

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Sociología y Estudios de Género

Convocatoria 2020-2022

Tesis para obtener el título de maestría en Sociología

Las redes sociales informales de los trabajadores de salud y su reacción al evento disruptivo
de la pandemia covid-19

José Fernando Estrada Medina

Asesora: María Cristina Cielo Malong

Lectores: Angus Lyall y Héctor Fabio Bermúdez Lenis

Quito, octubre de 2023

Epígrafe

Las personas que sufren porque tienen una enfermedad que les afecta todas las dimensionalidades de la vida, buscan atención del personal de salud que también son personas que sufren problemas de salud en la complejidad de ensamblajes de la biología, la psicología, de lo cultural, lo político, de las relaciones vinculares, etc. Los seres humanos somos los que son nuestras relaciones que nos constituyen, somos una mezcla de las interacciones de agonismo y antagonismo del campo en el que estamos inmersos. El personal de salud dentro de la multidimensionalidad del proceso de atención sanitaria tuvo que enfrentar la crisis de la pandemia de covid-19 en un escenario de gran incertidumbre, de carencia, de temor. El ser humano se enfrentó a lo más terrible de su existencia, es decir, a su finitud, al sentido mismo del ser. Un evento disruptivo de este tipo puede devenir de diferente manera en los individuos y en los colectivos. El personal de salud al enfrentarse a lo más frágil de la naturaleza humana como la muerte determina un cambio en el significado de la existencia y también en la red de relaciones del tejido social.

Índice de contenidos

Resumen.....	7
Agradecimientos	8
Introducción	10
Capítulo 1. Epistemología y metodología.....	18
1.1. Pregunta de investigación	19
1.2. Objetivos	19
1.2.1. Objetivo general.....	19
1.1.2. Objetivos específicos	19
1.3. Metodología	19
1.3.1. Observación simple y observación participante	22
1.3.2. Entrevistas.....	23
1.4. Grupos focales	24
1.5. Método de selección de las personas a ser entrevistadas	24
Capítulo 2. La pandemia y el personal trabajador de la salud	25
2.1. Contexto general de la pandemia.....	26
2.1.1. Economía en la pandemia covid-19.....	27
2.1.2. Sistema de salud.....	29
2.1.3. Perfil de salud en la pandemia covid-19	30
2.1.4. Las trabajadoras y los trabajadores de salud y su contexto laboral	33
2.1.5. Mundo simbólico en los hospitales: estratificación y jerarquía.....	35
2.2. Impacto de la pandemia covid-19 en las trabajadoras y los trabajadores de la salud...36	
2.3. Marcos analíticos para el estudio de las redes sociales.....	43
2.3.1 Racionalidad instrumental en la configuración de redes sociales.....	44
2.3.2. Conformación de redes sociales por lazos afectivos y mundos simbólicos.....	47
2.3.3. Modelo sistémico de análisis de las redes sociales	49
2.4. Conclusiones.....	50
Capítulo 3. Marco teórico sobre sociabilidad, convivialidad y redes sociales	53
3.1. Sociabilidad.....	53

3.2. Convivialidad.....	60
3.3. Análisis de redes sociales.....	62
3.4. Modelos en el análisis de las redes sociales.....	66
3.5. Conclusión	69
Capítulo 4. El Hospital General San Francisco del IESS	71
4.1. Marco normativo del funcionamiento del sistema nacional de salud.....	72
4.2. Cultura organizacional IESS.....	75
4.3. Contexto del Hospital General San Francisco del IESS	77
4.4. Contexto urbano de la localización HGSF.....	78
4.5. Historia del Hospital General San Francisco	79
4.6. Estructura institucional del HGSF	81
4.7. Tipología del personal de salud del HGSF	82
4.8. Las relaciones sociales entre el personal de la salud del hospital.....	84
4.9. Gestión de información en el Hospital General San Francisco	85
4.10. Comunicación en el Hospital General San Francisco.....	87
4.11. Conclusiones.....	89
Capítulo 5. Las redes personales en el Hospital General San Francisco	91
5.1. Descripción de las redes del personal de salud del HGSF.....	92
5.2. Tipología de los nexos interpersonales según los grados de cohesión en las uniones de las redes.....	93
5.2.1 Redes de lazos superficiales.....	94
5.2.2. Redes de lazos íntimos.....	95
5.2. Redes categorizadas según con la relación con el entorno	96
5.3. Factores para la formación y configuración de las redes.....	97
5.3.1 Subjetividades compartidas	98
5.3.2. Actividades durante el trabajo	102
5.3.3. Jerarquía en la organización formal e informal del hospital.....	103
5.4. Funcionamiento de las redes.....	107

5.4.1. Mundo simbólico	108
5.4.2. Saberes, actitudes y prácticas.....	111
5.4.3. Casos de análisis de sitios representativos de las redes personales	114
5.5. La ética de cuidado y la racionalidad instrumental del personal de salud del Hospital General San Francisco	115
5.6. Conclusión	121
Capítulo 6. La reconfiguración de las redes sociales personales en la pandemia covid-19..	123
6.1. Cambios en la organización del hospital por la pandemia de covid-19.....	125
6.2. Dinámica del tejido social del hospital	130
6.3. Gestión de la información.....	136
6.4. Comunicación	138
6.5. Subjetividad e identidad en la pandemia covid-19	140
6.6. Dilemas éticos en el trabajo hospitalario	141
6.7. Ideación con respecto a la muerte	142
6.8. Desensibilización del personal de salud durante la pandemia de covid-19	143
6.9. Sensibilización del personal de salud durante la pandemia de covid-19	144
6.10. Transformación de las redes de trabajadores de la salud en la pandemia.....	145
6.11. Fragmentación o consolidación de las redes personales del HGSF.....	150
6.12. Jerarquía y ejercicio del poder	151
6.13. Representaciones, discursos y prácticas del personal de salud del HGSF.....	153
6.14. Conclusión	155
Conclusiones	160
Referencias.....	170

Declaración de derecho de publicación de la tesis

Yo, José Fernando Estrada Medina, autor de la tesis titulada “Las redes sociales informales de los trabajadores de salud y su reacción al evento disruptivo de la pandemia covid-19”, de mi autoría, que la he elaborado para obtener el título de maestría, concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación, pública, distribución y divulgación, bajo la licencia de Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea de obtener un beneficio económico.

