospital: como éstas se presentan a los agentes, la forma en que son interiorizadas o confrontadas por ellos, y especialmente las consecuencias que tienen al interior de este espacio, considerando que las normas no se reducen a un reglamento, sino que corresponden a mandatos sociales y culturales generados en el mismo ambiente. El estudio utiliza un enfoque cualitativo que se centra, por medio de entrevistas, en la interacción de las visitas y el personal de un hospital de enfermedades infecciosas. Estos dos agentes reproducen la estructura social a través de su discurso, dando cuenta de la influencia de jerarquías y prejuicios en las relaciones sociales, así como de procesos de “modernización de la salud” y “humanización de la salud” que se transforman en fuente de tensión por producir al mismo tiempo el distanciamiento de los actores (limitando al máximo su interacción) y una situación de doble vigilancia: el control ejercido desde el personal médico a las visitas y desde las visitas al personal.

**Palabras clave:** Personal médico, Visitas, Enfermedades infecciosas, Hospital, Normas, Interacciones sociales, Representaciones sociales.

**Abstract:**

**Influence of the norms in social interactions between visitors and medical staff  
in Lucio Córdova's Hospital for Contagious Diseases.**

This article is an approach to the manners in which rules operate inside a hospital: how they are presented to the people, how are accepted or rejected by them, and specially the consequences that they have in this space, acknowledging that norms are not just contained in a written set of rules, but mostly they are part of cultural and social production originated in this environment. The study uses a qualitative orientation that focuses, with the help of interviews, in the interaction between visitors and the medical staff of a hospital of contagious diseases. These two actors through their speech reproduced the social structure letting us see how hierarchy and prejudices influence the social relationships, and also how the processes of "health modernization" and "health humanization" transformed themselves in source of tension by enlarging the distance of the actors involved (restricting at the maximum their interaction) and at the same time producing a situation of double vigilance: the control exercise by the medical staff to the visitors and from the visitors to the staff.

**Keywords:** Medical staff, Visitors, Infectious disease, Hospital, Norms, Social Interactions, Social representations.

Fecha de recepción: julio 2010

Versión final: octubre 2010



## Introducción

La investigación tuvo lugar en el Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova desde agosto de 2009 a junio de este año. El problema que guió el trabajo fue la influencia de diversas normas que se articulan al interior del hospital con la interacción social entre visitas y personal, una problemática que fue reconocida a partir de una observación de campo durante tres meses. Para ello, se entrevistaron a diversos actores y se analizó la información de una forma que permitiera hacer explícitos los contenidos manifiestos y latentes de su discurso.

El presente documento intenta responder a la problemática construida en el proceso de la investigación: ¿De qué manera influyen las normas en las interacciones sociales entre las visitas y el personal del Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova?

A partir de lo anterior se plantean tres dimensiones que permiten explicar la influencia de las normas en la interacción. En primer lugar, se consideran las normas explícitas, es decir, el reglamento del establecimiento. Luego, se analizan las normas implícitas, tomando en consideración la importancia de la jerarquía del personal, el uso de los espacios y los mecanismos sociales de regulación de convivencia. En tercer lugar, se abordan las representaciones sociales de los actores y sus implicancias; para terminar con un análisis de la relación del conocimiento producido en el espacio particular con la situación del sistema de salud pública del país.

Sistematizando, los objetivos específicos de la investigación son:

- Identificar la forma en que las normas explícitas influyen en las interacciones sociales entre visitas y personal del Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova.
- Identificar la forma en que las normas implícitas influyen en las interacciones sociales entre visita y personal del Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova.
- Conocer la incidencia de las normas en la construcción de representaciones sociales entre las visitas y el personal del Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova.

No obstante existe un objetivo implícito que guía la investigación. La elaboración pormenorizada se plantea en función del objetivo de desnaturalizar la legitimidad de la biología y la higiene en la comprensión de las normas del hospital. Y es que siempre ha existido un predominio histórico de la concepción *biologizante* de la salud. En relación a esto, el presente estudio permite comprender que, si bien las normas están dirigidas a la prevención de la salud del paciente, este propósito invisibiliza el uso de la restricción de los espacios y la limitación de las interacciones entre visitas y personal, entre otros elementos que se vuelven relevantes



desde una perspectiva sociológica. En este sentido, nuestro estudio podría contribuir a la actual reforma del "sistema de visitas" del hospital, ya que incorpora, no solo la importancia de las normas en cuanto a la prevención y cuidado del paciente, sino que también considera la perspectiva del personal y de las visitas.

Y es que la esfera de la salud requiere ser abordada y comprendida desde la perspectiva de lo social, puesto que corresponde a un ámbito en el cual se expresan distintas interacciones entre actores y actoras sociales.

Por otra parte, la decisión de una estrategia de análisis específica, se vio influenciada tanto por el carácter cualitativo de la investigación como por la pregunta y objetivos de ella. Dada la importancia de las subjetividades para este enfoque y para el estudio, el análisis de contenido aportaría con "el indicio más directo y revelador de la estructura de esa subjetividad y del sentido de sus acciones" (Navarro & Díaz, 1999, p.78).

Además, el objetivo general de la investigación considera la incidencia de las dimensiones descritas en las interacciones sociales entre visitas y personal. En este sentido, la pertinencia de un análisis de contenido se hace evidente al considerar que "el uso de expresiones viene a ser el instrumento que vehicula nuestra capacidad de establecer relaciones intersubjetivas, y son estas relaciones las que hacen posible la interacción social". (Navarro & Díaz, 1999, p.78)

En definitiva, se trabaja en el objetivo de analizar, en los datos, el "contenido manifiesto, obvio, directo que es representación y expresión del sentido que el autor pretende comunicar" (Andréu, 2001, p.2); dando paso, a través de un estudio sistemático, a inferencias "reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto". (Andréu, 2001, p.3)

Tras haber introducido el tema, se procede a exponer los principales resultados y hallazgos de la investigación. Para ello, se dispone de capítulos diferenciados según las categorías de análisis definidas anteriormente: influencias en las interacciones sociales entre personal y visitas de las normas explícitas, de las normas implícitas, de las representaciones sociales y de lo institucional. Cada capítulo cuenta con apartados referentes a las diversas propiedades de cada categoría o, en algunos casos, a los ejes centrales de ellas, en donde se busca el diálogo entre los sujetos y sujetas, las perspectivas teóricas que permiten explicar o comprender sus discursos y las analistas. Una vez analizadas las categorías, haremos una síntesis sustantiva de ellas de la mano de una perspectiva teórica concreta.

Finalmente, se concluirá el trabajo recogiendo todo lo expuesto, para intentar contestar nuestra pregunta de investigación, sin zanjar ni finalizar el debate y, por el contrario, dando pistas para otras formas de abordar la temática.



## **Hallazgos y análisis**

### **1. Normas explícitas y orden social**

La elaboración del reglamento para las visitas del hospital Lucio Córdova se enmarca en el contexto del proyecto de Humanización de la Salud. Y es que con la implementación de esta iniciativa las visitas de los pacientes hospitalizados en el recinto pudieron ingresar al espacio hospitalario, generándose de este modo una mayor convivencia entre ellos y el personal. Debido a la entrada de las visitas se hizo necesario desarrollar una serie de normativas que regularan el comportamiento que éstas debían tener y mantener al interior del recinto, sobre todo por el carácter infeccioso del hospital referido.

En relación a lo anterior, la pregunta por el orden social se vuelve relevante. Es posible señalar que mediante la elaboración de un reglamento para las visitas se pretende generar un orden al interior del recinto. En relación a esto, distintas son las teorías sociológicas que han abordado la problemática del orden social, así por ejemplo, Émile Durkheim se interesó por el estudio de las bases de la estabilidad social, encontrando estas bases en la moral, la religión y los valores compartidos por los individuos que componen la sociedad. Durkheim señala que existe un “orden de hechos consistentes en modos de actuar, de pensar y de sentir, exteriores al individuo y que están dotados de un poder de coacción en virtud del cual se imponen sobre él” (Durkheim, 1997, p.40). Otras corrientes teóricas, como la filosofía de la ilustración escocesa, abordan la problemática referida, en tanto orden que surge en forma espontánea; y otras señalan que el orden social está dado por un acuerdo racional entre individuos racionales. En fin, lo que se comprende a partir de estas teorías, es que las normas cumplen un papel determinante en la generación del orden social. En el caso particular del espacio estudiado, las normas están orientadas a este propósito, ya que pretenden orientar el comportamiento de las visitas al interior del recinto, influyendo de esta manera en las interacciones que estas personas pueden tener con el personal del hospital. A continuación se analizará la influencia de las normas explícitas en este tipo de interacciones, a partir del discurso de los hablantes.

#### *a) El reglamento: contenidos y medios de difusión de las normativas del hospital*

A partir del análisis de la información producida, se comprende que el personal del hospital de enfermedades infecciosas Dr. Lucio Córdova conoce la existencia de un reglamento orientado a las visitas. Las reglas más conocidas son aquellas que hacen referencia al horario de visitas, el cual ha sido modificado dos veces en lo que va del año a causa del terremoto que



afectó al país. Actualmente el horario es de seis horas, divididas en dos bloques, el primero de doce a tres de la tarde y el segundo de cuatro a siete.

El personal también se refiere a la cantidad de personas que pueden ingresar a las salas, especialmente a las salas comunes. Señalan, además, que sólo los médicos pueden entregar información a las familias respecto al diagnóstico de sus pacientes, y que tanto enfermeras como técnicos paramédicos deben mantener la confidencialidad de las personas hospitalizadas.

Así también, el personal sabe que las visitas no deben ingresar alimentos al hospital sin la autorización del nutricionista. Esto por dos motivos: el primero porque alimentos no autorizados podrían agravar el estado de salud del paciente, y el segundo, porque el hospital no tiene lugares apropiados para guardarlos, razón por la cual muchos de los alimentos que traen las visitas se echan a perder al no ser refrigerados. Otras normativas conocidas por el personal aluden al comportamiento que las visitas deben tener al interior de las salas de pacientes, así por ejemplo una de las enfermeras señala que los familiares no pueden sentarse en las camas de los enfermos.

Existe un conocimiento sobre el contenido del reglamento referido a los trámites que deben realizar los familiares al momento de internar a los pacientes. Entre ellos destacan los trámites de recaudación, los horarios para comunicarse con el médico que le corresponda, así también con la nutricionista y con la asistente social.

Desde la perspectiva del guardia se reconoce una falta de información respecto a las normas del hospital. Si bien son ellos quienes deben velar por el cumplimiento del reglamento, no conocen a cabalidad el contenido de éste. Un ejemplo de ello se presenta en la siguiente cita, en la cual la guardia se refiere al horario que tienen los médicos para atender a los pacientes:

“...me parece que tienen que inscribirse, tienen un horario” (Guardia)

El conocimiento del reglamento que poseen los guardias se limita a aquellas normas que están más directamente relacionadas con su trabajo, tales como la cantidad de personas que deben entrar por sala y el horario de visitas. Esto porque son ellos quienes deben resguardar el que entren dos personas y no más, y que las personas se retiren del recinto en el horario establecido. De esta manera se reconoce que las interacciones que el guardia tiene con las visitas se reducen a aquellas en las cuales no se cumple el reglamento.

Otra diferencia que se da entre el personal médico del hospital- médicos, enfermeras y técnicos paramédicos- y los guardias, radica en la manera en que se les da a conocer el reglamento del recinto hospitalario. Así por ejemplo, las enfermeras tienen una participación



directa en la elaboración de estas normativas, mientras que la poca información que reciben los guardias la adquieren por parte de la empresa para la cual trabajan.

En lo que se refiere al personal, algunas enfermeras de mayor antigüedad, tal como una de las entrevistadas, participaron directamente en la confección del reglamento en el marco del proyecto de Humanización de la Salud al cual se referirá más adelante, en el cuarto capítulo de hallazgos. Pero también las enfermeras que llevan menos tiempo trabajando en el recinto participan en la elaboración de dichas normativas. Y es que tal como una de ellas nos señala, el reglamento del hospital no resulta efectivo y por tanto, actualmente se encuentran trabajando en una nueva confección de normas para las visitas. Así se expresa en la siguiente cita:

“El comité de calidad está tratando de intervenir en lo que es el sistema de visitas...que esté más reglamentado y que haya más supervisión también...” (Enfermera, 2 años en el Hospital)

Pero en el caso de los guardias, en tanto trabajadores subcontratados del hospital, no tienen la misma participación en la elaboración del reglamento ni en el conocimiento de estas normas. Al contrario, tal como señala la entrevistada, el hospital no proporciona información respecto a las normativas del recinto, sino que es la empresa para la cual trabaja quien le señala algunas reglas a seguir.

“... nosotros sabemos que es contagioso por el nombre, pero ningún tipo de instrucción, bueno nosotros de hecho, en nuestra empresa nosotros tenemos estrictamente prohibido entrar a las salas... de los pacientes ...eso es como todo, pero por nuestra empresa, no por el hospital”. (Guardia)

De esta manera resulta importante comprender la difícil posición en la que se encuentran los guardias, que fueron incorporados por la implementación del Proyecto de Humanización de la Salud a fin de regular a las visitas que desde ese momento hacían ingreso al recinto hospitalario, ya que sin poseer mayor información sobre el reglamento del hospital deben custodiar el cumplimiento de éste.

Desde la perspectiva de las visitas, se reconoce también un conocimiento respecto al reglamento del hospital. Esto se puede relacionar con el hecho de que las visitas entrevistadas corresponden a familiares directos de los pacientes a los cuales vienen a visitar. Tal como lo señala una de las enfermeras, a las personas que acuden al recinto hospitalario se les entrega un documento titulado: “Orientación a los familiares y amigos del paciente”, mediante el cual se



les indica tanto los datos relacionados con la ubicación del paciente, como aquellas normativas que deben cumplir al interior del hospital. Así lo corrobora una de las visitas entrevistadas:

“...pasan un documento, entonces ahí dice cuantas personas entran, cuánto es el horario para que el paciente no se agote, no se canse...” (Mujer, 48 años, visita en sala de aislamiento)

Además del tríptico, las normas del hospital se dan a conocer mediante la implementación de letreros en las paredes del recinto, que contienen el contenido más importante del reglamento. Este medio de difusión de normas resulta de gran importancia, ya que se encuentran visibles para las personas cada vez que acuden a visitar a los pacientes hospitalizados. De este modo recuerdan constantemente a las visitas la manera en que deben comportarse al interior del recinto. En palabras de una auxiliar paramédica:

“...ahí adentro hay unos tremendos letreros en las murallas, tú los lees cuatro cinco, todas las veces que tú subes a ver tu paciente, tú lees el letrero, aunque no querai, porque instintivamente las letras te tiran, porque son así cada letra, entonces instintivamente tú todos los días cuando vienes a ver a tu paciente, tú lees el letrero”. (Auxiliar paramédica)

Además, los letreros resultan importantes porque conforman un medio por el cual los guardias pueden informarse respecto al contenido del reglamento, ante la falta de información que acusa la entrevistada.

Sin embargo, pese al documento entregado a los familiares de los pacientes cuando éste es internado, y a la presencia constante de las normas en los carteles colocados en las paredes del recinto, en la práctica surgen dudas y preguntas por parte de las visitas. Y es que no todos los familiares y amigos que acuden al hospital han recibido el instructivo, especialmente si son visitas esporádicas que no tienen directa relación con los familiares del paciente. De este modo, la necesidad de saber qué hacer al interior del hospital lleva a que las visitas pregunten al personal, especialmente a los guardias. Por lo tanto, en la interacción entre personal y visitas resultan relevantes las normas explícitas debido a la necesidad, por una parte, de saber cómo comportarse en el espacio, y por otra, a la necesidad de resguardar el cumplimiento de las normativas. En ese sentido el personal del hospital resulta un medio fundamental para informar a las visitas respecto al reglamento, siempre y cuando las visitas les pregunten por éste a ellos, pues si no preguntan, el personal no les informa.



“...y a veces no se le informa, si el familiar no pregunta no se le informa cachai...”  
(Enfermera, 2 años en el Hospital)

De acuerdo a lo que señala la guardia entrevistada, son ellos los que atienden en mayor medida las consultas de las visitas:

“Nosotros somos como la fuente de informaciones pa muchas cosas...” (Guardia)

### *b) Cumplimiento e incumplimiento de las normas explícitas del hospital*

En relación al análisis realizado se desprende que las interacciones que se producen entre visitas y personal resultan también de las situaciones en las que no se cumple el reglamento. De acuerdo a lo que señalan estos actores, hay personas que cumplen el reglamento, pero también las hay quienes no lo hacen. Y es que:

“...siempre va a haber gente que se va a pasar de lista y gente que cumple bien y que es consciente...” (Mujer, 48 años, visita en sala de aislamiento)

El discurso de la enfermera de mayor antigüedad es más radical, ya que señala que un noventa por ciento de las visitas que acuden al hospital no cumplen el reglamento. Así también, desde la perspectiva de los guardias se identifica este incumplimiento, por lo que ellos deben intervenir con frecuencia, pese a la molestia que su intervención genera en las visitas. El trabajo de los guardias se agudiza aún más los fines de semana, ya que durante estos días aumenta la cantidad de visitas, por lo que es más difícil controlarlos. Así se reconoce, por parte de todo el personal, la necesaria incorporación de un número mayor de guardias.

Los problemas que generan el incumplimiento de las normas pueden resultar perjudiciales para la salud de los pacientes, lo cual se identifica también en el discurso de las visitas entrevistadas. Estas comprenden que el reglamento tiene una función preventiva, razón por la cual deben cumplirlo:

“...al paciente no le conviene que esté tanta gente porque le quitan oxígeno y lo otro, que al paciente lo cansan, porque todos hablan y él al final se estresa, entonces hay que tener cuidado con las visitas, que sean cortitas, que sean visitas médicas, lo justo y necesario.”  
(Mujer, 48 años, visita en sala de aislamiento)



Por lo tanto, en las visitas, existe un reconocimiento a la importancia de cumplir las normas del hospital. Se asume que así como en todos lados, el hospital Lucio Córdova posee un reglamento que debe ser acatado, puesto que su cumplimiento facilita la recuperación del paciente. De este modo, las normas cuyo cumplimiento resulta más importante, son aquellas que están directamente relacionadas con el cuidado del familiar o amigo que se encuentre hospitalizado, tales como el uso de mascarillas y pecheras para ingresar a las salas o la cantidad de personas que entran a éstas.

Sin embargo, en el discurso de las visitas entrevistadas es posible identificar que el conocer y comprender el reglamento del recinto no implica necesariamente el cumplimiento de éste. Y es que, en ocasiones, la necesidad de saber sobre el estado de salud del paciente lleva a los familiares y visitas en general, a preguntar a enfermeras y técnicos paramédicos acerca del diagnóstico del paciente, lo cual, por reglamento no corresponde. Así también, el incumplimiento de las normativas se expresa en el uso del espacio por parte de las visitas, ya que, tal como una de ellas nos señala, prefiere esperar en el pasillo del sector donde se encuentra internados los pacientes, en vez de esperar abajo, donde corresponde a las visitas.

Un aspecto semejante a lo señalado por una de las enfermeras entrevistadas, refiere a la justificación del incumplimiento de las normas aludiendo a las pocas facilidades que da el hospital a las visitas para regirse por ellas. Un ejemplo de ello lo constituye la dificultad de encontrar una hora disponible para hablar con el médico tratante. Y es que es sólo una hora diaria la que los médicos destinan a conversar con todas las visitas de los pacientes que atienden.

Por lo tanto, se identifica un discurso que reconoce la importancia de cumplir el reglamento del hospital, pero que en la práctica, dada la complejidad del espacio, no siempre se condice con el cumplimiento efectivo de dichas normativas.

Los incumplimientos reconocidos por el personal, llevan a plantear la existencia de una falta de regulación sobre el comportamiento de visitas; se señala que las normas son "blandas"; o en versiones más radicales, que realmente no existe un reglamento como tal sino que más bien corresponde a sugerencias de comportamiento propuestas a las visitas. Es por estas razones que actualmente existe un comité de calidad, entre cuyas funciones, se encuentran reformar "el sistema de visitas" y elaborar normativas que resulten eficaces.

De acuerdo a lo expuesto, es posible reconocer la importancia de las normas explícitas en las interacciones entre visitas y personal del hospital. Este reglamento reduce las interacciones que se generan en el espacio, así por ejemplo, es el médico y sólo él, quien puede proporcionar información a las visitas acerca del estado de salud de los pacientes. En la práctica, la necesidad de las visitas por saber cómo comportarse en el recinto hospitalario genera interacción con el personal, especialmente si son visitas esporádicas.



En general, se identifica que el reglamento del hospital limita al máximo las interacciones entre los actores (visitas y personal). Y es que si las visitas cumplen todas las normas que regulan sus acciones, no deberían relacionarse con ningún miembro del personal, a excepción de los médicos, con quienes interactúan dentro de un horario establecido. Por lo tanto, el incumplimiento del reglamento y la desinformación por parte de las visitas son los factores que mayoritariamente inciden en la producción de interacciones con el personal.

En relación al análisis realizado, una teoría sistémica o estructuralista no permitiría comprender a cabalidad lo que en el hospital sucede a diario. Si bien, la existencia de un reglamento que regule las acciones de las visitas permitiría concluir que éstas no poseen ninguna libertad de acción al interior del recinto, el incumplimiento de tales normativas y otros factores como la desinformación, permiten señalar que las normas no se reproducen en forma mecánica en el actuar de los agentes. El debate sociológico referido a la comprensión de lo social ha fluctuado entre las explicaciones estructuralistas, en un extremo, y las voluntaristas en el otro: ¿lo social se comprende desde la estructura o desde la agencia?; ¿es la estructura la que impone pautas de comportamiento o es la acción de los individuos la que genera la estructura?

Ante la problemática anterior, distintas son las teorías sociológicas que se han elaborado a fin de explicar la dicotomía agencia y estructura, como por ejemplo la teoría de la acción comunicativa de Habermas. De acuerdo a lo que señala Margaret Archer ‘la problemática tarea de entender el vínculo entre estructura y agencia mantendrá siempre su centralidad porque se deriva de lo que la sociedad intrínsecamente es’ (Archer, 2009, p.29). Sin embargo, en el debate actual, se han desarrollado teorías sociológicas que cuestionan estas oposiciones, al postular que existe una ‘interacción y constitución mutua entre estructura y consciencia, entre sistema y mundo de la vida, y que difícilmente se podría reducir la vida social a una sola de estas dimensiones’ (Martinic, 2006, p.3)

Una de estas teorías corresponde a la desarrollada por Pierre Bourdieu (1991), quien comprende que el mundo social debe ser entendido en la práctica, lo que, de acuerdo a sus postulados, no hacen ni las teorías estructuralistas ni las subjetivistas. Las primeras porque se limitan a explicaciones abstractas que no tienen relación con la realidad, y las segundas, porque la voluntad de los individuos no basta para transformar el mundo. Ante estas críticas, Bourdieu elabora una teoría que resuelve la dicotomía agencia y estructura, señalando que existe una armonía entre ambas.

En el caso del hospital Lucio Córdova, la elaboración de las normas del hospital remiten al contexto en que el recinto debió abrir sus puertas a las visitas de los pacientes que en él se encontraban internados. Sin embargo, en la práctica estas normativas no se reproducen en forma mecánica en el actuar de los sujetos-tal como se señalaba anteriormente- puesto que



existen otras disposiciones e intereses que las visitas poseen y que generan acciones que se escapan a las reglamentadas, principalmente aquellas que refieren a la preocupación por el paciente. Ante esto se refiere también Sergio Martinic, al señalar que “el comportamiento de los individuos no es un mero reflejo de la realidad social que los condiciona” (Martinic, 2006, p.5). Esto no significa que los sujetos actúan libremente al interior del recinto hospitalario, pues las normas ejercen gran peso en su comportamiento, sobre todo por la presencia de los letreros en las paredes del recinto y por la constante vigilancia de guardias, pero sí permite explicar que existen incumplimientos de las normas explícitas; incumplimientos que producen interacción entre visitas y personal del hospital; e incumplimientos que además, influyen en la estructura (normas explícitas), la cual se redefine en función de lo que ocurre en la práctica. Por lo tanto, Bourdieu comprende a las reglas, no en un sentido estricto, sino más bien, como regularidades, lo que le permite explicar incumplimientos de estas normativas cuando los intereses prácticos de los sujetos son más fuertes. El modelo es una cosa y el uso que la gente haga de él es otra y es que la relación entre regla y práctica no es mecánica ni automática sino que en ella media el sentido práctico. En este sentido, no solo importa comprender la existencia del reglamento del hospital para estudiar las relaciones que en su interior tienen lugar, sino que es necesario abordar el sentido práctico de las acciones de los agentes.

## 2. Interacciones mediadas por normas implícitas

Reconocemos, además de la existencia de normas explícitas, visibles en trípticos y carteles, una serie de normas que no están escritas ni expuestas en un afiche, pero que son igual o más importantes a la hora de explicar cómo se configura la interacción entre personal y visitas. Estas normas, que denominamos implícitas, refieren a aquellos mandatos sociales que existen no sólo en los espacios hospitalarios, si no en muchas instituciones del mundo social. Las principales normas implícitas reconocidas son la jerarquía al interior del personal, que refiere a la forma en que tareas y poderes están diferenciados según el cargo o el título profesional que ostentan los trabajadores del Hospital; el uso de los espacios internos del hospital, que si bien están normados explícitamente, dan lugar al desarrollo una serie de normas sociales bastante reconocibles; y finalmente, las diversas dimensiones de la interacción que dan lugar a una compleja convivencia entre personal y visitas.

A partir del discurso de nuestros informantes, analizaremos cada una de estas dimensiones de las normas implícitas que tienen lugar en el interaccionar diario de los actores estudiados.



### *a) Jerarquías*

Para el personal del hospital, la existencia de una jerarquía que ordene verticalmente los diferentes cargos, atribuyendo responsabilidades, respetos, decisiones y órdenes de manera diferenciada, es una condición natural de cualquier institución. Las diferencias son claras y marcadas: hay quienes identifican cargos y hay quienes generalizan a una distinción entre profesionales y no profesionales. De una u otra forma, los sujetos se articulan en un equipo de trabajo, o más bien, un "equipo de salud", excluyendo así a los guardias, quienes no tienen labor médica y son ajenos a la organización del hospital, por provenir de una empresa privada de seguridad.

El equipo de trabajo compuesto por auxiliares, técnicos paramédicos, doctores y enfermeras funciona en base a la vigilancia mutua, al respeto, a la buena comunicación y a la figura de un líder que guía el trabajo en equipo. Una de las enfermeras entrevistadas recalca que, a pesar de lo que se podría pensar, este liderazgo es ejercido por ellas y no por el médico, quien tiene un horario bastante restringido en el recinto y que, por lo tanto, no conoce realmente la cotidianeidad del lugar. Para algunos, la existencia de la jerarquía y de un liderazgo definido son condición necesaria para hacer un buen trabajo y a su vez, la jerarquía asegura el respeto y la buena comunicación dentro del equipo.

(sobre las jerarquías) "sipo, tiene que haber... es que lo que pasa es que si nosotros fuéramos todos igual, a lo mejor habrían problema de respeto y se confunde un poco la confianza, ya, entonces tiene que haber una cierta diferencia entre lo que es la enfermera y el técnico por lo menos, ya...es la única forma en el fondo que hace que podamos mantener un buen una buena comunicación y trabajar en equipo." (Enfermera, 2 años en el Hospital)

Los problemas entre distintos miembros del personal se dan precisamente por no respetar las jerarquías y liderazgos. Dentro del equipo, y por medio del reglamento, se definen las funciones de cada integrante, no se pueden confundir los papeles, es necesario que cada uno "respete su metro cuadrado", pues ahí precisamente surgen las desavenencias. Una enfermera da cuenta de ello en la siguiente cita:

"ellos (los técnicos) son más llevados a sus ideas, ehh cuesta más lo que es más de liderazgo en el equipo, porque ellos quieren hacer lo que se les ocurre cachai y se equivocan harto. (...) Entonces uno tiene que estar encima, y ahí es como el roce." (Enfermera, 2 años en el Hospital).



La figura del guardia, o de la guardia, en este caso, aparece como escindida de la estructura del equipo de salud. Su presencia sólo es requerida cuando existen conflictos o se desobedecen reglas básicas como al cantidad de visitas por paciente. Existe –dice la guardia- una buena relación con “ellas”, con el resto del personal, es una relación cordial y amena, pero sin mucha profundidad. En el discurso de la guardia es posible reconocer una identidad que se define a sí misma por la diferencia con el personal médico, son la otredad que la reduce a una empleada de una empresa ajena al hospital, que es nueva en él y que puede ser reemplazada en cualquier momento por otra. No nacen raíces de la relación con los demás funcionarios, su estancia es temporal, y ello determina el conocimiento que tiene, no sólo sobre las lógicas de interacción dentro de los sectores del hospital, sino también, de sus labores específicas, de sus deberes y derechos al interior del recinto.

Existen diversas formas de relacionarse con las visitas, influenciadas principalmente por la posición dentro de la estructura jerárquica. Hay gran consenso en que los mayores damnificados son los técnicos paramédicos, pues son ellos quienes se encuentran mayormente durante la estancia de las visitas, recibiendo la mayor cantidad de preguntas y quejas. Es por ello que son reconocidos por sus “malas caras” y por el constante intento por evadir la interacción con las visitas. Los médicos, por su parte, no sufren de este “asedio” de las visitas por información. Como se verá más adelante, la figura del médico inspira tal respeto que los amigos y familiares ni siquiera se atreven a preguntar por el estado de su paciente a los médicos, a pesar de que existe incluso un horario definido para ello.