Quito, octubre de 2023



Firma

José Fernando Estrada Medina

Resumen

La pandemia de covid-19 fue un evento de gran magnitud que afectó en forma multidimensional el mundo de la vida en forma global. El personal de salud de los servicios de salud de Ecuador ha enfrentado antes de la pandemia, muchos problemas como sobrecarga laboral, fragmentación del sistema de salud, déficit de insumos, marco legal punitivo, inestabilidad laboral, ausencia de una carrera sanitaria, etc. El trabajo diario se presenta con varios retos, unos dependientes de las instituciones, otros de los pacientes y sus familiares. En este escenario se presenta la crisis de salud que afectó con mayor intensidad a los países del sur global. Ecuador al igual que el resto del mundo no estuvo preparado para esta contingencia, por lo que el sistema de salud tuvo que improvisar, tuvo que dar respuestas que no fueron suficientes para solventar todas las circunstancias que se presentaron. El equipo de salud enfrentó este desastre sanitario en cada hospital, con inventiva, con temor, con aplomo. Lo que condujo a un devenir con una amplia gama de consecuencias. Un grupo de personas se desensibilizaron ante el dolor humano, luego de un proceso de incertidumbre, dilemas éticos, distrés moral. Pero otros grupos, con estos mismos factores construyeron resiliencia individual y colectiva. Según el camino que tomó el individuo o los colectivos se fragmentaron redes personales sociales o se fortalecieron en círculos de vida, es decir, se constituyeron redes de apoyo en las cuales la cohesión social fue más intensa que el temor al contagio y a la posibilidad de morir.

Dedicatoria.

A mis padres que han dado su vida por mí, que son la manifestación del amor más puro y sublime que es la manifestación de Dios y a Laurita que es mi compañera que me ha regalado el puerto seguro.

Agradecimientos

La vida es el camino que escogemos, pero este transitar sería imposible sin las personas notables que nos ayudan, que dan parte de sí para que uno se pueda crecer y trascender. Agradezco de todo corazón a todas y todos los profesores de la FLACSO, que han sido quienes me han guiado con su luz. Muchas gracias por su mentoría y tutoría, por enseñarme una puerta al conocimiento, por haberme dado la oportunidad de atreverme a saber.

Mi gratitud muy especial a mi tutora y mentora a la Dra. María Cristina Cielo Malong, porque me ha guiado con mucha paciencia, con mucho fundamento. Muchas gracias por sus enseñanzas que están dentro de mi cerebro y me alegro mucho de que su Epistemología y metodología estén dentro de mi mente.

Introducción

En diciembre del año 2019 se presentó una nueva enfermedad, o mejor dicho una nueva variante de un virus que ocasionaba una infección respiratoria superior leve. Era una más de las enfermedades emergentes. Desde el paradigma médico científico se esperaba que se presente una enfermedad de este tipo como ya en el pasado aparecieron otras. Esta pandemia era previsible, es más se realizaron modelos matemáticos de la posible aparición de enfermedades con alta transmisibilidad y letalidad que lleguen a diseminarse globalmente.

Para hacer frente a esta pandemia se disponía el aparataje de los servicios de salud que en Ecuador están conformados por una serie de departamentos que brindan servicios asistenciales de salud. Estos están dentro del sistema nacional de salud en el que interactúan diferentes instituciones como el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el sector privado, las organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro, aseguradoras privadas, etc. En el sector público el IESS da prestaciones de salud a los derechohabientes que gozan de los beneficios de la afiliación a este seguro. Los servicios de salud del IESS igual que los otros sectores tuvieron que enfrentar la crisis de la pandemia covid-19.

El evento disruptivo de la pandemia de covid-19 afectó a la población en general, a las instituciones, al sistema de salud, a los pacientes, a las familias. La pandemia de covid -19 es una zoonosis, es decir es una enfermedad de otra especie que se transmite a los seres humanos. Otras enfermedades análogas son la gripe porcina, la gripe aviar, la gripe H1N1, hantavirus, etc. Todas ellas en el pasado han ocasionado brotes o epidemias que no llegaron a ser pandemia, en cambio el covid-19 rápidamente se diseminó por todo el mundo, lo que generó una crisis sanitaria, económica, social en forma global. En el comienzo de esta crisis la información científica era muy escasa. Luego progresivamente a la par de brindar atención a estos pacientes, se realizaron muchos estudios, para tratar de comprender la nueva enfermedad. Las publicaciones sobre el tema son tan numerosas que es imposible procesarlas para que todo este nuevo conocimiento pueda aplicarse en la práctica médica. Las recomendaciones de tratamiento no tenían un nivel de evidencia científica alta, pero por la necesidad urgente de dar un manejo coherente, se utilizaron muchas estrategias que luego de la evaluación de su efectividad, se evidenció que eran de poca utilidad, o incluso tenían efectos secundarios graves.

Los sistemas de salud de la periferia del mundo tienen problemas debido a la dependencia económica de los circuitos de poder supranacionales de la industria de la medicina. Además, los Estados tienen diferentes orientaciones ideológicas que conforman políticas públicas que conducen a servicios de salud precarios con una demanda rechazada importante de atenciones en salud para la población. El estudio de la realidad social en situaciones poco cambiantes se puede enfrentarlo como el análisis de la estructura social, la dinámica de esta, la agencia, etc. En un contexto de crisis mundial, de lo imprevisto, lo contingente es otra forma de entender la realidad social. A pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS), tiene programas de vigilancia epidemiológica y crea modelos matemáticos de posibles epidemias, esta nueva enfermedad, el covid-19, fue una contingencia, un evento disruptivo. Martha Rodríguez (2014) lo califica de tragedia que “vista desde esta perspectiva de la teoría social, consiste en que de esta surge una representación de una acción, de una praxis arriesgada donde nada asegura que lo realizado sea congruente con las intenciones de los actores” (Rodríguez, Tejero, Sánchez 2014, 94). Esta crisis multidimensional da un contexto nuevo para analizar la vida social en un momento desconocido, intempestivo.

La capacidad de respuesta de los sistemas sociales fue baja; los Estados, los sistemas y servicios de salud rápidamente se saturaron y no pudieron enfrentar esta crisis. El número de solicitudes de atención rebasó la capacidad de respuesta de los servicios de salud, por lo que la accesibilidad a las prestaciones de salud disminuyó notablemente, lo que condujo a que la morbilidad y mortalidad sean muy altas. Por otro lado, los insumos médicos, los medicamentos fueron muy escasos, los equipos y la planta física no estuvieron disponibles. Esta circunstancia en la que los hospitales no podían atender eficientemente a los pacientes se lo cataloga como desastre hospitalario. El personal sanitario que tuvo que enfrentar esta circunstancia, que estuvieron en los servicios más críticos tuvieron que tomar decisiones de vida o muerte en circunstancias muy precarias y complejas e incluso sin los equipos de bioseguridad.