“nos ha pasado mucho que las visitas se descargan ya sea con el técnico paramédico o menos con la enfermera, pero con el técnico es bien notorio. De repente si están molestos, les molesta... no están de acuerdo como se les ha tratado, no les dan información, nos dicen a nosotros, al personal que esta siempre. Pero no son capaces de decirle al médico. Entonces claro que hay una diferencia en lo que es la comunicación.”  
(Enfermera, 2 años en el Hospital)

Desde la perspectiva de las visitas, existe un discurso que se abandera por la existencia de jerarquías, sin embargo, abundan afirmaciones como “el médico es el que corta el queque”, o que “(el problema) es con funcionarias no más, con los doctores”, haciendo claras distinciones entre las potestades de cada lugar en la jerarquía y atribuyendo situaciones conflictivas sólo a algunos sectores del personal. Se reproduce así, en el Hospital, la idea generalizada de la posición de los médicos en las jerarquías hospitalarias, que es insuperable. La profesión del médico, junto con la del abogado o la del ingeniero –podríamos decir- son las más legitimadas y valoradas en la sociedad chilena. El discurso, de esta forma, se separa de las



acciones: se alude constantemente a un trato igualitario, pero en la práctica, los juicios y valoraciones de los cargos difieren bastante.

En general, las visitas reconocen la existencia de un equipo de trabajo e identifican claramente sus integrantes. Reconocen en el personal una red de apoyo junto a la cual la familia puede otorgar bienestar al paciente en su enfermedad. Se valora positivamente a médicos y enfermeras, son identificados con nombre y/o apellido, son individualizados. Es posible reconocer en el habla de las visitas, constantes alusiones a la ausencia de ellos, no son visibles durante el horario de visita, por lo cual, los problemas pueden hacerse menos evidentes.

“por ejemplo las enfermeras a uno le pasaban los remedios y se iban a sus salas que tienen. Y ahí no dejaban, al menos a mí, nos dejaban ahí con la E. Llegaba la hora y ahí me llamaban con el timbre así, y yo iba y me decían “ya, ahí tiene el otro remedio”. Pero es bien poco el contacto de la enfermera con la persona de la visita”. (Mujer, 61 años, visita en sala de aislamiento.)

Técnicos y auxiliares, por su parte, sólo son etiquetados según su cargo, a pesar de que son ellos los que están la mayor parte del tiempo que dura la visita en los sectores. Pese a que desde el personal se reconocen las “malas caras” de los técnicos y sus constantes evasivas, las visitas no aluden a ellos significativamente, tienen una valoración más bien neutral. Los guardias, por su parte, reciben las calificaciones más negativas, pues son ellos quienes deben actuar frente a conflictos o no cumplimiento de reglas. Además, se ven constantemente desautorizados por cargos superiores, especialmente por médicos, principalmente por problemas de comunicación y coordinación de labores. Así, aparecen como el elemento que restringe a la visita para ver a su paciente:

“Los guardias son los que te friegan, ellos se creen los dueños del hospital, de las salas o de los sectores, y de repente no corresponde porque de repente igual tienen ellos que entender que hay ciertos pacientes que necesitan estar con su familia, porque hay momentos críticos” (Mujer, 48 años, visita en sala de aislamiento.)

#### *b) Espacios*

Es posible reconocer, en primera instancia un eje que no tiene relación directa con los posteriores, pero que parece pertinente exponerlo. Refiere a que existe en las visitas una clara valoración positiva a la forma en que se presentan los espacios del hospital.



Reconocen una clara diferencia con otros sectores del mismo recinto, con el Hospital Barros Luco y con otros centros de salud. En primer lugar, se observa una preocupación por la limpieza y la higiene, que las visitas atribuyen al carácter infeccioso del lugar. Y en segundo lugar, lo antiguo y usado del mobiliario se recompensa, en cierto sentido, por la estética, el orden y la iluminación que se observan, al contrario de lo que sucede en otros hospitales de similar antigüedad, que “llegan a dar terror”. Estos elementos dan cuenta de una dedicación especial del personal por mantener los espacios de atención de manera agradable para la estada de pacientes, visitas y de ellos mismos, que pasan gran parte de la jornada en ese lugar.

“Si tú te fijas entre uno y otro sector se nota la diferencia...hay luz hay como más dedicación, o sea todo ordenadito, todo limpiecito por todas partes... los espacios libres, hay luz, hay como más dedicación, todo ordenadito, todo limpiecito” (Mujer, 48 años, visita en sala de aislamiento)

De lo anterior se desprende una de las pocas valoraciones positivas que las visitas atribuyen al hospital y que, creemos, dice relación con el carácter *hogareño* que buscarían imprimir en los espacios, para hacerlos confortables y acogedores para los pacientes y sus visitas.

La transformación que significó la implementación del proyecto de “Humanización de la Salud” dio pie a una serie de conflictos asociados con el uso del espacio. El ingreso de las visitas a los pasillos y a las salas genera un espacio de encuentro en el que se concretan los conflictos, es decir, el espacio se configura como un lugar de combate.

En este sentido, identificamos cinco ejes concatenados para desarrollar el sentido de la representación atribuida al espacio:

En primer lugar, el trabajo del personal de salud se torna público, en el sentido de que es susceptible a juicios por quienes los observan de manera directa: las visitas. La gran cantidad de gente que circula en el espacio interno configura una serie de “choques” basados en demarcaciones específicas, que a su vez se encuentran justificados desde las lógicas de la higiene. El carácter infeccioso del recinto es la fuente de legitimidad -tanto desde la percepción de las visitas como del personal- para las restricciones de circulación.

En este sentido, la normativa explícita se vincula con una sensación de invasión percibida por el personal, quienes asumen el cambio rotundo que significa el ingreso de las visitas.

“Los pasillos, tu vieras, los sábados y domingos, como están los pasillos. A veces, el otro día contamos como ochenta personas en el hall central, en el tercer piso había como



ochenta personas. Y las escaleras, tú no podías caminar, porque toda la gente sentá en la escalera, comiendo, tomando, riéndose, ¿te fijas? Es como una sensación de que te invaden. Tu casa es como cuando tú haces una fiesta y se ve todo lleno de gente, así, eso es a diario en el hospital, a diario. Entonces tú te sientes como invadida.” (Enfermera, 30 años en el hospital)

La cantidad de personas que circula en el lugar de trabajo potencia la percepción de invasión, ya que no existe un espacio definido para el tránsito de las visitas.

“Suponte que por cada paciente lleguen dos, pueden llegar diez y esperar en el hall, o esperan abajo, se andan dando vuelta” (Enfermera, 30 años en el hospital)

En definitiva, se percibe a las visitas desde su omnipresencia. Se encuentran tanto en los pasillos, como en el hall y en las salas. Lo que imprime una capacidad emergente para las visitas: la constante observación al desempeño del personal.

De aquí que se aluda constantemente a una sensación de vigilo: el personal considera que el ingreso de las visitas implica que su trabajo se torne un foco de atención, lo que se traduce en conductas basadas en la alerta constante, que son reconocidas como propias de la institucionalidad a la que se pertenece.

“Porque la gente reclama, o sea la gente podría reclamar por un montón de cosas, porque observa. Ponte... Cuando en una fábrica hacen un zapato a un delantal lo venden, vender el producto y nadie sabe cómo se hizo ese producto, qué problema tuvo el empleado, el jefe es, si tenía vacaciones, si andaba con mala cara, nada, él ve el delantal no más, lo compra, lo deja o lo compra. En cambio en la salud nosotros trabajamos realizando el “producto salud” delante de todos, a la vista de todos. Suponte, el paciente sabe si el médico lo vio o no lo vio, lo trató bien o no lo trató bien, la enfermera que también lo mismo el trato de las personas, si la comida estaba buena o mala, si el medicamento le dolió o no le dolió, se supo el resultado del examen. Entonces es como una cosa donde se está haciendo el producto delante de todos, entonces constantemente tú está siendo vigilada, vigilada por todos.” (Enfermera, 30 años en el hospital)

De esta manera las condiciones de trabajo se precarizan, lo que no sólo constituye una aflicción sino también un mecanismo de legitimación por parte del personal con respecto a la eficiencia de su labor.



“Y después hubo reclamos, un reclamo contra mí, ah?, no sé qué cosa, algo vieron los familiares, porque estaban todos los familiares encima, vieron algo que... qué sé yo, algo que no habíamos hecho según ellos y tuvimos que contestar un reclamo, entonces en el reclamo yo puse que en realidad en esas condiciones que estamos trabajando uno no puede hacer milagros también, no llegó el médico, hicieron un montón de cosas.”  
(Enfermera, 30 años en el hospital)

Sin embargo, esta situación se plantea de manera contradictoria. Por una parte, es fuente de un proceso continuo de precarización debido a la vigilancia constante que genera un estado de alerta e incertidumbre; y por otra, es considerada como un aspecto positivo.

“Todo eso está siendo observado siempre, siempre, siempre, siempre. Yo creo que eso es bueno, no lo veo como algo negativo.” (En Enfermera, 30 años en el hospital)

Comprendemos lo anterior a partir de una diferenciación implícita que hace el personal con respecto a las valoraciones; unas de carácter estrictamente subjetivo y otras desde discursos socialmente arraigados. En otras palabras, la especificación que rige para la esfera económica que dice relación con la transparencia del proceso como uno de sus principios básicos es trasladada al trabajo dentro del hospital, por esta razón que se considere positiva la vigilancia constante ejercida desde las visitas a pesar de que esto implique una carga personal. En este sentido, se hace alusión a las diferencias existentes entre el “ser” y el “deber ser” expresado en el discurso: que el personal considere como un peso, que aumenta la complejidad de su trabajo, lo transparente que se vuelven sus procedimientos a los ojos de las visitas, no significa que se cuestione un principio implantado en una sociedad en la que imperan las lógicas economicistas.

Por otra parte el personal médico, con el fin de legitimar su discurso con respecto al compartir los espacios con las visitas, establece un nexo entre sus intereses y los de los pacientes. Se forja una complicidad en base a la privacidad del paciente y las dificultades para la realización de los procedimientos médicos.

“Entonces el espacio donde hay tanta gente es terrible, además se pierde la privacidad del paciente, porque suponte hay una paciente mujer que quiere que le pongan la chata y al lado hay tres gallos po, y por tres horas po, no poder levantarse al baño porque se les ve el traste, entonces se pierde la privacidad. Y hay mucho reclamo ahora contra eso. Y los pacientes reclaman contra la visita, porque no pueden estar tranquilos, porque la gente adentro se riie, y es gente que no respeta, se están mirando ahí, quedan mirando si hay alguien, qué sé yo (...) Al final el que pierde en ese sentido es el mismo paciente también



po. Porque se ve sometido a estar, a que todos lo estén mirando po, gente que no conocen, gente que le hospitalizada y tienen que estar soportando eso, es terrible.”  
(Enfermera, 30 años en el hospital)

Así, se establece una nueva alianza que sólo podemos identificar desde el personal médico. En tanto el discurso del paciente no ha sido considerado para esta investigación, no es posible confirmar esta asociación de manera directa.

La problemática central con respecto a los espacios viene dado por una dualidad: si bien existe una delimitación fuerte con respecto a los lugares prohibidos, no se aclara las posibilidades de circulación para las visitas en su encuentro con el personal, específicamente con los médicos. En tanto las enfermera como los técnicos no están autorizados para entregar información sobre el estado de los pacientes, las visitas deben aprovechar los momentos cuando esta el médico, lo que implica un constante tránsito por salas y pasillos a su siga. Esto implica un incremento en el trabajo de los guardias, ya que deben resguardar que exista una cantidad limitada de personas o sector, generando roces con las visitas.

“a las visitas...porque uno los ve entrar, los controla cuando entran, pero claro uno conoce las salas y todo eso, pero ellos siempre eh andan buscando a la enfermera, andan buscando al doctor, ¿te fijas? Y se me mete en un lado en otro, en partes que no les corresponde”. (Guardia)

Existe una inconcordancia entonces entre la delimitación del tiempo, y las consecuencias que esto conlleva para el espacio: existen horarios definidos para plantear preguntas a los médicos en oficinas especiales. Sin embargo, las consultas sobrepasan ampliamente dichos horarios. Además, las dudas se producen en cualquier momento, y difícilmente son canalizadas en las citas. Por lo tanto se genera un ambiente de constante inquietud en las visitas.

Volviendo a lo anterior, la legitimación del espacio demarcado viene dada tanto por “el bien de los pacientes”, como por “el bien de las visitas”, en este sentido los elementos confirmatorios son derivados desde la medicina. El carácter infeccioso del recinto constituye la base para el establecimiento de prohibiciones legitimadas tanto desde el personal como desde la visitas. (Aunque en términos concretos estos no sean respetados).

“los espacios que están demarcados hay que respetarlos y es por algo, te fijas, y uno tiene que también hacerle ver a la gente que si ellos no pueden pasar, si ahí dice prohibido entrar, es así, es prohibido entrar, es por algo, por el bien de ellos, de su salud y qué sé yo” (Guardia)



La legitimación comienza y se acaba haciendo referencia a lo estrictamente médico, naturalizando las delimitaciones sociales que esta implica. El "bien del paciente" es utilizado como un mecanismo de control de espacios, que de alguna manera se contradice con las disposiciones para una "humanización de la salud": una de sus justificaciones viene dada por la anacronía de las restricciones; el tipo de enfermedades con las que se relacionaron ya no existen de forma masiva, como por ejemplo la tifoidea. En este tiempo, la mayoría de los pacientes sufren enfermedades menos graves y menos contagiosas como la tuberculosis y la meningitis.

"El hospital de infecciosos, por ser de infecciosos único en el país tiene un reglamento, digamos, muy estricto en cuanto al control de gente que entraba o salía del hospital. El paciente entraba y quedaba prácticamente aislado porque es infeccioso... de la comunidad, de los familiares, de todo eso. Y esas normas eran muy estrictas. Pero después las enfermedades infecciosas por las cuales el hospital se hizo, esas enfermedades infecciosas como que fueron desapareciendo, porque ya digamos son enfermedades típicas de países subdesarrollados, en cambio ahora por ejemplo nosotros no tenemos tifoidea, que era el fuerte de las enfermedades cuando yo empecé a trabajar ahí." (Enfermera, 30 años en el hospital)

No obstante aquello, según existiendo limitaciones para las visitas que ya no tiene un sustento infeccioso real, sino que se establecen con el fin de no interferir el trabajo del personal médico. En definitiva las imposiciones vienen dadas por aquel grupo que tiene más poder en el espacio con el fin de facilitar sus condiciones de acción.

"De ahí si no se podía pasar, excepto que fuera orden del médico, que le dijeran 'bueno ya pase'. Durante el segundo piso se sabía que todo era infeccioso, entonces ahí uno tenía sus reglas, que tenía que ponerse su mascarilla, había que lavarse las manos al entrar y al salir, como debe, debe ser" (Mujer, 61 años, visita en sala de aislamiento)

La manera de concretar la dominación espacial fue mediante la incorporación de guardias a lugares como los pasillos y las salas, como resultado de una movilización para el mejoramiento de las condiciones de trabajo, que se veían afectadas por la necesidad de restablecer el orden.

"tenemos guardias ahora a raíz de todos los problemas que hemos tenido con los pacientes con los familiares, llegaron guardias, nosotros dijimos nos votamos a un paro, hicimos un paro después de que le pegaron a un auxiliar para que contrataran guardias,



porque o sino no entrábamos a trabajar, no recibíamos visita, y gracias a eso tenemos guardias y con eso la cuestión se ha ordenado bastante... digamos, no está regio pero se ha ordenado bastante." (Enfermera, 30 años en el hospital)

En definitiva, damos cuenta de que la delimitación del espacio no sólo debe ser planteada en términos higiénicos, es decir como una medida de protección infecciosa, sino también, como un mecanismo de control hacia las visitas desde la institucionalidad personificada por el personal médico.