El personal de salud que trabaja en los hospitales tiene contacto con el dolor, el sufrimiento, con la carencia, con la muerte. El personal de salud vive rodeado de la disfunción, de la enfermedad, de la discapacidad, es decir, de lo más frágil de la naturaleza humana. El ser humano es vulnerable a diferentes agentes lesivos o noxas que pueden provocar enfermedades y problemas de salud. El personal sanitario tiene como narrativa fundacional el ayudar a las personas que tienen algún problema y también tratan de disminuir la vulnerabilidad de los pacientes que son personas que sufren, es decir el personal de salud no solo tiene como

misión dar tratamiento a una enfermedad sino tratar de disminuir el dolor o acompañar a las personas que necesitan apoyo. El personal también tiene una carga emotiva de su vida personal y que es influenciada por el trabajo que realiza en el hospital. Durante la pandemia los trabajadores de la salud estuvieron enmarcados en un régimen institucionalizado, con normas establecidas que guían la toma de decisiones y el acto médico. Pero con la pandemia de covid-19, los manuales de procesos administrativos no ayudaron porque se presentó un evento de crisis no contemplado en los mismos. En este escenario caótico el personal de salud tuvo que trabajar con decisiones al final de la vida todos los días, lo que generó incertidumbre Ética, porque las personas que brindan la atención no tenían claro como elegir el mejor curso a seguir. En otras ocasiones no existía un conflicto entre principios y valores, pero no podían ejecutar el mejor curso a seguir por limitantes de recursos o por normas institucionales. Esta vivencia repetida diariamente produce un cambio en la emotividad lo que puede cambiar la dinámica psico-social de las redes de trabajadores de la salud, con afectación a los procesos de sociabilidad.

El equipo sanitario enfrenta la incertidumbre en su trabajo diario, porque la mayoría de las atenciones y servicios de salud se las realiza sin conocer el diagnóstico ni la efectividad de los tratamientos. Se realiza un manejo clínico según los problemas que el paciente presente, es decir, se realiza el esquema de tratamiento en forma sintomática, porque no se tiene certeza sobre la patología o la enfermedad de las personas. Los procedimientos diagnósticos no tienen el poder estadístico, la certeza, la precisión que se esperaría porque las pruebas diagnósticas tienen errores, es decir pueden ser falsamente positivos o negativos. Por otro lado, los tratamientos implementados no tenían evidencia empírica de alto poder que demostrara su efectividad. La forma de enfrentar la incertidumbre es por medio del cálculo de la probabilidad que se la pondera con datos e información que era lo que en un inicio de la pandemia no se disponía. Este es el escenario con el cual tuvo que lidiar el equipo de salud.

Los hospitales tienen una estructura jerárquica, organizada por departamentos según el área de especialización. El presente trabajo busca responder como la crisis afectó la dinámica de esta estructura, la modificación sobre el ejercicio del poder, la toma de decisiones, los factores determinantes para que se formen o se fragmenten las redes de confianza. Las redes de confianza generalmente tienen pocos integrantes y comparten un “ethos” análogo, además de la subjetividad e identidad compartida. Entendiéndose el “ethos” como un comportamiento social estructural que puede ser visto como un principio de construcción del mundo de la vida. “Un ethos es el espíritu que permea a un grupo social, un conjunto de actitudes y valores, de

hábitos arraigados en el grupo” (Guzmán 2007, 137). El ethos etimológicamente puede ser interpretado como costumbre, por lo tanto, esta está enmarcada en un sistema de creencias en las cuales hay principios y valores compartidos. Bolívar Echeverría lo define así, el término ethos tiene la ventaja de su ambigüedad o doble sentido invita a combinar, en la significación básica de morada o abrigo, lo que en ella se refiere a “refugio”, a recurso defensivo o pasivo, con el que en ella se refiere a arma, a recurso ofensivo o activo. Conjunta el concepto de “uso, costumbre o comportamiento automático” (Echeverría 1994, 2). En otras palabras, Ethos es el modo de ser individual o colectivo. Bolívar Echeverría dice que el “comportamiento social estructural...lo podemos llamar ethos histórico” (Echeverría 1994, 2). El ethos se construye y va cambiando a través del tiempo y determina la agencia de los individuos. Este ethos del personal de salud tiene elementos comunes dentro de una multiplicidad, con tipologías que se traslapan.

El objeto de este trabajo es el tejido social del personal de salud del Hospital General San Francisco (HGSF) que se encuentra ubicado en el norte de la ciudad de Quito y que pertenece al sistema de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). El sistema de salud del Ecuador está dividido en niveles según el portafolio de servicios de cada unidad según la complejidad de las actividades que se realizan en cada servicio. El HGSF está catalogado como de segundo nivel, es decir, brinda atención con las cuatro especialidades básicas, Pediatría, Ginecología, Medicina Interna y Cirugía General. Se trata de un hospital que fue inaugurado hace 11 años para atender la necesidad de prestaciones de salud del norte de la ciudad y que prontamente se saturó por no tener la capacidad instalada suficiente para satisfacer los servicios que le son requeridos. En este escenario se presenta la crisis de la pandemia de covid-19 que impactó de manera importante en el funcionamiento del hospital y fue un evento disruptivo en las redes sociales personales del equipo de salud.

Este trabajo analiza la dinámica de las redes de confianza del personal de salud. Se busca entender los flujos psicológicos, psicosociales, de significados y representaciones en el espacio intersubjetivo de los actores sociales de estas redes. La investigación se enfoca en el “mundo de la vida” de Schutz, porque este espacio es donde se construye un sentido donde se dan dinámicas de sensación, percepción, evaluación. El interés del trabajo es el percibir, contemplar el mundo social tomando conciencia de las acciones, intereses, posicionamientos, deseos (Mora 2012).

La pandemia de covid-19 impactó en forma intensa en todas las esferas de la vida social, ya sea por la morbi-mortalidad de la enfermedad, por la saturación de los servicios de salud, por

la afectación en la economía mundial, el financiamiento estatal. Las consecuencias y secuelas de esta crisis afectan también la forma en la esfera psicológica, en la subjetividad lo que generó diferente relacionamiento en el espacio intersubjetivo. El confinamiento ocasionó que la producción mundial disminuya. El déficit fiscal de los Estados se aumentó, se incrementó la deuda y los presupuestos estatales fueron insuficientes, especialmente en el área de la salud. Esto afectó a Ecuador pues desde antes de la pandemia existía una importante demanda rechazada de atenciones y prestaciones de salud. Con la crisis por la pandemia el financiamiento de los servicios de salud se vio severamente comprometido, lo que repercutió en la calidad de atención y de servicio.

Las instituciones de salud funcionan de acuerdo con los procesos administrativos estandarizados emitidos por el Ministerio de Salud Pública. Durante la pandemia se emitieron en forma periódica diferentes normativas que eran de obligado cumplimiento. Estas disposiciones cambiaron muchas veces y en ocasiones eran no apropiadas, o coherentes con la evidencia científica. Estas disposiciones se cumplieron por la coerción de la estructura jerárquica estatal y también hospitalaria. En esta circunstancia la autonomía individual quedó de lado, porque la capacidad de agencia estuvo menoscabada por las disposiciones de confinamiento, de la vacunación obligatoria. La normatividad institucional emergente elaborada según las políticas de estado determinó la forma de actuar y tratar la enfermedad, sin tomar en cuenta la libre elección del personal de salud.