No obstante, hacemos referencia a una relación bidireccional entre el personal y las visitas: la estructura del hospital permite que las acciones de las visitas sean públicas, es decir, que puedan ser observadas constantemente por el personal, a diferencia de lo que ocurría anteriormente con el sistema de visitas por balcón, cuando las visitas salían del paneo visual ya que no constituían un actor participante en la interacción. Pero, esta situación trajo consecuencias también para el personal. La incorporación de las visitas al espacio implica posibilidades de vigilancia no experimentadas anteriormente.

Si consideramos que la lucha de intereses se desarrolla en un espacio definido, que además los actores en pugna están en constante vigilancia por el otro y que para que se genere la interacción definida en el lugar deben existir los dos ineludiblemente, es posible establecer una asociación con la idea de panoptismo desde la perspectiva de Bentham – como una propuesta eminentemente arquitectónica- y luego desde Foucault, como una propuesta sociológica de lo anterior (Foucault, 2001). Sin embargo, se debe ser cuidadoso con ciertas diferencias a la hora de aplicar este “modelo” a las lógicas de acción dentro del hospital.

El panóptico corresponde a un modelo de “confrontación entre los dos lados de la relación de poder” (Bauman, 2009, p.15), que en este caso identificamos como las visitas y el personal. Esta relación trae consigo una obligación para los actores participantes que corresponde a la presencia, es decir, no existe control si no es por medio de la presencia continua del dominante. En el caso del hospital esto se vislumbra en la ocupación del guardia, quien debe estar constantemente en tránsito con el fin de imponer las normas que rigen en el espacio. De aquí que el mantenimiento del panóptico genera ciertas desventajas relacionadas con la administración que asegura el control. De acuerdo a los planeamientos de Bauman, este afán por la administración es la que lleva al personal médico a demandar por personal externo de seguridad para el desarrollo expedito de su trabajo, que a su vez se ve especificado en términos médicos. Es decir, el personal médico acota su trabajo al cumplimiento de la técnica en tanto existen otros, que basados en una estructura regulada, son quienes aseguran el funcionamiento de la institución en su conjunto.



Este aspecto constituye un elemento para dar cuenta de una modernidad frustrada en América latina, ya que de alguna manera son mantenidas ciertas lógicas y formas de acción que no son propias de la modernidad entendida en términos actuales. En otras palabras, se mantienen una estructura panóptica dentro del hospital, en contraposición a lo que se plantea como actual: la volatilidad de los espacios y el anacronismo de las relaciones de poder directas, o sea enmarcadas en un espacio definido. Lo que Bauman reconoce como Modernidad Líquida (Bauman, 2009).

### *c) Convivencia*

Los mecanismos de regulación de la convivencia, desde la perspectiva del personal, se perfilan en una persona, más que en una disposición a la interacción. Esta persona es el guardia.

La figura del guardia se hace presente en el Hospital tras un paro de funcionarios, en el cual demandaban más seguridad en el recinto frente a pacientes y visitas conflictivas. La presencia de los guardias aparece así como figura que otorga seguridad, orden y control, que es reconocida por el personal:

“Con los guardias, el recinto “se ha ordenado bastante, no está regio pero se ha ordenado bastante”. (Enfermera, 30 años en el Hospital)

La labor de los guardias consiste principalmente en controlar la cantidad de visitas por cada paciente que ingresan al recinto y que se mantienen en las salas; y actuar frente a conflictos que ocurran en el hospital. En las semanas posteriores al terremoto de febrero de este año aumentó su trabajo, pues el control del ingreso de visitas se hizo más estricto, disminuyeron los horarios permitidos y se debía registrar cada persona que ingresara.

Una forma de enfrentar la convivencia conflictiva, no tan abordada por las entrevistadas, pero sí mencionada un par de veces y relacionada con lo anterior, es simplemente “hacer la vista gorda”. Si bien existen violaciones al reglamento, es preferible no poner atención en ellas mientras sean leves, evitando así los conflictos. En cambio, frente a disputas graves, simplemente se debe llamar al guardia, para que él medie y controle la situación. Cuando no existían los guardias en el Hospital, los mismos funcionarios debían enfrentarse a pacientes o visitas violentas, el riesgo que decían enfrentar los impulsó a exigir guardias de seguridad. Las enfermeras defienden bastante su rol dentro de la estructura del personal, afirman que enfrentarse a visitas y mantener el orden no es su labor, “no son guardias ni nada por el estilo”.



En los sectores de mayor jerarquía, la labor de los guardias es cuestionada. Sobre todo el trabajo de uno de ellos, que sería menos eficiente por su edad avanzada. Quizá el hecho de que tenga más edad sea entendido como un límite para la imposición de una figura fuerte, que inspire respeto.

Para los trabajadores de menor jerarquía, la figura del guardia, en cambio, tiene “una autoridad más grande, con más ley”, lo cual permitiría aumentar la seguridad y el respeto de las visitas. No existe, desde estos sectores, un cuestionamiento de su labor. Aún así, a algunas entrevistadas les gustaría que hubiera un guardia más. Es necesario tener presente que en la actualidad sólo hay dos guardias en el Hospital, que se turnan, por lo cual, su campo de acción y control se ve bastante restringido, no puede estar en todos los pisos, en todos los sectores y además en el ingreso de las visitas, al mismo tiempo. Pero esto no va más allá de un ideal, pues, como ellas afirman, no hay recursos para contratar más funcionarios de seguridad.

En el discurso de la guardia entrevistada existe la noción de que, si bien es cierto que existen visitas agresivas, que no entienden lo que enfermeras y auxiliares les dicen o piden, no quiere decir que frente a un conflicto, se deba prescindir de su opinión. La metodología para enfrentar el conflicto que usa nuestra entrevistada, es pedirle a las visitas involucradas en una discusión con parte del personal que abandone el lugar del altercado, llevarlas a un lugar diferente para conversar y escuchar su versión de lo ocurrido, pues “tampoco por que sea un funcionario va a tener la razón el funcionario, hay que ver las dos partes”.

La guardia acepta que los conflictos con las visitas sean derivados a su arbitrio, pues entiende que auxiliares y enfermeras estén “aburridas”, “cansadas”, “no quieren más problemas”. Es el o la guardia quien debe preocuparse de las visitas, de darles información (que no sea médica), sacarles del recinto cuando corresponda y solucionar problemas que se generen.

“Nosotros somos el puente”, dice ella, aludiendo a que su rol dentro del Hospital es, precisamente, regular la interacción entre personal y visitas, para lograr una mejor convivencia, a pesar de que ello sea entendido, desde el personal de salud y los guardias, como evitar el contacto y trasladar los problemas a un nuevo sujeto.

Anexo a esto, reconocemos en el discurso del personal de salud, pocas y muy someras alusiones a formas directas de regulación de la interacción con visitas. Tan débil es la alusión a una regulación directa, que se afirma que el programa de visita nocturna funciona muy bien, porque muy poca gente lo utiliza. Uno de los mecanismos de regulación a los que se alude refiere a la reciprocidad en el trato: si la gente se sabe comportar, no debería haber problemas de convivencia.

Siguiendo lo anterior, se entiende por qué el personal médico quedó tan satisfecho con el nuevo horario de visita impuesto tras el terremoto: reducía las horas de visita a sólo dos diarias,



lo cual es calificado como “el mejor horario”, el horario ideal y más cómodo. Afirman que esto no es sólo un beneficio para el personal, sino también para los pacientes, que requieren tiempo para descansar en un lugar tranquilo, sin bulla, sin personas que los miren mientras se levantan para ir al baño, etcétera.

Una de las enfermeras, entrevistada al final del proceso de producción de información, cuenta que la interacción con las visitas está siendo sometida a discusión en la actualidad dentro del personal, para generar un nuevo protocolo que la regule. Éste definiría a uno de los familiares como el “encargado” o “tutor” de su grupo familiar, quien debería determinar quiénes suben a ver al paciente y en qué turnos lo hacen, y entregar información, eliminando así la práctica que más molesta al personal: las constantes y repetidas preguntas sobre el estado del paciente, de parte de cada uno de los miembros de la familia y amigos; y además, aliviando la carga de los guardias en lo referente al control de ingreso de las visitas.

Los principales problemas detectados por el personal se articulan en dos grandes ejes, aunque refieren a lo mismo. El primero de ellos tiene relación con la presencia constante de las visitas –sobre todo cuando el horario era más amplio–, que dificulta al personal de salud los intentos por llevar a cabo procedimientos de rutina o de urgencia. Los amigos y familiares están ahí, al lado de la camilla, observando, evaluando, vigilando. Y si ven algo que no les parece bien –cuentan los funcionarios– critican, reclaman y pueden incluso llegar a amenazar al funcionario que no cumplió con lo que ellos esperaban. Una de las entrevistadas explica que el “producto salud” se hace a la vista de todos, no como la fabricación de un bien material. Esto somete su trabajo a evaluación constante o, más bien, a la vigilancia. Para evitar amenazas y enfrentamientos violentos de mayor envergadura, ha habido momentos en que el personal ha debido simular y derechamente mentir para proteger su integridad física. La incertidumbre y la sensación de riesgo en estas situaciones son críticas, aunque es necesario aclarar que no se trata de algo cotidiano. En la siguiente cita mostramos, en el relato de una de las enfermeras entrevistadas, la reacción de pánico de una de sus colegas:

“Le estaban tomando el escáner, le toman el escáner y el paciente se muere y esta familia, imagínate, en estas condiciones (La colega ya había sido acusada de empeorar la situación del paciente por ‘andar con olor a cigarro’). La (colega) me dice que entró en pánico. Me dijo, ‘estos me van a matar’, ‘qué hago, qué hago’, le dice ‘Doctor, ¿qué vamos hacer? Nos van a matar ahí afuera’”. Enfermera.

Frente a problemas como este, la mejor solución, arguyen, es demostrar que se está haciendo todo lo posible por el enfermo, sólo de esta forma, la visita puede sentirse satisfecha con el servicio y agradecida de la labor del personal.



La vigilancia constante de las visitas es verbalizada en las entrevistas como algo positivo para el personal, sin embargo, es fácil reconocer en lo expuesto anteriormente cómo esto es sólo una construcción deseable. La evaluación y el ojo crítico de la visita aparecen más bien como las principales fuentes de problemas de convivencia entre el personal y las visitas.

El segundo eje refiere al asedio de las visitas al personal, a través de constantes, repetitivas e inacabables preguntas, formuladas, según afirman, por todos y cada uno de los amigos e integrantes del grupo familiar del paciente. Estas preguntas generalmente refieren al diagnóstico y al estado de salud del paciente, las cuales son informaciones que sólo puede entregar el médico. Pero, al existir una imagen divinizada del médico, nadie, dicen, se atreve a preguntarles a ellos. Las preguntas, de esta forma, se dirigen a las enfermeras y, principalmente a los técnicos, quienes, por lo mismo, son los que deben enfrentar la mayor cantidad de conflictos.

Lo anterior decanta en que las visitas “aburren” a los integrantes del equipo de salud, quienes finalmente optan por evadirlas. Esto se reconoce principalmente en los técnicos paramédicos, quienes han optado, incluso, por poner “malas caras”. Otros, especialmente las enfermeras, sugieren que son ellos los que tienen más problemas pues “no saben llevar a las visitas”, afirman que si el personal trata bien a las visitas, éstas van a comportarse bien y pueden incluso retribuir.

La guardia nos hace un claro panorama de la situación del personal de salud, que opta finalmente por derivar los problemas a su persona, como revisamos más arriba:

“Ellos (los del personal de salud) como que quieren preocuparse de lo suyo no más, y nada más. (...) Creo que es cansancio. Exceso de trabajo. Ya están hasta la coronilla (risas). Se me ocurre que puede ser eso... mucho tiempo también haciendo lo mismo... puede ser, no sé. (...) Y es porque no tienen interés tampoco. Es como cansancio se me ocurre a mí. Están aburridos, no sé... pérdida de vocación. Llámelo como quiera (risas) ya no quieren más ¿te das cuenta?” (Guardia).

La guardia, en su calidad de trabajadora ajena al hospital, no maneja mucha información útil para las visitas, de esta forma, ella afirma que intenta hacer todo lo posible por dar respuesta a las preguntas y problemas de las visitas, sin embargo, al no conocer y al estar sola en un turno, no es mucho lo que puede hacer. Además, debe lidiar con los problemas de comunicación que existen entre su cargo y los cargos de médicos y enfermeras: muchas veces ella y su compañero son desautorizados por médicos, haciendo que para la visita parezca que son ellos quienes ponen las reglas y no quieren a la visitas dentro del Hospital.



La convivencia con las visitas es valorada positivamente, en el sentido de que el paciente tiene a sus familiares cerca, quienes pueden aportar con datos personales, medicamentos que consume, necesidades especiales, etcétera. En ese sentido, hay un contacto fluido, que es facilitado por el hospital: primero el proyecto de Humanización de la Salud, luego aumentar horario de visitas, establecer un programa de Visita Nocturna, entre otras. Además, para quienes han trabajado en otros hospitales (como el Hospital Barros Luco Trudeau), las personas que confluyen en el Lucio Córdova no son tan agresivas, son más cordiales y relajadas. El ambiente es más tranquilo, dicen.

La parte negativa de la presencia de las visitas reside en el no cumplimiento de las normas, la falta de respeto en el trato cotidiano, el bajo interés por mantener una “buena convivencia” y la interrupción de la labor del personal con preguntas y críticas.

Desde la perspectiva de las visitas, hay un elemento que se perfila como el mecanismo central de regulación de la convivencia: el respeto.

En el trato cotidiano, en las preguntas, en los conflictos, en todos los ámbitos de interacción –y no sólo dentro del Hospital, sino en la sociedad en general- siempre debe primar el respeto. Y en ese sentido, es recurrente la alusión a la necesidad del diálogo, de conversar los problemas y escuchar y respetar la opinión del otro. Los conflictos, así, se evitan a través de una buena comunicación, basada en el respeto.

La reciprocidad es central para las visitas, si la visita trata bien a los integrantes del personal, ellos van a atenderla bien, van a responder de buena forma sus preguntas y van a ser más flexibles en las reglas. No hay derecho, dicen algunos, a tratar mal al personal, no es necesario ser groseros u ofensivos.

“Va en uno mismo, en como trate al personal. Porque de repente yo he escuchado a personas los suben y los bajan a garabatos entonces va en uno como trate, o sea el respeto que uno presente hacia ellos, ellos también van a tener hacia uno. Por eso digo, los pacientes o los familiares son molestosos, entonces el personal ya como que los sacan de quicio” (Mujer, 50 años, visita en sala común.)

La cordialidad en el trato permitirá, de esta forma, tener “contactos” dentro del Hospital, que agilicen los trámites cuando sea necesario y que sean más flexibles con quien goza de la cercanía con el trabajador. Esto ocurre principalmente con los médicos y algunas enfermeras. Si no hay una cercanía, para llegar a hablar con el médico es necesario concertar una cita pues de no ser así, los “echan por el desvío”, no los atienden porque no los conocen.