Estructura de la tesis

La pregunta de investigación trata sobre cómo se reconfiguró las redes sociales personales del personal de salud del HGSF con la pandemia de covid-19, como se configuraron, como se modularon o cambiaron las representaciones, discursos, prácticas y las dinámicas de dichas redes. La posible respuesta es compleja, puede ser una multiplicidad con muchos matices. En general dentro de la esencia, de la identidad del personal que trabaja en salud está presente el deseo de ayudar a los demás, dentro de un marco ético del principio de beneficencia que se operacionaliza por la solidaridad, la empatía y el cuidado. En el devenir profesional puede conducir a los profesionales de la salud por varios caminos, que pueden ser agrupados en dos, el primero es una vía humanista en donde la práctica de actos bondadosos se constituye en una virtud y el segundo es una vía en la cual se pierde la empatía, la compasión por lo que el personal de salud realiza sus actividades en forma mecánica. Estos dos caminos están enmarcados en una estructura previa de relaciones que determina la dinámica de las redes sociales personales. Los elementos de esta estructura son la normatividad institucional, las

variables del funcionamiento del sistema de salud, del marco legal, el estado psico-social de las personas, las condiciones de precariedad, la falta de reglamentación, ausencia de procesos estandarizados y formales del hospital. Todo lo antes mencionado modula la formación, la reconfiguración y la respuesta a crisis de las redes sociales personales. El evento disruptivo de la pandemia de covid-19 alteró profundamente el trabajo usual del hospital y a las personas que conforman las redes sociales.

El devenir de la vida hospitalaria, de los profesionales de la salud, de las redes sociales personales pueden seguir un camino hacia el fortalecimiento de las redes de apoyo, a la consolidación de los nexos personales, al acceso a los diferentes tipos capitales colectivos. Este camino es un ethos humanista, solidario, de apoyo, de cuidado que se difunde de una persona a otra para formar redes de individuos con similares creencias, principios y valores con un horizonte comunitario. Otro camino sucede a un individuo o a un colectivo, que es aquel que luego de un proceso de desensibilización, se pierde la compasión, la empatía, la solidaridad y prevalece el egoísmo, la individualidad. Este proceso lleva hacia la alienación, la deshumanización. Estas narrativas no permiten que se conformen redes basadas en la emotividad sino en la razón instrumental.

En el capítulo 1 describo el enfoque epistemológico y metodológico de la tesis que es hermenéutico-fenomenológico para abordar la complejidad social en forma cualitativa por medio de la etnografía, para comprender los significados. Realizo una reflexión sobre la objetividad del investigador y las dificultades para llegar a conclusiones certeras y de cómo se realiza la interpretación. Relato las técnicas utilizadas.

En el capítulo 2 trato sobre las variables que modulan la dinámica de los trabajadores de la salud del Hospital General San Francisco y su relación con la pandemia de covid-19. Describo el contexto general de la pandemia, el impacto de esta en el personal de salud a la luz de los marcos analíticos teóricos sobre las redes sociales personales. Analizo el impacto económico de la pandemia, el funcionamiento del sistema de salud, el perfil de morbilidad y mortalidad de la pandemia de covid-19, el contexto laboral del personal de salud y el mundo simbólico de las personas que trabajan en los hospitales. A continuación, detallo como afectó la pandemia al personal de salud en diferentes esferas como la psicológica, la incertidumbre, las respuestas colectivas para la contención de la crisis, los cambios institucionales que el personal tuvo que adaptarse, las carencias del sistema de salud, el confinamiento, la carga laboral excesiva. Describo como las redes de apoyo pueden generar resiliencia individual y colectiva.

Luego de esto es categorizo los marcos analíticos de redes sociales para la comprensión coherente, pertinente y consistente de la realidad social. Estos marcos conceptuales son modelos necesarios para la interpretación de los datos recabados en este trabajo. Se propone una sistematización en tres grupos: modelos teóricos basados en la racionalidad instrumental para la configuración de las redes sociales personales, otros modelos que explican la dinámica de las redes sociales por la subjetividad, el sistema de creencias y los lazos afectivos. Un tercer modelo teórico es el sistémico que permite integrar los dos anteriores y nos da elementos de análisis de las redes sociales como un sistema con todas sus características y funcionalidad.

En el capítulo 3 realizo un análisis teórico en un nivel más general, comienzo la categoría de sociabilidad para comprender como se puede pasar del individuo a la construcción de un “nosotros”. Luego describo un concepto mucho más amplio que es la convivialidad que tiene que ver con los ensamblajes socio-técnicos incluso con relaciones materiales. A la luz de estas categorías relato otro enfoque macro de análisis de redes sociales.

En el capítulo 4 describo el contexto y el lugar de estudio que es el Hospital General San Francisco (HGSF) que es un hospital que atiende pacientes con patología de mediana complejidad. Se seleccionó esta institución porque el investigador trabaja en dicho hospital y tuvo acceso a los diferentes servicios porque cumplió varios roles, tanto administrativos como operativos. En este capítulo contextualizo como es el funcionamiento y la reglamentación que rige en el hospital. Describo el contexto urbano de la localización, la historia del hospital, la tipología de los profesionales de la salud, como se realiza la comunicación y las relaciones sociales en el hospital.

En el capítulo 5 describo la dinámica de las redes sociales personales en el HGSF, describo una tipología de los tipos de nexos interpersonales según varios criterios como son la intensidad de los lazos, la subjetividad, la cotidianidad compartida, la jerarquía, los saberes, actitudes y prácticas del personal. Propongo una sistematización en dos lógicas del personal, la una es la ética del cuidado y la otra es la racionalidad instrumental.

En el capítulo 6 describo la reconfiguración de las redes sociales personales por la crisis de la pandemia de covid-19. Relato desde los cambios organizacionales, la dinámica del tejido social, como se afectó la comunicación la gestión de la información, como las experiencias modularon la subjetividad del personal de salud, los dilemas éticos presentados, como se enfrentó la muerte, los procesos de sensibilización y desensibilización del personal de salud,

la fragmentación o consolidación de las redes personales, como se moduló la jerarquía y el ejercicio del poder.

Capítulo 1. Epistemología y metodología

En este capítulo se aborda porqué se seleccionó la metodología y las técnicas utilizadas, luego se detalla la aplicación de estas en el campo, se realiza un proceso reflexivo del proceso de recolección, análisis y hermenéutica. Luego analizo la metodología utilizada como aportó en la evaluación de los datos obtenidos para tratar de lograr tener una interpretación desde diferentes perspectivas. La aproximación al objeto de estudio es con una metodología cualitativa, no tiene un enfoque hipotético-deductivo, no busca la generalización a la población general. Se busca construir un sentido y más no un abordaje al naturalismo científico. La metodología es hermenéutico-fenomenológica para superar lo cuantificable y abordar la complejidad de la realidad social para comprender los significados del fenómeno. En el presente trabajo el enfoque no es analítico-empírico, ni tampoco teoría-crítica.

La aproximación al objeto de estudio y a la subjetividad requiere que se suspenda el juicio, es decir, la “epojé”, pero esto es muy difícil siempre y más aún cuando el investigador está dentro del campo de estudio y parte de la red social que se analiza (Fuster 2019). Doris Fuster cita a Villanueva con respecto a esto, “la epojé hace referencia a la eliminación de todo lo que nos limita percibir las cosas, ya que la actitud natural por su naturaleza objetiva nos lo impide. Practicar epojé, se refiere, abstenerse o prescindir” (Fuster 2019, 204), lo cual es complejo ya que los modelos mentales o los paradigmas que se disponen dificultan la observación y la interpretación de los datos. La interpretación del relato de los actores sociales para poder comprenderlos permite comprender los significados que tiene un individuo o un grupo. Estas narrativas son solo eso, es decir son relatos, no son la realidad social, por lo tanto, la Hermenéutica es el abordaje escogido para entender la subjetividad por medio del lenguaje y las representaciones mentales, es decir se busca establecer la relación entre los textos y sus posibles significados. En este proceso se produce un ciclo que es el “círculo hermenéutico [...] el cual describe el movimiento entre la forma de ser el intérprete y el ser que es revelado por el texto” (Fuster 2019). Para evitar la proyección del ser del investigador en lo observado, se realizó un proceso de reflexión sobre lo ya concluido para encontrar nuevas relaciones, nuevas variables.

Los sistemas sociales complejos como son los de salud, cuando son impactado por una crisis como por la pandemia covi-19, abre varias incógnitas de cómo se reconfiguran las redes sociales personales, cómo se enfrenta la crisis. La pregunta de investigación y los objetivos del estudio son los siguientes.

1.1. Pregunta de investigación

¿Como se conforman, se reconfiguran y se transforman en sus dinámicas y funcionalidades distintos tipos de redes personales de los trabajadores de la salud de un hospital público estatal ante la crisis multidimensional de la pandemia covid 19?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Determinar la dinámica de las redes de trabajadores de salud en el Hospital General San Francisco (IESS) y su respuesta ante el evento disruptivo de crisis provocado por la pandemia de covid-19.

1.1.2. Objetivos específicos

1. Identificar la configuración y el funcionamiento de las redes de trabajadores de salud del Hospital General San Francisco (HGSEF), desde las trayectorias de involucramiento de sus diversos miembros hasta el apoyo mutuo y cuidado colectivo de dichas redes en la pandemia de covid-19.
2. Describir el efecto de la pandemia de covid-19 en los saberes, representaciones, actitudes, prácticas y discursos de los miembros de las redes de trabajadores de la salud del HGSEF.
3. Analizar la reconfiguración de las dinámicas de relacionamiento y la fuerza de las relaciones entre los integrantes de las redes sociales en la crisis multidimensional de la crisis del covid-19.

1.3. Metodología

En este trabajo se realizó etnografía por medio de varias técnicas como: observación simple, observación participante, entrevistas, grupos focales. Se escogen estas diferentes técnicas para varios momentos, la observación está encaminada a estudiar la dinámica de las redes de sociabilidad independientemente del evento del covid-19. Las entrevistas individuales y grupos focales tienen como objetivo el recabar información sobre la respuesta individual y colectiva ante la pandemia. La triangulación metodológica se la realiza entre las entrevistas individuales y los grupos focales. El problema se lo delimitó en base a una observación que intenta ser crítica y autorreflexiva sobre lo observado para demarcar la perspectiva de estudio del sistema de relaciones del HGSEF. Se analizó el proceso de la conformación de las de redes

de sociabilidad. Se buscó determinar los procesos de sociabilidad, las variables interactuantes que modula la funcionalidad de las redes personales, la dinámica que se genera en el relacionamiento entre los actores sociales dentro de la perspectiva socio-cultural, ético-político.

El proceso etnográfico surge de la observación simple y observación participante previo y durante el trabajo de investigación. Se busco interpretar la realidad social de las redes de confianza del personal de salud y el impacto del evento disruptivo de la pandemia de covid 19. Para lograr esto, el proceso de observación discurrió desde el inicio de esta crisis, es decir antes del trabajo de campo propiamente dicho. Esta observación simple y participante permitió encontrar variables y categorías de una forma inductiva para luego con estas poder observar las redes sociales personales y durante esta fase se encontraron otras categorías en forma deductiva que posibilitó la construcción de categorías como un modelo de explicación del objeto de estudio.

Se usa frecuentemente tipologías en Ciencias Sociales, pero la construcción de estas presenta varios problemas debido a que todo modelo teórico es una reducción de la complejidad del mundo social y por lo tanto solo representa una parte de la realidad compleja. Lozares (1990) da la siguiente definición sobre el tema y afirma lo siguiente. “La elaboración de los objetos sociológicos bajo la morfología del tipo nos permite no sólo una mayor elaboración y precisión conceptual, sino también una mejor comprensión, aprehensión e identidad del hecho social” (Lozares 1990, 142). La demarcación de objetos, el establecimiento de los límites con fines clasificatorios o taxonómicos es una tarea compleja, porque las demarcaciones conceptuales siempre son borrosas, existe superposición entre las categorías. Luego se requiere validación de estas, por el mismo autor y la propuesta de clasificación tiene que ser aceptada para ser validada por otros autores. En el presente trabajo no se pretende enunciar un concepto de tal magnitud, sino solo un bosquejo de posibles categorías que podrían ser útiles en el futuro.

Sánchez (2005) refiere algunos procedimientos para construir tipos ideales. Estos son: la abstracción simple, la revisión histórica, la lógica dialéctica y la tendencia social. La primera se logra mediante la observación y se delimita un sector de la realidad. La segunda forma se logra al revisar los casos empíricos con perspectiva histórica. La tercera se lo realiza con un razonamiento dialéctico. La cuarta forma es realizar una proyección hacia el futuro a partir de una tendencia (Sánchez 2005). Cada metodología tiene un denominador común que es el análisis, la hermenéutica de variables, la construcción de indicadores. Estos últimos tienen la

asignación de valores típicos y se debe evaluar la relación lógica entre estos y la realidad social estudiada. Esto se puede lograr por la contraposición de ideas opuestas, es decir de un proceso de argumentación y contraargumentación para lograr un momento de síntesis mediante la utilización de la lógica proposicional.

Las redes de confianza y de sociabilidad de los trabajadores del Hospital General San Francisco se configuran dentro de una institución jerarquizada que genera relacionamientos formales e informales. Las redes de apoyo informales con todos sus matices de solidaridad y conflicto necesariamente tienen que haber sido influenciadas por el evento disruptivo de la pandemia de covid-19. Los hospitales funcionan por un esquema de gobernabilidad basados en la coerción donde todos los procesos de atención están estandarizados. En periodos de crisis en los cuales el sistema sanitario colapsó por la alta demanda de atención de pacientes críticos se conformaron espacios nuevos de interacción, que conviene investigarlos, analizar las nuevas dinámicas y las consecuencias de estos cambios.