En lo referente a los guardias, la visión es más bien negativa. Afirman que a veces no están conscientes de la situación de algunos enfermos críticos y no flexibilizan los permisos,



ellos “deben entender que a veces es necesario ver a los pacientes” dice una visita. Además, hay quienes afirman que los guardias no cumplen bien su función, son muy dóciles, pasivos, extremadamente cordiales. Prefieren conversar que simplemente expulsar a las visitas violentas. Esto se contradice claramente con la defensa que hacen las visitas en general de la comunicación y el respeto que debe haber en el trato. Se deduce, entonces, que para evitar el conflicto, es necesario ser cordial y comunicativo, estar abierto al diálogo, pero si se llega a producir un conflicto, hay que tener mano dura con los sujetos involucrados, no dialogar, ser menos cordial, más activo y mostrar una posición más fuerte.

Los problemas asociados a la convivencia surgen, precisamente, por tratos pocos cordiales tanto de visitas como del personal. Así lo grafica un hombre cuya esposa, la paciente, fue atada a su cama. El hombre se acerca a una enfermera y ella, al parece, dice que la mujer es muy conflictiva y por eso, se debió recurrir a esta medida:

“Oiga, perdóneme, es mi señora, más respeto. Yo no la he tuteado a usted, mi señora no creo que la haya tuteado, más respeto, si usted quiere que la respete, yo la respeto, si usted no me respeta no la voy a respetar. Así que tratemos bien a los pacientes.”  
(Hombre, 47 años, visita en sala de aislamiento).

Algunas visitas reconocen que hay otras que pueden ser “molestosas”, que interfieren con el trabajo del personal de salud. Por eso, dice una de ellas, es necesario que no se asedie al personal con preguntas, que se deben reducir las preguntas sólo a las emergencias, “hay que ponerse en el caso de ellas también”. Así, entienden que es un alivio para ellos la restricción horaria tras el terremoto, hay menos gente en el recinto (porque hay más fiscalización) y por menos tiempo.

Hay otras visitas, en cambio, que afirman que tienen derecho a estar con sus pacientes todo el tiempo que quieran, pues son parte de su familia, y el personal no debería interferir con eso, pues la visita no molesta tanto como el personal afirma.

En general, la valoración de las visitas que fueron entrevistadas sobre la convivencia con el personal es positiva. Existe la seguridad de que es posible contar con el personal cuando se refiere a la salud del paciente, entregan todas las garantías de una buena atención. Generalmente, dicen, se escuchan comentarios de que la atención no es buena, pero a ellos no los representa esta visión. Algunos comparan con otros hospitales y centros de salud y concluyen que en el Lucio Córdova hay personas con quien conversar, a quienes preguntarles, están atentos a prestar ayuda y cooperación. La relación se basa en un contacto fluido, en la cordialidad y en el buen trato. Una de las visitas dice que la relación específica con las enfermeras es buena sobre todo porque no están “encima” de las visitas todo el día, se ven



poco, están disponibles sólo para lo necesario. Esta valoración positiva podría explicarse desde el reconocimiento de que las enfermedades que se tratan en el hospital son, en general, bastante graves y la labor del personal es necesaria para la recuperación.

\* \* \*

Para entender la forma en que se configura las interacciones mediadas por las normas implícitas al interior de este espacio hospitalario, por qué se generan los problemas y cómo se articulan sus soluciones, podemos recurrir a lo que Zigmunt Bauman (2000) atribuye a la Modernidad Sólida.

La Modernidad Líquida, según lo que conceptualiza el autor, tendría lugar en lo que otros autores denominan "segunda modernidad" o "postmodernidad", en la cual todo lo presente en la sociedad se caracterizaría por la fluidez, la levedad, la disolución de lo sólido y tradicional. Los vínculos sociales son pasajeros, la territorialidad casi no existe, las fronteras del tiempo y el espacio comienzan a desaparecer. A la Modernidad Sólida, por su parte, se le atribuye el orden rígido, la estabilidad en las relaciones, el arraigamiento a los lugares, la poca movilidad en la historia de vida de los sujetos, la estabilidad política, la rigidez económica, etcétera, etcétera.

Las sociedades líquidas que describe Bauman corresponden más bien a sectores desarrollados, a países europeos donde lo tradicional ya ha quedado atrás. En Latinoamérica y en Chile, en cambio, este tránsito está en proceso. Algunos ámbitos de lo social comienzan a disolverse, la economía se liberaliza, se hace líquida, pero gran parte del tejido social mantiene una constitución sólida, que busca la forma de lograr disolverse.

En las sociedades líquidas las figuras de poder son etéreas, invisibles: es un modo panóptico de vigilancia, en términos de Foucault. En las sociedades sólidas, en cambio, el control y la vigilancia tienen su base en el espacio físico, las fuentes de poder son fácilmente reconocibles, pues están atadas a un suelo y a una persona o grupo. De esta forma, reconocemos un rasgo claramente sólido en el espacio de las instituciones hospitalarias y en la que se aborda en este estudio. La vigilancia de la visita a la labor del personal y la vigilancia del hospital al comportamiento de la visita (y también del paciente) se inscriben claramente en la forma tradicional de entender el control y el poder. Esto se comprende fácilmente si entendemos cómo la vigilancia mutua de visitas y personal aparece cuando se modifica el sistema de visitas en el hospital a través de la Humanización de la Salud. El ingreso de la visita al espacio físico del tratamiento de los pacientes trae consigo la vigilancia y el conflicto que deriva de ella.

El hospital constituye un espacio fuertemente sólido, que quizá nunca pierda este carácter en relación a los pacientes, pues el servicio que provee debe ser cara a cara, requiere



de la presencia de un tratante (enfermera, médico o equipo de salud en general) y un paciente. Las formas de control están, y probablemente estarán, fuertemente atadas al suelo, al espacio físico en el cual se encuentran los sujetos. Para el caso de las visitas, en cambio, esto no es tan evidente. De hecho, en los mismos intentos que se hacen en la actualidad, el personal busca alejar la vigilancia de la visita, reducir el contacto y con ello, cualquier intento de convivencia – buena o mala-. Entre menor sea el roce, mejor para todos.

### **3. Influencia de las Representaciones sociales en la interacción**

La interacción social entre el personal, y las visitas en el Hospital de enfermedades infecciosas Dr. Lucio Córdova, viene mediada por distintos elementos, dentro de los cuales destacamos las representaciones sociales. Esto implica ahondar en la vinculación de las perspectivas subjetivas y las estructuras sociales, en tanto el planteamiento de Jodelet (1984) considera que las representaciones sociales que se enciernen en la base de toda una serie de operaciones mentales, son las que en definitiva explican el funcionamiento general del pensamiento social.

Moscovici define las representaciones sociales como un “conjunto de conceptos, proposiciones y explicaciones que surgen de la vida cotidiana a través de las conversaciones interpersonales (...) Son una modalidad particular del conocimiento cuya función es la elaboración de los comportamientos y comunicación entre los individuos” (Jodelet, 1984, p.69). En definitiva, su construcción considera un proceso complejo que combina la subjetividad del sujeto con su posición en la estructura social.

Dentro del Hospital, tanto las visitas como el personal se configuran a sí mismos en diferencia con el otro en un proceso continuo. En este sentido, Jodelet plantea que las representaciones sociales corresponden a una característica de la interacción del sujeto y del objeto, que se enfrentan modificándose mutuamente sin cesar. Habla de objeto para referirse al otro de acuerdo al distanciamiento que establece, asumiéndose como un observador.

En términos concretos, el personal médico del recinto produce y asume representaciones sociales con respecto a las visitas, que éstas a su vez confirman a través de sus elaboraciones con respecto a quienes trabajan en el hospital en tanto se trata de un proceso complejo:

La primera corresponde a la asociación de la marginalidad con el sistema público, estableciendo una relación determinante que –como se analizara más adelante- constituye un sustrato para la adopción de ciertas prácticas definidas en función del conocimiento cotidiano de quienes se mueven en el espacio de estudio. De manera específica, buscan que se garantice una distancia con las visitas, dando cuenta de una construcción de representaciones sociales



fundadas a partir del constante enfrentamiento que entre ellos existe, pero que también -y aquí su carácter dialéctico- permite el mantenimiento de dichas lógicas en la interacción.

La segunda, corresponde a una vinculación mecánica entre el nivel de educación formal de quienes visitan a sus pacientes y los problemas de convivencia, en otras palabras comprender la marginalidad a partir de la carencia, que no sólo hace referencia a los niveles formales sino que también se vincula con lo moral como una condición, más aun, una condición aprendida, que por lo tanto puede ser "medida" a partir de los años de escolaridad.

Por último, asociar el comportamiento de la visita -que de acuerdo a lo anterior se basa en el tipo de usuario y de su nivel educacional- con la respuesta que el personal da. Si bien esta representación se relaciona con disposiciones definidas del personal hacia las visitas, corresponde a una noción compartida desde las distintas posiciones: el trato que se le da a las visitas está determinado por su actitud dentro del hospital. En este sentido se recalca la noción "No todos son iguales", para dar cuenta de un proceso no determinante en tanto el personal no partiría del prejuicio en una interacción de carácter primario. No obstante, el posterior análisis considera una problematización en este tema, ya que las representaciones sociales son tan fuertes y arraigadas dentro de los actores que es difícil actuar fuera de los márgenes que estas construcciones han establecido a lo largo del conocimiento cotidiano y que configuran por lo tanto el sentido común.

#### *a) Salud pública y marginalidad: asociación mediada por la pobreza*

La explosión de la privatización en Chile durante las últimas décadas alcanzó tanto a las esferas más operativas como las obras públicas, como a las que parecen de mayor significancia social como son las de educación y salud. La opción asumida, dentro de los planes del neoliberalismo, para la solución de los conflictos que aquejaban estos espacios – como la cobertura y las posibilidades de modernización- sin embargo fueron dando pie a nuevos conflictos en estas materias.

El sistema de salud por una parte se autonomiza de la esfera política, mientras por otra adopta las lógicas de la economía de mercado. De aquí que el negocio de la salud se haya expandido deliberadamente en función de las ganancias que genera.

No obstante, el Estado –aún- está a cargo de la construcción y administración de recintos de salud para quienes no pueden acceder al sistema privado; si bien no es un servicio gratuito disminuye considerablemente los costos para sus usuarios. En este sentido, se habla de salud pública como una opción para las grandes mayorías.



Las visitas de quienes se atienden en el hospital de enfermedades infecciosas Dr. Lucio Córdova plantean distintas perspectivas con respecto a lo que es considerado como un servicio. Por una parte hay quienes plantean que existen diferencias importantes con el sector público en términos de atención, aludiendo al dinero como el medio que diferencia la efectividad de los procedimientos técnicos; y por otra, hay quienes consideran que la atención médica no varía en función del dinero, más bien se corresponde con las características individuales tanto del paciente como de su familia. En este sentido estamos ante dos versiones -que en primera instancia parecen diferentes- hacen alusión a un mismo concepto: la incapacidad del sistema de salud público frente al privado.

Los primeros menosprecian el sistema público de manera más explícita. Dando cuenta de la existencia de una relación de tipo mercantil entre el paciente y el personal. Es decir, la atención viene determinada por el precio que se paga, constituye en definitiva un servicio como cualquier otro.

“Eso es lo que hay harta diferencia (...) no es el mismo. El que ve plata la atiende, el que no lo ve, adultos lo tira pa’ atrás. Y eso es verdad, y eso se ve en todo, por eso que hay indeligencia, no sé si aquí existe o no, pero yo lo que he escuchado es tal, la gente prefiere que muera nomás, prefieren que mueran nomás, se ve po, se nota, se palpita y se ve las cosas.” (Hombre, 47 años, visita en sala de aislamiento)

Los otros, lo plantean de una manera diferente y desprenden la calidad de la atención del carácter público del sistema. Lo relacionan directamente con la particularidad del paciente, en otras palabras asume como una responsabilidad individual su recuperación, haciendo caso omiso a las dificultades que paradójicamente reconoce dentro del hospital.

“El sistema, mira, no es malo, no es tan bueno tampoco, pero se salva. Pero uno tiene que ser consciente dónde está, en el lugar que está y...mira si aquí o en una clínica el paciente si se va a morir se va a morir igual...y la atención puede ser tan buena aquí como en una clínica, porque yo como cuidado...he cuidado pacientes tanto en las clínicas como en los hospitales se atiende igual. Hay muchos errores, hay muchas deficiencias, entonces, yo creo que la atención depende de cada paciente. Y la familia. Por mucho que se pague no, a veces la atención no es tan buena, tan esmerada como nosotros quisiéramos.” (Mujer, 48 años, Visita en sala de aislamiento)

No obstante, las valoraciones con respecto al sistema de salud serán desarrolladas de manera profunda durante el siguiente capítulo, por lo tanto no ahondamos en el tema. En este



momento nos interesa analizar de qué forma inciden las representaciones sociales construidas por parte de los actores en la interacción que establecen.

Dentro del Hospital específicamente de parte del personal médico, la pobreza es asumida como una condición de quienes se atienden en el lugar. El carácter público del recinto determina, para estos actores, las características de quienes allí se atienden. En este sentido opera la representación social que asocia fuertemente la salud pública con la pobreza.

“La mayoría de los hospitales privados, tienen un sistema de visitas, no sé si sabes, que están todo el día. La visita puede estar casi todo el día... En un servicio común como este. ¿Ya? Pero el nivel socioeconómico de la gente es diferente po. En una clínica o lo que es el hospital público. ¿Ya? (...) a veces son ordinarios, tratan mal a los técnicos. Entonces eso a nosotros nos entorpece harto el trabajo, cachai.” (Enfermera, 2 años en el Hospital)

Sin embargo esto no es lo más relevante: La pobreza en términos prácticos corresponde a una figura, que en palabras de Moscovici es inseparable de un sentido (Jodelet, 1984, p.476). Las visitas del hospital son consideradas como una figura que se construye continuamente dentro de la cotidianidad de la interacción. Esta figura se torna concreta en tanto se le vincula con la pobreza como una condición material, es decir la representación social opera, primeramente, como un mecanismo que hace concreto aquello que se piensa del otro.

“El hospital atiende pacientes, a gente se atiende por el sistema público, así que es gente pobre po. Tenemos muchos indigentes, o sea la mayoría de la gente en el hospital no pagan ni una chaucha, porque son beneficiarios del sistema, po. Son FONASA o son indigentes. Entonces, es gente que viene de un estrato social, cultural, bajo, bajo.” (Enfermera, 30 años en el hospital)

Luego, la figura no puede ser comprendida de manera autónoma, se debe considerar su sentido inherente. La figura de la pobreza es ligada mecánicamente al sentido de marginalidad. Desde la perspectiva de Becker (2009), la marginalidad será entendida como la transgresión a las normas, que el personal identifica con actitudes violentas. En otras palabras, las representaciones sociales del personal hacen alusión a conductas conflictivas, que van determinando disposiciones de acción. Si bien el discurso está continuamente basado en el leitmotiv de “no todos son iguales”, a la hora de establecer generalizaciones son exacerbados los aspectos negativos.

“Claro, gente que me ha golpeado, y de repente si tu no los dejas entrar te tiran un combo, te pegan una patada, te insultan, te dicen pero desde (susurrando) vieja hueona



hasta maraca culiá (risas) (...) Que es lo más liviano... ¿cachay? (...) Sí, y amenazas de muerte... amenazas de que me esperan a la salida, que me van a tajear, que cuídate la cara." (Guardia)

La asociación pobreza-marginalidad está implantada en el sentido común como resultado de una representación social fuerte que va dando cuenta no sólo de las percepciones individuales, sino que es la sociedad la que se expresa mediante estas líneas, en otras palabras, "la representación siempre conlleva algo social: las categorías que la estructuran y expresan, categorías tomadas de un fondo cultural común". (Jodelet, 1984, p.473)

Con la ayuda de los medios de comunicación masivos, la pobreza es vinculada de manera cada vez más estrecha con la violencia. La marginalidad constituye la base para el desarrollo de conductas delictuales que, de acuerdo al sentido común de los actores, es expresada en cualquier escenario, como lo es el hospital. Entenderemos marginalidad de acuerdo al planteamiento de Becker:

Las reglas son impuestas desde un determinado grupo social, en este caso son quienes trabajan en el hospital-ya sea de manera autónoma o por designación del Ministerio de Salud-. La definición de dichas reglas se basa en la capacidad que tienen para convertirse en una herramienta conveniente para el desempeño tranquilo de su labor. En definitiva, se trata de un problema político en tanto "los grupos cuya posición social les confiere armas y poder para hacerlo están en mejores condiciones de imponer sus reglas." (Becker, 2009, p.36)

El cumplimiento de estas normas constituye la conducta adecuada para las situaciones que el grupo determina; por el contrario quien no las asuma como propias, quien las contradiga, será considerado como un marginal. En otras palabras, será considerada la "desviación como el fracaso a la hora de obedecer las normas grupales" (Becker, 2009, p. 27), por tanto, que un acto sea propio de un marginal no depende del acto mismo, sino de la reacción que este provoque en los otros que las cumplen.

De esta manera, las representaciones sociales sobre las visitas del hospital se corresponden con la noción de marginales, ya que las reglas no son cumplidas. Según el autor, esto se relaciona con lo que denomina "reglas operacionales" (Becker, 2009, p. 35), o sea, aquellas que son impuestas por otros y que, como no son consideradas propias, no existe una razón dentro del grupo social al que pertenecen que los haga cumplirlas. De aquí que "en tanto las normas de los diversos grupos entren en conflicto y se contradigan entre sí, habrá desacuerdo acerca del tipo de comportamiento adecuado para cada situación." (Becker, 2009, p.34). Jodelet amplía lo anterior de acuerdo a su concepto predilecto: Considera que las representaciones sociales se "condensan en una imagen cosificante de la historia, relaciones sociales y prejuicios: un mismo hecho es situado y analizado dentro de dos marcos de



referencia su vez articulados a una percepción ideológica." (Jodelet, 1984, p.472) Aquí los marcos de referencia corresponden a las posiciones de los actores, es decir existe un marco de referencia del personal, diferenciado, variable y complejo, y la de las visitas, más unificado.

La internación médica ya constituye una situación límite, que se incrementa al considerar que hospital es para enfermos infecciosos. Entonces, las conductas violentas, que en palabras del personal se asocian principalmente al incumplimiento de las normas, se hacen comunes en este espacio como resultado de tensiones inevitables relacionadas con la imposición de normas, que como ya se ha planteado son externas a las preocupaciones de las visitas.

En este sentido se facilita el proceso de asociación en las representaciones sociales: por una parte las visitas son pobres y por otra son marginales, esto implica reconocerlos como personas violentas, así se constituyen la figura y el sentido inseparables. Por lo tanto la operación concluye entonces: "los pobres son violentos".

Por consiguiente, se configuran prácticas determinadas para hacer frente a lo que se sabe del otro, en otras palabras, lo que se ha construido sirve como materia para la definición de actitudes de comunicación entre los actores: "La representación que elabora un grupo define objetos y procedimientos específicos para sus miembros. Una colectividad bajo inducción social formula la concepción de una tarea que no toma en consideración la realidad de su estructura funcional". (Jodelet, 1984, p.470) Las medidas de defensa adoptadas por el personal médico corresponden a un distanciamiento mediado por los guardias. Como se ha explicitado en el primer capítulo, las normas actúan como mecanismos para evadir de la interacción directa personal médico-visitas, con el fin de evitar enfrentamientos.

"De hecho, las enfermeras por lo menos, tratamos de arrancarnos de cierta forma de las visitas porque es como, ya que no le preguntan al médico, le preguntan todo a uno. Entonces uno no puede trabajar tranquila, cachai. Ese es el problema con las visitas."  
(Enfermera, 2 años en el Hospital)

#### *b) Educación y comportamiento: una relación mecánica*

Como lo plantea Jodelet (1984) esta "representación incide directamente sobre el comportamiento social y la organización del grupo y llega a modificar el propio funcionamiento cognitivo" (p. 475). El comportamiento de las visitas, de acuerdo al discurso del personal, viene dado por su falta de educación. De esta manera se vinculan las conductas que resultan inadecuadas al ser comparadas con la normativa, con una carencia definida desde su pobreza. En definitiva, la educación, la violencia y la pobreza aparecen íntimamente relacionadas.



“Porque les falta pues, les falta, educarse, les falta educarse para haber un buen trato entre personas, no solamente aquí, (...) y eso eso falta, falta de educación, falta de muchas cosas, sobre todo cultura, porque aquí si uno no les pone reglamento, te patearían po.” (Auxiliar paramédica)

“Hay otra gente que es súper puntúa y de repente nosotros hemos llegado a tener problemas así casi que hasta le pegan a uno... le han pegado a un funcionario. Entonces, por eso te digo, el nivel socioeconómico y cultural influye harto” (Guardia)

El comportamiento entonces viene relacionado con el nivel socioeconómico, pero también con la educación. Sin embargo la educación no es comprendida solo como una disposición de respeto hacia el otro, sino como una condición aprendida, como resultado del avance educativo en los niveles formales. En definitiva, se hace alusión a la falta de educación como un sinónimo del nivel de escolaridad de las visitas.

“Falta cultura hija, nada más, falta cultura. Porque por ahí empezamos, hija, por ahí empezamos. Educarnos, y eso es cultura, y como les enseñas tú a la gente, que lea... tú lees, ella lee, ella lee, yo leo, pero de diez que leemos, treinta no leen ¿y qué falta?, falta cultura, y eso es por la cultura, nada más.” (Auxiliar paramédica)

Por último, el problema del cumplimiento de las normas, que en definitiva constituye el foco de conflicto entre los actores, se relaciona con esta misma “falta de educación”. En este sentido las normas se establecen con el propósito de suplir esta carencia, sentando las bases para una interacción definida en los términos del personal. Para ellos, las reglas se hacen necesarias para mediar con aquello que no pueden controlar: las reacciones de las visitas en una situación límite como la que significa un hospital público de enfermedades infecciosas; y la derogación de ciertas normativas constituye un privilegio que la condición de irracionalidad - que según la representación social construida es una condición de las visitas- no les permite gozar. En otras palabras, el comportamiento de las visitas es contrapuesto a una acción racional. Esto constituye la base para el establecimiento de normas y la restricción de ciertas conductas que serán consideradas como privilegios.

“A la gente se le ha dado muchos derechos, pero la gente como que no está preparada para el uso de esos derechos, se toma de las manos se toman de los pies.” (Enfermera, 30 años en el Hospital)



La diferencia en los niveles educativos entre el personal y las visitas del Hospital constituye una barrera que determina la posición que deben asumir los sujetos con respecto al otro: quienes tienen menos educación<sup>1</sup> se ven imposibilitados de cuestionar el trabajo de quienes gozan de un nivel más elevado. Sin embargo, se reconocen diferenciaciones dentro del personal, en tanto es mayormente aceptable que una visita cuestione una labor ejercida por alguien que se encuentra en la parte inferior de la escala jerárquica del hospital. Pero cuando se habla de los médicos, esto parece inconcebible.

“Entran ellos adentro como que pueden dirigir, pueden mandar, pueden cuestionar muchas cosas... eh... yo creo que hay gente que, que lo toma así como... empieza a mandar al personal... ‘Bótame la chata’ de mala manera. ‘No le dieron la comida a mi mamá’... se sienten como con autoridad sobre la gente que está ahí trabajando, incluso sobre los médicos, lo cuestionan... pero... de todo hay po!” (Enfermera, 30 años en el Hospital)

La incuestionabilidad basada en los niveles educativos corresponde a una representación social, o sea, una concepción individual basada en el conocimiento social. Jodelet nos recuerda que son una “reproducción de los esquemas de pensamiento socialmente establecidos, de visiones estructuradas por ideologías dominantes o en el redoblamiento analógico de relaciones sociales.” (Jodelet, 1984, p.480)

A modo de síntesis, en una sociedad capitalista como la que contextualiza esta investigación, la educación se considera como un mecanismo efectivo para el ejercicio del poder, lo cual se hace evidente dentro del espacio de estudio. Por una parte se vincula la pobreza con la marginalidad, y luego con la falta de educación, dando pie a una instancia de dominación en la que ahondaremos más adelante.

### *c) Comportamiento y trato: una relación mediada por representaciones sociales*

“No todos son iguales” es una frase recurrente dentro del discurso tanto de las visitas como del personal refiriéndose al comportamiento de quienes llegan al hospital a ver a sus familiares o amigos enfermos. Esta diferenciación se basa en el cumplimiento de las normas e implica el trato que recibirán por parte del personal.

---

<sup>1</sup> Se usa esta nomenclatura de acuerdo a lo que fue definido como “educación” por el personal médico del hospital, que ha sido explicado anteriormente.



“Hay personas y personas. Hay personas que son súper humildes, y que tu les dices algo y acatan al tiro. Como hay otra gente que es súper puntúa y de repente nosotros hemos llegado a tener problemas así casi que hasta le pegan a uno...” (Guardia)

En esta materia el problema se vincula con el fuerte arraigo de la representación social. La diferencia se percibe como motivos para el castigo. Es decir, el establecimiento de normas dentro del hospital es resultado de la continuidad de comportamientos reprochables de parte de las visitas. En este sentido que las visitas aleguen por la injusticia que significa un reglamento severo para quienes adecuan su conducta a los límites planteados.

“creo que para ciertas personas pueden regir esas reglas del hospital porque no son todos iguales, si aquí llega de todo po. Unos que son respetuosos, otros no...” (Mujer, 61 años, visita en sala de aislamiento)

Sin embargo, las nociones del personal, específicamente médico, se distancian bastante de esta concepción: para ellos el reglamento es blando en relación con los problemas que se desencadenan en el recinto. Por lo tanto, aquí ya no se reconoce el “no todos son iguales”, más bien se opera en el sentido de uniformar el reglamento para todos, es decir se trata de un proceso –que se quedará más en el intento- de racionalizar las interacciones entre el personal y las visitas. En definitiva, la representación social que se ha construido de las visitas, configura la fuente para la interacción mediada por normas: La relación pobreza-marginalidad-violencia opera entonces como fuente de procedimientos concretos, problematizado así la noción referida a que “no todos son iguales” por parte del personal. El establecer normas generales da cuenta de una intención racionalizante de las interacciones que no se detienen en la subjetividad. De esta manera, se objetiva la interacción- procedimiento propio de la modernidad- con las representaciones sociales como sustrato, como justificación.

“Todo va en el respeto digo yo, porque hay gente que es rota, entonces tiene que ser tratada como tal.” (Mujer, 61 años, visita en sala de aislamiento)

En resumen, el trato que reciben las visitas en primera instancia aparece como una respuesta a su comportamiento. No obstante las disposiciones aprendidas por parte del personal dificultan la consideración de otras posibilidades. Claramente no estamos frente a una radicalidad absoluta, pero a la hora de definir a las visitas – como ya ha sido explicitado- se hace hincapié en aspectos negativos que actúan como causa en una relación mecánica: “las características de las visitas son la que llevan al personal a adoptar una actitud determinada: la de rehusar una interacción directa”.



*d) Representaciones sociales basadas en la jerarquía; ¿reproducción de las lógicas sociales?*

Por último abordaremos las representaciones sociales de las visitas con respecto al personal del hospital. La diferenciación jerárquica aquí es clave. La reproducción de las lógicas sociales con respecto al nivel educativo y al acatamiento a una estructura vertical se hace visible a la hora de comparar las representaciones sociales que se tienen con respecto a los guardias y a los médicos.

En primera instancia esto puede estar relacionado con la naturaleza de la interacción: por una parte es el guardia el encargado de actuar como un puente entre el personal médico y las visitas, por lo tanto corresponde a la "cara visible" de la limitación de la conducta establecida mediante normas tanto explícitas como implícitas. Es decir, son quienes asumen la misión de enfrentamiento para la abolición de la desviación entendida según los términos de Becker. Mientras que son los médicos quienes tienen menor tiempo en el hospital y por lo tanto con quienes las visitas establecen nexos más efímeros. Además su labor ha sido definida solo como la aplicación de una técnica, es decir, la interacción se ve imposibilitada desde el punto de vista del tiempo.

"Estas son las cosas, que de repente uno...que los guardias debieran ser un poco más flexibles ah?, porque ellos no entienden." (Mujer, 48 años, visita en sala de aislamiento.)

Luego, la representación social referida a los médicos se basa en primer lugar por el prestigio social de la profesión y luego en una necesidad. Las visitas se asumen como impotentes frente a quienes gozan de un mayor nivel educacional. En este mismo sentido, la relación con el médico está basada en una dependencia, lo que los condiciona eliminar las posibilidades de cuestionamiento hacia ellos. De aquí que siempre se abogue por una buena relación. Además, los médicos son quienes conservan la información sobre los pacientes, y al ser el único al que pueden acudir las visitas lo tratan por sobre todas las cosas con respeto.

"Yo tengo una muy buena impresión porque son personas que están para salvar las vidas de las personas que uno ama, o sea igual uno necesita de ellos en estos casos, entonces encuentro que hacen una muy buena labor" (Mujer, 50 años, visita en sala común)

A modo de conclusión, las representaciones sociales constituyen un elemento fundamental en la interacción entre las visitas y el personal del hospital de enfermedades infecciosas Dr. Lucio Córdova, ya que son la base para las disposiciones conductuales entre los



actores, elaboradas a partir de lo cotidiano. El sentido común es la fuente de definición tanto de las lógicas mentales como de sus consecuencias en la práctica. Como plantea Jodelet "las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal" (Jodelet, 1984, p.474). En este sentido, tanto las vinculaciones pobreza-marginalidad-violencia y nivel educacional-dependencia estructuran las interacciones entre el personal y las visitas, actuando al mismo tiempo como emanaciones del conflicto y como base para el establecimiento de nuevos problemas. Las implicancias de esta relación vienen dadas por la conceptualización del otro, y "esta palabra, conlleva en estado latente una teoría sobre su naturaleza y la de sus actos, se convierte en integrante de nuestra cultura." (Jodelet, 1984, p.475) En consecuencia, que esta palabra se "inyecta en el lenguaje cotidiano hasta convertirse en categoría del sentido común, en instrumento para comprender al otro, para saber cómo conducirnos ante él, incluso para asignarle un lugar en la sociedad." (Jodelet, 1984, p.477)

#### **4. Influencia de lo institucional en las normas**

El hospital de enfermedades infecciosas Dr. Lucio Córdova, se encuentra enmarcado en un contexto mayor que genera influencias en este espacio, lo cual conlleva consecuencias internas. Este contexto mayor actúa como contraparte e incluso como fuente de presión y de conflictos en este recinto. A lo que se refiere anteriormente, es a la influencia que se genera en el Hospital por ser este una institución, por lo tanto, por poseer determinaciones externas que provienen de actores ajenos a este lugar, como lo es el Ministerio de Salud.