Al inicio de la observación se pensó que cada grupo profesional debía ser investigado por separado, es decir: el personal auxiliar de Enfermería, el personal de Enfermería, personal paramédico y médico. Dentro de cada grupo se diferencian varios estratos, pero a pesar de esta diversidad, luego de la observación se estableció unos “tipos ideales”, que son un constructo teórico que agrupa dos subjetividades principales. Luego se procedió con la realización de entrevistas a personas de cada grupo hasta llegar a la saturación. Estos datos recolectados dieron la pauta para investigar otros aspectos del objeto de la investigación y de la problemática. Esta información se recabó por medio de la realización de grupos focales al personal paramédico y médico. De esta forma se pudo contrastar los datos recolectados con la observación con los de las entrevistas grupales.

Se asume que el personal de salud está sensibilizado ante el dolor de las personas que sufren por un problema de salud, es decir, no solamente se preocupa por lo biológico, sino también por lo psicológico y social. A partir de este presupuesto se puede suponer que esta sensibilización y la subjetividad que deriva facilita la formación de nexos de unión y la configuración de redes sociales personales y que este hecho ayudaría a enfrentar la crisis del covid-19. Se romantiza el proceso de atención a las personas que tienen una necesidad de atención, aludiendo a la vocación del equipo de salud que atiende. Cabe preguntarse si esto es realmente así, surge una duda razonable por lo que la suposición que propongo es que el personal de salud más bien se ha desensibilizado, ha perdido la empatía, tiene un proceso de distrés moral y un agotamiento en la capacidad de dar cuidado y brindar un trato digno a las

personas que sufren por una enfermedad. El distrés o estrés moral se trata de cuando un profesional está expuesto a conflictos éticos en forma regular, es decir, en las decisiones que debe tomar a diario en su trabajo existe contraposición de principios y valores. El personal de salud está expuesto a dilemas o poliemas éticos. Además, el distrés moral se presenta cuando el profesional conoce el camino correcto a seguir, pero no puede hacerlo por alguna razón. Si una persona en forma repetida es expuesta a esto llega la compasión a extinguirse y ya no siente empatía, ni tiene sincronía con la emotividad de la persona. Foster (2009) lo ha llamado trauma secundario que se refiere a la situación en que el personal de salud se compromete con las historias de dolor de los pacientes. Esto genera una fatiga en la compasión, el personal no se compromete afectivamente y se deshumaniza (Foster 2009). Enmarcado el contexto en lo anterior se supone que en una crisis como la del covid-19 se pueden presentar dos respuestas colectivas, la una de unión, consolidación de las redes personales o también fragmentación.

El investigador es parte del sitio de investigación, por lo que el proceso investigativo fue participativo, tomando como sujeto social a las y los trabajadores de salud del Hospital General San Francisco. El sujeto social estudiado y el que investiga comparten varias de las significaciones instituidas. Debido a esto la externalización del sujeto investigador fue difícil, ya que el tomar distancia del campo a observar y mantener la objetividad es difícil.

El tejido social hospitalario tiene diferentes tipos de actores sociales con diferentes áreas de experticia y competencias. Además, cada grupo de sujetos trabajadores y trabajadoras de la salud tienen mundos simbólicos diferentes. Estos grupos son: el personal auxiliar de enfermería, personal de enfermería, personal de tecnología médica, personal médico. Este último grupo tiene a su vez varias categorías según el nivel de preparación y también con funciones asignadas diferentes. Estos niveles son: residencia asistencial (personal que no pertenecen a un grupo docente de formación de especialidad), residencia de postgrado (personal que está en un programa de formación universitario de postgrado), personal médico tratante (quienes toman las decisiones diagnósticas y de tratamiento). El abordaje inicial fue el estudiar cada grupo en forma separada. Pero luego del trabajo inicial de campo se encontró similitudes y analogías entre algunos grupos, lo que permitió construir una tipología.

1.3.1. Observación simple y observación participante

La metodología inicial utilizada fueron la observación simple y la observación participante. Se tuvo acceso a los diferentes departamentos y servicios porque además del rol administrativo, el investigador cumplió con labores operativas en la que el relacionamiento

era necesario con las áreas de hospitalización de las especialidades de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología, Obstetricia, Emergencia, Cuidados Intensivos, Centro Obstétrico y Quirófano.

La observación formal se realizó desde enero del año 2021 hasta diciembre del 2022, pero la observación simple y participante en realidad comenzó en enero del 2020 hasta diciembre de 2022. La observación se realizó con una guía construida con las variables a identificar en la recolección de datos, pero en la marcha de este proceso, se encontraron nuevos elementos, nuevos parámetros a estudiarse. Con estos elementos se construyó nuevas guías de observación participante.

Las observaciones realizadas se efectuaron durante largo tiempo, ya que el investigador trabaja allí desde la fundación del hospital. Los espacios observados fueron accedidos con facilidad por varias razones, porque en el trabajo diario se tenía acceso a todos los departamentos y servicios de la institución. Además, se pudo acceder a espacios de resolución de conflictos y de construcción de consensos por que el autor de este trabajo era parte de la unidad de gestión de la calidad y del Comité de Ética Asistencial. Dado que el investigador pertenece a la red de relaciones generadas en el hospital las técnicas iniciales fueron la observación simple y la observación participante. Producto de este proceso se construyó el objeto de estudio, se lo delimitó como: las redes de sociabilidad informal. La perspectiva de análisis es transdisciplinaria, desde diferentes perspectivas teóricas como son: redes sociales, dinámica en el espacio intersubjetivo, la semiosis, etc.

1.3.2. Entrevistas

Con los datos recabados y la información construida de la observación se decide realizar entrevistas formales, grabadas enfocadas a recabar información sobre la dinámica de las redes de sociabilidad y confianza antes y durante la pandemia de covid-19. Se realizaron 34 entrevistas y 4 grupos focales. Las entrevistas se efectuaron de la siguiente manera: el personal de enfermería 14, personal auxiliar 5, paramédicos 2, médicos residentes 9, médicos tratantes 4. Los grupos focales fueron uno de auxiliares de enfermería, uno de personal de enfermería y 2 de personal médico.

Los métodos etnográficos escogidos para comprender la realidad social del hospital se enfocaron en el estudio del mundo simbólico, los valores, la subjetividad especialmente para entender las significaciones de la red social del hospital. Se trató de comprender el relato fundacional de la subjetividad del personal trabajador de la salud. Las entrevistas siguieron

una guía semiestructurada con las variables planteadas, luego del trabajo inicial de campo decidí realizar entrevistas a profundidad, lo que era más adecuado, porque el investigador y el personal entrevistado son trabajadores de la salud, que tienen diferentes estratos diferenciados, con relaciones asimétricas, por lo tanto, las entrevistas no se realizaron entre pares en su mayor parte.