Esta categoría no se encontraba presente en un primer momento, en el que se construyeron las otras tres dimensiones que guiaron la confección de las entrevistas, sino que fue construida posteriormente, a partir de la información generada por medio de las entrevistas. Allí encontramos la presencia de un elemento que no habíamos considerado, quizás por ser externo al Hospital mismo (de forma material), pero que genera una fuerte influencia en este y más aún produce limitaciones en este espacio. De allí deriva la importancia de incluir esta categoría, de incorporar al análisis de lo institucional.

Primero, es importante señalar que existió un cambio en la forma en que los pacientes se relacionan con las visitas. Transformación que surgió de un impulso tanto interno como externo. Interno, en el sentido de que algunos de sus trabajadores intentaron promover un proyecto que acercara la visita a su paciente (que antes no podía siquiera entrar al cuarto del paciente). Y externo, en el hecho de que resultó fundamental la participación de otro actor: el



Ministerio de Salud, ya que fue finalmente la acción de este organismo lo que permitió que el proyecto se implementara en el hospital Lucio Córdova.

La siguiente cita da cuenta de la realidad que enfrentaba el Hospital, previo a la implementación del proyecto que transformaría las relaciones entre visitas y personal del Hospital, el proyecto conocido como "Humanización de la Salud".

"...como te decía, antes el familiar hablaba, había unos balcones de visita... la visita era por fuera, por lo balcones. Entonces, suponte habían cuatro pacientes y había una persona allá que estaba a pleno sol, a plena lluvia, taba sin techo. Se tenían que subir de una caja de manzana, cualquier caja que ellos mismos llevaban, y empezaban a gritar al paciente que estaba acá" (Enfermera, 30 años en el Hospital)

La enfermera da cuenta de un sistema totalmente desregulado. La interacción de las visitas con sus pacientes no tenía una norma establecida, una "forma de llevarse a cabo"; salvo por la prohibición de ingreso a salas comunes y de asilamiento, no existían reglas que regularan la acción de estos actores. Como no existía una forma específica de proceder, las visitas no tenían relación con el personal del Hospital, encontrándose excluidas de este espacio de interacción, exclusión que se daba incluso a un nivel material, puesto que las visitas se realizaban por balcones externos.

Esta situación encontraba dificultades debido al poco control existente ya lo inhumano que podía resultar el "sistema de visitas", lo que llevaba a que, tanto pacientes como visitas, buscaran una manera más directa de relacionarse. Así lo expresa una enfermera que fue testigo de la transformación.

"como era enfermo que se levantaba se acercaban todos a la ventana y hablaban, hacían tira los vidrios, las rejillas, se pasaban los alimentos por ahí, los cigarros too pa' entro..." (Enfermera, 30 años en el Hospital)

Esta cita da cuenta de una "falta de control" (percibida por la sujeta), sobre la relación que se da entre las visitas y sus pacientes, una falta de regulación de los elementos que ingresan a este "espacio protegido". Los límites del Hospital eran transgredidos por las visitas, las barreras físicas no cumplían su función de mantenerlas alejadas, y al no existir una regulación efectiva de la relación con los pacientes, la transgresión del espacio no era vista como una falta referidas a una norma legítima.

"Pero era gente que se podía comunicar, pero como el perfil del paciente cambió ahora son puros viejitos los que llegan, si no son viejitos son enfermos VIH postrados...."



entonces la gente que estaba afuera y el paciente no se podía comunicar (...) entonces la visita como que se perdía... Ya... eehh la gente no podía tar en contacto po, entonces iban a verlo y quedaban frustrados porque no podían hablar con el paciente. Nadie les informaba, sino que se dedicaban a mirarlo ahí por la ventana... Último de humano, o sea totalmente inhumano..." (Enfermera, 30 años en el Hospital)

En relación a lo anterior, la enfermera da cuenta de un cambio en el perfil del paciente que ingresa al Hospital. Los pacientes de ahora no presentan enfermedades tan contagiosas, como las que padecían años atrás, lo que cuestiona la lejanía existente con su visita. Además, los pacientes que actualmente se hospitalizan en el recinto, presentan dificultades para comunicarse, por lo que no podrían haberlo hecho "a través de las ventanas". Esto porque en su mayoría, presentan dificultades para moverse, debido a la edad o a la propia condición que la enfermedad les impone. Estas nuevas condiciones como se expresó anteriormente, abren las puertas para una nueva forma de enfrentar a la visita, además de que hacen evidente lo inhumano que resulta la forma en que hasta el momento se daba la interacción entre visitas y pacientes.

Debido a las razones señaladas, surgió desde el hospital una iniciativa para transformar el "sistema de visitas", sin embargo, esto generó una fuerte oposición al interior del mismo recinto.

"...se nos encargó a nosotros, al doctor "P" y a mí que estábamos haciendo un curso de monitor de calidad que hicieramos un cambio en el sistema de visitas (susurro) tuvimos que hacer charlas de medio mundo, encuestas a los familiares, a los pacientes, a los funcionarios y había ene rechazo, la gente no quería, los funcionarios no querían que entraran las visitas, de hecho, desde el directivo (...) y eso quedó ahí como tres años guardados en el escritorio del director del momento" (Enfermera, 30 años en el Hospital)

La intención de parte de algunos miembros del personal, que busca generar una interacción "más humana" entre visitas y pacientes acarrea la necesidad de controlar y regular los límites de este espacio cerrado. Sin cuestionar el carácter de esta intención, ella permaneció inactiva e incluso ignorada por parte del personal. El resurgimiento de esta iniciativa solo va a venir desde el exterior del Hospital, como parte de una reforma general impulsada desde el ministerio de salud.

"Pero después el ministerio tomó eso como ya parte de la humanización, que fue la ministra, la Bachelet, cuando era ministra... parte de la humanización de la salud estaba el sistema de visitas efectivo (...) Y ahí sacaron los papeles y empezamos a implementar..."



era media hora, después aumento a una hora y después que llegó el doctor Farah (director actual del Hospital)... eehh, dijo seis horas mínimo porque eso es lo que debe ser, todos los hospitales deben tener visitas seis horas mínimo." (Enfermera, 30 años en el Hospital)

El Hospital, al ser una institución pública ve forzado ciertos caminos que van más allá de su control. Podemos ver que el proyecto de humanización de la salud a pesar de ser presentado en un primer momento como un interés del Hospital (o al menos de algunos de ellos), es integrado forzosamente por la presión que genera el Ministerio de Salud.

Este proceso puede entenderse como la "imposición de un nuevo orden", en los términos que los plantea Peter Wagner. Para Wagner (1997), la modernidad busca imponer la racionalidad; busca generar un nuevo régimen caracterizado por la imposición del orden y la eliminación la ambivalencia. En este sentido el proyecto de Humanización de la salud y todas las normativas que la acompañan constituyen una manera de regular, de racionalizar las operaciones que en el espacio se llevan a cabo, sobretodo en lo que refiere a la interacción entre visita y personal.

Los distintos actores dan cuenta de una sensación de imposición de un elemento externo a ellos, especialmente por lo que refiere a los horarios de las visitas.

"...se hizo como un compromiso ministerial de alargue de las seis horas (...) Ya no depende del Hospital ya, netamente estamos como obligados con el ministerio a cumplir las seis horas de visitas." (Enfermera, 2 años en el Hospital)

Incluso podemos encontrar una crítica al ministerio, justamente por su carácter externo, lo que conlleva intereses distintos a los del propio Hospital y, que al mismo tiempo da cuenta de un "costo" que debe pagar la institución hospitalaria al someterse a los intereses de una institución mayor, sin contar con los recursos para hacerlo. Los intereses del ministerio aparecen más como una expresión de principios que no presentan un correlato material, es decir, la imagen que busca presentar no corresponde con la realidad concreta que presenta el Hospital, pero que se ven forzados a implementar.

"Yo digo que el sistema de visitas (...) se alargó mucho. Yo la acortaría de todas maneras, pero el ministerio es como muy populista, o sea quieren dar, quieren tener una población satisfecha, a los usuarios digamos satisfechos (...) El costo lo pagamos nosotros, el funcionario y el paciente, pero ya nos han hecho demasiado, oye. Entonces tienen pa la foto el Hospital abierto a la comunidad." (Enfermera, 30 años en el Hospital)



Pero toda esta transformación lleva al ingreso de un nuevo actor en la escena, la visita como un participante activo, que altera las relaciones que antes se daban en el espacio. Este nuevo actor ingresa de forma problemática, porque plantea tensiones en las relaciones de poder. En la relación personal-paciente la localización del poder es clara, se hace evidente quienes son los dominados y quienes los dominantes, en cambio, en la relación personal-visita el poder no se localiza de forma tan clara, o al menos existe una mayor resistencia por parte de las visitas. Para el personal el ingreso de este nuevo actor produce alteraciones en el orden que deben ser aceptadas por la obligatoriedad ministerial de tenerlas allí.

"...de que pueden entrar al Hospital y hacerse dueños, y de todo lo que esta ahí a un bajo costo ... o sea el ministerio no invierte plata en que los familiares entren y nos invadan, no invierten nada (...) Si viene usted cuando quiera, entra al Hospital, si quiere duerme en el Hospital, el funcionario tiene que tratarlo bien ¿cachay?" (Enfermera, 30 años en el Hospital)

Para los funcionarios, los cambios producidos, se transformaron finalmente en una pérdida de control, aunque dentro de su implementación se buscara absolutamente lo contrario. Se ven forzados a aceptar condiciones impuestas por el ministerio, que alteran el "funcionamiento normal".

"nosotros antes teníamos un sistema totalmente cerrado, no entraba nadie" (Enfermera, 30 años en el Hospital)

En la actualidad el Hospital debe tratar con otros actores, debe intentar conciliar los distintos intereses, aunque en este caso lo que se puede observar es la negociación como una forma de equilibrar los intereses de ambas instituciones. La negociación busca una salida aceptable para ambas partes, pero deseada en su totalidad por ninguna, aunque se reconoce por ser la única forma de incluir las particularidades del Hospital Lucio Córdova referidas a su carácter infeccioso.

La relación que mantiene el personal con las visitas, está regulada por normas, que en general dan cuenta de un intento por alejar a la visita, por reducir al máximo la interacción con este actor, por imponer la racionalidad y no las relaciones subjetivas. Esto se traduce en que las conversaciones son mediadas: son citas con los médicos y procesos burocráticos, o al menos así se busca que sea. Lo siguiente lo podemos entender como una forma de alejar al otro, "al irracional" (Wagner, 1997) a las visitas por ser una actor marcado por la subjetividad,



la emocionalidad. Las instituciones de la modernidad, se caracterizan por ser educativas, disciplinantes y excluyentes (Wagner, 1997), esto se hace evidente en la relación que se da entre visita y personal. Las paredes del Hospital están llenas de carteles que buscan educar a las visitas sobre cómo deben actuar en el espacio. Además, la existencia de una guardia da cuenta de una observación constante, una vigilancia permanente; y como se expreso con anterioridad las normas pretenden alejar, excluir a la visita de la interacción, a pesar de la imagen humanizadora que presenta.

Pero la visión de una institución racional que impone la modernidad, debe ser contrastada con la realidad concreta. Los problemas que existen con el ministerio dan cuenta de una "modernidad frustrada" (Garretón, 2008), en el sentido de que esta racionalidad se vuelve caótica, impredecible y, en el caso latinoamericano, incompleta. Esto lleva a los sujetos a sentirse incapacitados de transformar la realidad que los rodea. El personal de Hospital debe aceptar la imposición de normas ajenas, propias de un proceso de modernización, pero que no se adecuan a sus condiciones materiales, lo que lleva a que su cumplimiento sea dificultoso o a medias.

Para las visitas esta situación se traduce en una percepción negativa ante las posibilidades de un cambio, en términos de gestión e incluso del desarrollo de ciertos sectores que se ven desprotegidos. Las instituciones que "pueden realizar los cambios" se ven lejanas y las visitas sienten que no tienen el poder para generar los cambios que ven necesarios, lo que Manuel Garretón (2008) entiende como proceso de desmodernización de la capacidad de constitución del sujeto. Así se puede identificar en la siguiente cita:

"...tiempos mejores ya no hay, tiempos buenos ya no vienen (...) no va a haber superación (...) muchas cosas que esto que se esta haciendo, mejorando el rubro de los hospitales que se yo pa' doctores, que se yo, los que atienden, pero nunca va a salir a flote siempre va a llegar ahí y se acabó (Hombre, 47 años, visita en sala de aislamiento).

## Síntesis

A modo de síntesis y recogiendo los principales hallazgos de cada categoría analizada en los capítulos anteriores, podemos reconocer ciertas líneas fundamentales de sentido, que ponen en juego lo que plantearon nuestras entrevistadas y entrevistados en la conversación, y lo que subyace a sus palabras, la estructura social que "habla" a través de ellos, de acuerdo a su posición en ella.



Las normativas oficiales y reglamentos del Hospital fueron construidos para regular la relación de personal con visitas y pacientes, pero en la práctica, no hacen más que limitar la interacción. De esta forma, el encuentro de trabajadores y familiares y amigos del paciente en el espacio hospitalario sólo ocurre cuando existe, por parte de alguno de ellos, un incumplimiento a las reglas, donde existe un enfrentamiento de intereses y la mediación de un guardia.

Las jerarquías, según lo anterior, constituyen una norma implícita que determina la forma e intensidad de la relación de los diferentes cargos del personal con las visitas. Mientras mayor es la posición en la jerarquía, menor es el contacto con las visitas y más “respeto” existe de ellas hacia el cargo. Las posiciones más bajas de la jerarquía, de esta forma, deben recibir las preguntas y no pocas veces, los insultos, de parte de las visitas que han tenido problemas para comprender o seguir las normas.

La apertura del Hospital a la comunidad, permitiendo el ingreso de las visitas, hace público el trabajo del personal y, con ello, viene la constante sensación de vigilancia. La valoración de ello plantea una clara diferencia entre el ser y el deber ser. Se desprende de los discursos una evidente molestia por esta vigilancia, pero al preguntar por ello, sus respuestas apuntan a lo bueno de la presencia de las visitas en el lugar, aludiendo sobre todo a lo positiva que es para el paciente.

El uso del espacio aparece bastante normativizado, pero está lejos de ser un lugar de encuentro de visitas y trabajadores. Hay horarios y espacios permitidos y prohibidos bien definidos, pero no existe algo que constituya un lugar donde se encuentren. La visita en general se queja de que “tiene que andar buscando” al médico o a la enfermera para saber del estado de su paciente.

La legitimidad de los espacios restringidos es evidente al considerar que se trata de un hospital, pero esto descansa, sobre todo, en su carácter infeccioso. Las normas de estadía, higiene y movimiento apuntan a evitar peligros para el paciente, pero invisibilizan cualquier relevancia social que pudieren significar.