1.4. Grupos focales

Luego de esta fase se realizó entrevistas grupales en las que las preguntas se encaminaron hacia los objetivos de la investigación y también según los datos encontrados en las entrevistas individuales. Con los datos obtenidos en las entrevistas individuales se encontró que el personal de salud inicialmente categorizado según su profesión u oficio podía reagruparse en dos tipologías. La una es el personal que brinda cuidado directo a las y los pacientes. Y el otro grupo se trata de personal médico que tiene un rol decisor en la atención clínica. Por este motivo se realizó dos grupos focales por cada categoría. El personal de cuidado directo en su quehacer cotidiano tiene un rol subalterno y tiene un sistema de creencias similar, análogo. Este grupo ejecuta acciones y procedimientos según la norma administrativa y según sus competencias que están dirigidas a realizar actividades asistenciales para los pacientes según las indicaciones médicas. Este grupo está conformado por personal de enfermería y auxiliares, personal paramédico, personal de residencia médica. Este último grupo según el nivel de formación empieza a tomar decisiones, pero por su dinámica diaria se asemejan más al personal de enfermería. Estas similitudes son debidas a que comparten el trabajo diario en forma más estrecha en el cuidado de las personas enfermas porque realizan turnos rotativos en horarios rotativos en el día y en la noche. Por otro lado, la categoría de personal decisor está conformado por personal médico tratante es decir con especialidad formal que tienen rol de decisores y que no brindan un cuidado directo. El personal de medicina con funciones de decisores, por lo que se los llama “tratantes”, ocupan un lugar jerárquico superior tanto en la reglamentación como en la dinámica de relacionamiento no formal. Especialmente el personal tratante que no realiza turnos de trabajo por la noche desempeña un rol de liderazgo. Esta circunstancia hace que este grupo de personas tengan otro horizonte de significación con respecto a su quehacer.

1.5. Método de selección de las personas a ser entrevistadas

Los criterios de selección fueron: según las tipologías encontradas, es decir o si su quehacer era encaminado a cuidado directo o si eran decisores. Dentro de los primeros se seleccionó

personas de diferente profesión como son: personal de enfermería, auxiliar, personal médico residente y también personal paramédico. En el grupo de atención y cuidado directo se seleccionó personal operativo y también personal líder o con una posición de jefatura. En el grupo de personal decisor, se procedió de igual manera. El personal que fue requerido para la realización de las entrevistas fue muy colaborador, no se tuvo negativas para realizar esto. Se seleccionó a las personas que estuvieron en mayor contacto con pacientes con covid-19, y que estuvieron en primera línea de atención. Además, se entrevistó a varias personas integrantes de la misma red personal. Se realizó la transcripción de las entrevistas y luego se categorizó las respuestas según las variables iniciales, pero también se construyeron nuevas. Estas categorías estuvieron alineadas a los objetivos de la investigación. La información construida se analizó con los diferentes paradigmas y modelos teóricos descritos.

Capítulo 2. La pandemia y el personal trabajador de la salud

En el presente capítulo se describe el contexto general de la crisis ocasionada por la pandemia de covid-19. Se analiza el impacto económico de ese evento de salud pública global, se refiere como el sistema de salud del Ecuador enfrentó esta contingencia y como esta determinó el perfil de salud ecuatoriano. Se menciona además como se desarrolló el trabajo en el hospital, los retos que tuvieron que enfrentar los profesionales de la salud, como funcionó la organización, la normatividad institucional y como se dirigió la gobernabilidad y las condiciones de atención de los pacientes con covid-19. También describo la estructura jerárquica del hospital, el ejercicio del poder.

Luego describo el impacto de la pandemia en las trabajadoras y los trabajadores de la salud, es decir la respuesta ante la crisis y como se pudo superarla, como se afrontó los cambios institucionales realizados durante la pandemia. Se narra la gama de respuestas, que van desde el individualismo a la solidaridad y una lógica comunitaria. Se describe la respuesta de las redes ante este evento y la construcción de resiliencia.

A continuación, reviso los marcos analíticos que permiten entender el objeto de estudio, estos modelos de entendimiento pueden agruparse en tres categorías, modelos basados en la racionalidad instrumental, en un cálculo de las ganancias y pérdidas; modelos de redes sociales basados en la afectividad y los mundos simbólicos análogos, con una identidad y subjetividad similar y finalmente un modelo sistémico.

2.1. Contexto general de la pandemia

La pandemia de covid-19 fue un evento disruptivo global con gran impacto por ser una enfermedad nueva y desconocida en la población a la cual se le atribuyó el incremento de la mortalidad con respecto a los datos epidemiológicos previos. No se dispuso la confirmación laboratorial por diferentes razones, por la falta de disponibilidad métodos de diagnóstico a nivel mundial y además las pruebas de laboratorio cuando estuvieron disponibles no tenían un poder estadístico de certeza alto para la detección de casos. Al comparar la mortalidad entre el año 2017 y 2020 se calculó que desde el inicio de la pandemia hasta el 20 de julio del año 2020, hubo un exceso de mortalidad de alrededor de 25000 muertes en exceso (Prado y Fernández 2020). A nivel mundial se observaron dos patrones de mortalidad entre países ricos y países pobres. La severidad de la pandemia calculada por el exceso de mortalidad en un inicio se observó una mortalidad, o un índice de severidad de la pandemia (relación entre la mortalidad previa a la pandemia y comparación con la mortalidad en la misma). Los países de altos ingresos y los países con ingresos medios altos tuvieron mayor mortalidad y un peor índice de severidad comparado con los países de ingreso medio bajo y bajo (Shellekens y Sourrouille 2020). Esto se explica por una diferente estructura demográfica de los países pobres, que tienen una composición poblacional con mayor número de personas jóvenes. El estudio del Shellekens y Sourrouille (2020) concluye que al parecer la población más joven fue un elemento protector porque la población más joven era menos vulnerable.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), dio la primera alerta de la pandemia el 31 de diciembre de 2019. El 22 de enero emitió el comunicado del agente causal de una neumonía viral por coronavirus. Se promulgó la emergencia de salud global. La OMS publicó el 4 de febrero de 2020 el plan de respuesta y preparación estratégica. Este plan tuvo varios elementos como: coordinación, planificación, soporte operacional-logística e investigación. Se creó el fondo de solidaridad por la Fundación de las Naciones Unidas y la Fundación de Filantropía Suiza. Se logro reunir 1520 millones de dólares, de los cuales se utilizaron 1267,8 millones de dólares (WHO 2021). Según la OECD (2022) que realizó una evaluación de la respuesta a la pandemia concluye que la preparación fue insuficiente especialmente relacionado al financiamiento. La OECD recomendó realizar inversiones en la capacidad de anticipación de riesgos, lograr gobernabilidad para lograr un manejo efectivo de la pandemia, se debía tener consejería científica para tomar decisiones con evidencia durante la crisis. (OECD 2002). En Ecuador tampoco se estuvo preparado para una crisis de este tipo ni con la

evidencia científica ni tampoco con un sistema de financiamiento y un marco de gobernabilidad para poder manejar esta crisis en forma coordinada y eficiente.