El espacio es, para las visitas, un lugar bastante agradable a la vista, acogedor y con características hogareñas, pero, por otro lado, se reconocen estructuras panópticas que los someten a una intensa e ininterrumpida vigilancia: pasillos centrales, vidrieras y guardias son los principales instrumentos para hacer efectiva la vigilancia tanto sobre visitas como sobre pacientes, lo cual plantea un arma de doble filo, pues, como ya se dijo, somete al personal a la mirada aguda de la visita en su trabajo.

Se reconocen dos mecanismos fundamentales de regulación de la convivencia. Uno de ellos es levantado como tal por el personal, que reconoce en el guardia la forma más eficaz (aunque no lo es del todo) para regular su convivencia con las visitas, y esto ocurre, mas bien,



por la anulación de la interacción y la derivación de asedios y problemas a posiciones más bajas de la jerarquía. El otro, referido por las visitas, implica la apelación al respeto y a la comunicación para la mantención de una convivencia amena y no problemática.

El carácter público del Hospital define claras y muy demarcadas representaciones sociales en lo referente a las visitas. Existe, desde esta perspectiva, un claro vínculo entre pobreza, marginalidad y bajo nivel cultural. El mal comportamiento y el no cumplimiento de las reglas son asociados a la falta de educación, dada no sólo a nivel moral, sino que, sobre todo, a nivel de educación formal.

De esta forma, el trato se ve mediado por las representaciones sociales, bajo la premisa de que no todos son iguales y que deben existir una reciprocidad en el trato. Las representaciones sociales operan con tal fuerza y rigidez que definen una forma de interacción predeterminada con ciertos sujetos.

Si vinculamos la representación social a la jerarquía hospitalaria, reconocemos la elevación de la figura del médico, como una persona educada, sabia, incuestionable, mientras que el guardia, por ejemplo, es más cercano, no sólo en la interacción, sino también, en términos sociales, lo cual puede, probablemente, explicar la posición de igual a igual que algunas visitas asumen en una situación problemática.

Finalmente, el Proyecto de Humanización de la Salud, que permite el ingreso de las visitas al recinto, nace por iniciativa del hospital, pero se transforma, en la práctica, más en una forma de dominación y control, que en una humanización. Esta dualidad nace, precisamente, de la imposición de espacios y horarios, entre otras cosas. Se impone, de esta forma, la misión de cualquier institución moderna: el control.

Michel Foucault, en el estudio de las formas de disciplina y castigo, alude a diversos elementos de los que las instituciones hospitalarias e instituciones totales en general, se valen para ejercer el control. Si bien la propuesta de Foucault no se ajusta totalmente a la presente investigación, es posible reconocer nociones reconocibles de las instituciones totales como las cárceles y los hospitales psiquiátricos, que hacen total sentido al trasladarlas al espacio en estudio.

La primera de estas nociones refiere a la "distribución de los individuos en el espacio" (Foucault, 2001, p. 146), a la clausura de ciertos lugares, heterogéneo a todos los demás y cerrado sobre sí mismo. El hospital define espacios para personal (comedores, habitaciones, clínica), oficina del médico, salas comunes para pacientes, salas de aislamiento para pacientes críticos, salas de espera, pasillos, baños, que son totalmente excluyentes para el ingreso de ciertos sujetos y bastante restrictivos en cuanto al número de individuos por espacio. Los individuos, de esta forma, son destinados a diversos espacios según su posición en la estructura del hospital. A su vez, el espacio diferenciado otorga jerarquía y define como deben



comportarse y ser tratados los individuos. Como lo plantea el autor, es necesario “Evitar las distribuciones por grupos; descomponer las implantaciones colectivas; analizar las pluralidades confusas, masivas o huidizas. El espacio disciplinario tiende a dividirse en tantas parcelas como cuerpos o elementos que repartir hay. Es preciso anular los efectos de las distribuciones indecisas, la desaparición incontrolada de los individuos, su circulación difusa, su coagulación inutilizable y peligrosa; táctica de antideserción, de antivagabundeo, de antiaglomeración. Se trata de establecer las presencias y las ausencias, de saber dónde y cómo encontrar a los individuos, instaurar las comunicaciones útiles, interrumpir las que no lo son, poder en cada instante vigilar la conducta de cada cual, apreciarla, sancionarla, medir las cualidades o los méritos. Procedimiento, pues, para conocer, para dominar y para utilizar.” (Foucault, 2001, p. 147-148)

Se hace necesario, de esta forma, evitar las aglomeraciones –tal como se busca con la regla de dos visitas por paciente – y frenar los “vagabundeos” por el espacio que no llevan a una comunicación útil -Invitar a abandonar el pasillo o la sala de espera cuando se deambula sin razón aparente-, para mantener un control más efectivo sobre las personas que ocupan el espacio y se mueven en él. Tener claro cuántas personas por paciente hay y en qué lugar se encuentran, permite asegurar una forma certera de vigilancia, la cual facilita, además, el control temporal de las actividades. Se busca, a través de la definición de horarios de visitas y pacientes, controlar las actividades y los encuentros cotidianos en el espacio, ritualizar las actividades mediante la repetición cotidiana, para facilitar la intervención puntual en las series de rutina.

Por otro lado, el autor plantea que en este tipo de instituciones, tal como ocurre en el Hospital estudiado, se genera una cadena de autoridad y formación que se condensa en una jerarquía, cuyo encadenamiento de fuerza permite “multiplicarlas y usarlas” (Foucault, 2001, p. 176). La jerarquía opera por el juego de la mirada, a través de la vigilancia permitida por elementos particulares de la estructura arquitectónica del lugar. En este caso, se representa por las vidrieras que corren de pared a pared, mostrando a enfermos y pacientes a que camine por los pasillos. El pasillo de los sectores opera, en términos de Foucault, como un “observatorio de la multiplicidad humana”. Pero observamos una diferencia fundamental en lo que observamos respecto a lo que plantea Foucault: Las vidrieras son totalmente transparentes, dan paso a la luminosidad, permite observar el interior de cada sala, pero quien está al interior de la sala puede observar e identificar a su vigilante y, de esta forma, saberse vigilado y moderar su comportamiento de acuerdo a lo establecido por la institucionalidad. A su vez, cuando es necesario realizar un procedimiento médico de rutina o de urgencia durante la estadía de la visita, se les pide que salgan de la sala, pero en esta situación, las vidrieras se alían a la visita en la vigilancia al personal médico.



Una última noción refiere a la normalización de los juicios. Con ella, se da lugar a una normativa que asegure la normalidad (entendida en términos foucaultianos) de las conductas deseadas. Es necesario “castigar” todo lo que no se ajuste a las reglas (ya sea explícitas como implícitas) y las desviaciones que se generan con ello. El castigo debe ser de carácter correctivo (Foucault, 2001, p.185), no punitivo, pues se busca rectificar una conducta desviada. De esta forma, es posible expulsar por el día a una visita conflictiva, limitar los favores, no responder ciertas preguntas, evadir el contacto, mientras no se trate con respeto, mientras se violen las normativas. Pero la sanción o el castigo se constituyen siempre en base a las gratificaciones como premio a las conductas acordes a la norma, que deben intentar ser –aunque en este caso no lo sean- más numerosas que las sanciones, para incitar a los desviados a cumplir los mandatos. Esta dualidad permite la identificación de un bien y un mal como valores opuestos que las visitas, en este caso, intentan hacer propios. Quienes apuntan al “bien” corresponde a aquellos individuos que lograron lo que la institución busca constituir: un carácter normalizado.

Foucault, de esta forma, permite reconocer cómo el Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova, no es más que una extensión de las lógicas disciplinarias de los hospitales y de las instituciones modernas en general, que se ven potenciadas por el carácter infeccioso de sus pacientes y, con ellos, de interacciones sociales mediadas por esta característica fundamental.

## Conclusiones

Recogiendo todo lo que hemos expuesto sobre el trabajo investigativo y los resultados del análisis del contenido de las entrevistas a personal y visitas del Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova, es posible responder a nuestra pregunta de investigación: ¿De qué manera influyen las normas en las interacciones sociales entre las visitas y el personal del Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova?

Una respuesta rápida nos indica que existen diversos “tipos” de normas y que ellas influyen de manera diferenciada en esta interacción, debido a sus caracteres diversos. Estas normas fueron representadas en tres grandes categorías, y, a partir de ellas responderemos nuestra pregunta de investigación.

El primer objetivo específico apuntaba a la influencia de las normas explícitas en la interacción entre pacientes y visitas. Es imperante recalcar que estas normas –constituidas por reglamentos y normativas expuestas en el espacio del Hospital y entregadas a los pacientes y visitas- no son suficientes para explicar la influencia de las normas en la interacción, como se desprendería de una lectura rápida y superficial del problema. Las normas explícitas son



construidas por el personal y la institucionalidad del Hospital para regular la interacción, pero lo que logran en la práctica y con el tiempo, es alejar a los actores, limitando al máximo su interacción. De esta forma, la interacción mediada por normas explícitas sólo se reduce a aquellas instancias en que no se cumple la normativa y debe intervenir el guardia.

El segundo objetivo refería a la influencia de las normas implícitas en la interacción referida. Este tipo de normas aparece, en cierta medida, con mayor relevancia a la hora de analizar las interacciones, pues son constituidas por normas sociales compartidas, por lo que se podría denominar sentido común.

Se identifican tres propiedades de esta categoría. En primer lugar, las jerarquías, cuya influencia en la interacción es decisiva. Son precisamente el cargo del trabajador y, por consiguiente, la posición que ocupa en la estructura hospitalaria, las que determinan cómo el personal va a tratar a las visitas y viceversa. En segundo lugar, el uso de los espacios, que en un recinto hospitalario –y además infeccioso – está totalmente regulado. El uso del espacio aparece como problemático, pues constituye uno de los elementos más reglamentados y, por lo tanto, las violaciones a estos reglamentos son constantes. Por otro lado, la estructura del espacio permite la vigilancia institucional de pacientes y visitas pero, a su vez, el ingreso de las visitas al recinto, de la mano de la Humanización de la Salud, trae consigo la vigilancia del trabajo médico, poniendo en tensión el vínculo entre ambos actores. Esto se puede explicar al pensar la salud como un servicio –desde la perspectiva de las visitas- y, por lo tanto, es deber de los usuarios la fiscalización para lograr la excelencia. Y en tercer lugar, la convivencia, que aparece como un elemento bastante problemático que debe ser regulado de alguna forma. Existe, en este sentido, una diferencia importante entre las visiones de ambos actores en lo referente a las formas de regular la convivencia o, si se quiere, de mediar los conflictos: para el personal, lo más importante es la figura de un guardia que se haga cargo de quienes no cumplen el reglamento; para las visitas, en cambio, lo más relevante a la hora de regular la interacción cotidiana es el respeto y la capacidad de diálogo para conversar los problemas. Un sector apela a la fuerza y la disciplina, el otro apela al entendimiento comunicativo, en términos weberianos, se genera un enfrentamiento entre una racionalidad formal y una racionalidad valórica.

El tercer objetivo decía relación con las representaciones sociales, que constituyen, al igual que la categoría anterior, un elemento sumamente relevante a la hora de comprender la influencia de las normas (que ya sabemos que no necesariamente son explícitas) en la interacción entre personal y visitas. La construcción que se hace del otro, de acuerdo a mandatos sociales y culturales, incide en gran medida en la forma en que organizan los buenos y malos tratos. El hospital es una institución pública que recibe pacientes y visitas de sectores que utilizan este sistema, es decir, personas que provienen de sectores empobrecidos. El modo

de operación de las representaciones sociales construye un vínculo bastante fuerte entre este elemento –la pobreza- con la marginalidad, la violencia y el bajo nivel educacional, creando así prejuicios que funcionan como un escudo en la interacción cotidiana.

Finalmente, podemos agregar una cuarta categoría que no responde específicamente a la pregunta, pero que fue desprendida del habla de los entrevistados, y que refiere a la influencia de lo institucional. La implantación de un nuevo régimen de visitas fue impulsada tanto por trabajadores del mismo hospital como por el Ministerio de Salud. El nuevo sistema lleva varios años en funcionamiento y ya se evidencian bastantes fallas y omisiones que ponen en cuestión su operatividad. La interacción entre personal y visitas se problematiza por este sistema, sobre todo, por el hecho de que no se recibe ningún apoyo institucional para hacer de él un proyecto exitoso.

En síntesis, podemos afirmar que existe una clara e indiscutible influencia de las normas en la interacción de personal y visitas en el Hospital, pero no podemos reducir las normas a lo que está escrito y expresado en trípticos informativos, puesto que existen otras formas de normativizar los espacios, que están dadas por mandatos sociales y culturales.



## Bibliografía

- Andréu, J. (2001). Las técnicas de análisis de contenido. Una revisión actualizada. *Documento de trabajo CENTRA*.
- Archer, M. (2009). *Teoría social realista: el enfoque morfogenético*. Santiago: Ediciones Universidad.
- Bauman, Z. (2009). *Modernidad Líquida*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Becker, H. (2009). *Outsiders*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Durkheim, E. (1997). *Las reglas del método sociológico*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2001). *Vigilar y Castigar* (1° ed.). (A. Garzón, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Garretón, M. A. (2008). *Del Postpinochetismo a la sociedad democrática*. Santiago, Chile: Debate.
- Jodelet, D. (1984). *La representación social: Fenómenos, concepto y teoría*. Barcelona: Paidós.
- Martinic, S. (2006). Análisis Estructural. Presentación de un método para el estudio de las Representaciones Sociales. *Material de apoyo a la docencia*. Santiago, Chile.
- Navarro, P., & Díaz, C. (1999). Análisis de Contenido. En J. M. Delgado, & J. Gutiérrez, *Métodos y Técnicas Cualitativas de investigación en Ciencias Sociales* (págs. 177-224). Madrid: Síntesis.
- Wagner, P. (1997). *Sociología de la modernidad. Libertad y disciplina*. Barcelona: Herder.

---

### Agradecimientos y reconocimientos

A nuestro profesor, el sociólogo Claudio Duarte Quapper, por sus enseñanzas en el ámbito de las técnicas cualitativas de producción y análisis de información, y por su disponibilidad para asistirnos en el trabajo de investigación.

A nuestra ayudante, Camila Sanhueza, por su paciencia, consejos, sugerencias y tiempo, que dispuso para acompañar un arduo año de trabajo de campo.

A nuestra portera e informante clave, Señora N.O., quien nos introdujo en el mundo hospitalario y nos entregó la base para la formación de lazos al interior del lugar.

### Notas

El presente artículo consiste en la exposición de resultados de una investigación llevada a cabo por quienes suscriben, entre agosto de 2009 y mayo de 2010, en el marco del curso de Técnicas Cualitativas I y II de la carrera de Sociología, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Dado este carácter, la investigación no obtuvo financiamiento de ningún tipo, fue realizada íntegramente por las autoras del artículo, quienes produjeron y analizaron la información, y construyeron el informe de resultados.

Se declara que no existen posibles conflictos de intereses de las autoras en relación a sujetos entrevistados o a la institución (Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova), pues no existen vínculos financieros o personales de ningún tipo.

La privacidad de visitas y personal médico, sujetos entrevistados en la investigación, fue resguardada a través de la no utilización de nombres, sino de cargos, sexo y edad para su identificación. De igual forma, cada participación fue mediada por la firma de un consentimiento informado, en el cual se indicó a los participantes la participación expresa en la investigación y la utilización de lo dicho en sus entrevistas para ella.