La pandemia de covid 19 a mayo del 2022 provocó una mortalidad a nivel mundial de 6,29 millones de personas según lo informa Shang (2022). Pero estos registros de muertes reportadas por covid-19 son inadecuados por que los criterios diagnósticos cambiaron mucho durante la pandemia y no hubo disponibilidad de test de laboratorio tanto en número, así como la calidad de los mismos no estuvo estandarizada. Por este motivo se mide la mortalidad en exceso comparado con la época prepandemia como indicador indirecto de mortalidad por covid-19. Shang realiza un metaanálisis en el que calcula el exceso de mortalidad global fue de 104,84 muertes por 100000. El exceso de mortalidad fue más alto en Sudamérica, Norteamérica, Europa, en los países subdesarrollados, en los países de ingresos medios (Shang 2022).

El impacto económico de los Estados afectó a los sistemas de salud que no pudieron enfrentar la emergencia porque el presupuesto no estaba acorde a la demanda de atenciones y además porque la planta física instalada de los servicios de salud no disponía de suficientes camas de hospitalización, de emergencia, ni de terapia intensiva. La mortalidad total por covid-19 está sub registrada a pesar de la implementación de modelos matemáticos para calcular el exceso de esta. Este escenario caótico fue donde las redes personales se desarrollaron. El personal sanitario enfrentó esta crisis en forma individual y colectiva.

2.1.1. Economía en la pandemia covid-19

El impacto económico de la pandemia ha sido de gran magnitud pues el costo aproximado de las estrategias implementadas para la mitigación de la crisis por la pandemia fue de un 3,5% del PIB al mes en el Ecuador según Velasco y Hurtado (2020). Esto afectó a las trabajadoras y los trabajadores de la salud directamente no solo por la afectación en la economía familiar sino también porque en los centros de atención ambulatoria y en los hospitales se enfrentaron a una situación de desastre hospitalario, debido a que se incrementaron las atenciones con el mismo número de personal y con la misma cantidad de recursos (Velasco y Hurtado 2020).

Este ingreso disminuido al presupuesto estatal más el aumento de los costos de los servicios de salud afectó no solo al sistema de salud, sino a los trabajadores de salud. Así como a las familias que tuvieron menos accesibilidad económica para recibir atención y prestaciones de salud. En el año 2020 con fecha de corte de 15 de octubre Velasco y Hurtado (2020) mencionan que la pobreza en Pichincha medida por el ingreso fue de 13 %, la pobreza

extrema 4%. La pobreza medida por necesidades básicas insatisfechas fue de 9%. Estos datos por provincia son por ejemplo Los Ríos tiene una pobreza por necesidades básicas insatisfechas de 49%, Esmeraldas llega al 54 %. El presupuesto estatal asignado a salud a nivel de todo el país durante el año 2020 fue progresivamente disminuyendo. Al inicio del año fue de 3%, en agosto bajo a 2,87, es decir el porcentaje de disminución fue de 7 %. El presupuesto para los diferentes sectores disminuyó en forma similar con un rango que va desde una disminución de hasta del 36 % en turismo y menos de 1 % de disminución para defensa nacional. Para el sector público se disminuyó en un 12 %. El sector administrativo disminuyó en un 14 %. Pero se observaron incrementos en el sector agropecuario en un 7 %, en el sector productivo exportador se incrementó en un 16 %. El presupuesto del sector social (educación y salud) se disminuyó en 12 % (Velasco y Hurtado 2020) con la consecuente afectación de los servicios.

Luego del confinamiento general, debido al progresivo descenso en la frecuencia de presentación de casos nuevos, el país retomó su actividad económica progresivamente. A pesar de existir nuevas olas como la cepa ómicron, las actividades comerciales, financieras, de producción se han mantenido activas. Correa y García (2021) realizaron una evaluación con fecha de corte de noviembre de 2021, según el Banco Central del Ecuador hubo una disminución en la producción de varios productos como cultivos de café y cacao, así como del petróleo y electricidad, pero en otros sectores como el de la construcción y los servicios financieros hubo un incremento (Correa y García 2021). La balanza comercial petrolera tuvo un saldo favorable, pero la balanza comercial no petrolera tuvo déficit. El mercado laboral de trabajo también mejoró en el tercer trimestre del año 2021. En el año 2020 se tuvo deflación, por una economía paralizada, pero hasta septiembre de 2021, la inflación mensual fue de 0,02% y la anual fue de 1,07% (Correa y García 2021).

Los datos expuestos denotan una reactivación pequeña en el año 2021, pero el Ecuador persiste en una situación de crisis y desequilibrio. Se busca la reactivación de la economía con estrategias para mejorar la productividad. Como señalan Correa y García, “La inestabilidad económica provocada por covid-19 implica consecuencias negativas en el campo de la salud, lo laboral, empresarial quiebra e insolvencia entre otras, situación que muestra una sociedad vulnerable” (Correa y García 2021, 88). Esto se traduce en disminución de la accesibilidad económica a los servicios de salud y un incremento en el gasto de bolsillo para obtener los servicios de salud.

2.1.2. Sistema de salud

El sistema de salud ecuatoriano desde antes de la pandemia tiene varias instituciones tanto del sector público, privado y las organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro, con varias fuentes de financiamiento con diferentes fondos como de aseguradoras públicas como son el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional. Además, se financia por la asignación del presupuesto general del Estado por fondos del Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Inclusión Económica y Social y las municipalidades (Lucio 2011). Los servicios de salud de las diferentes instituciones realizan su actividad en forma desintegrada, por lo que en el año 2009 se constituyó la Red Pública Integral de Salud para que las prestaciones de salud funcionen en forma coherente (Lucio 2011).

El Ministerio de Salud es el rector del sistema que formula las políticas, las estrategias, la normatividad que rigen en el país. El eje conductor de las políticas de salud es la Atención Primaria de Salud (APS) y en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en los cuales existe un modelo teórico bien estructurado enfocado hacia la participación comunitaria. La APS se propuso como política y estrategia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978 en la declaración de Alma Ata, para lograr un enfoque dirigido a los determinantes sociales de la salud. El MAIS tiene un modelo de participación con la creación de espacios de gestión en donde se encuentren actores sociales y los trabajadores de la salud. El sistema de salud ecuatoriano tiene varias instituciones que están bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública (MSP). Todas ellas deben seguir los lineamientos de la APS y el MAIS. El sistema de salud tiene un sector público, uno privado y el tercer sector que está conformado por las organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro. Cada uno de estos sistemas realizan actividades sanitarias en forma segmentaria a diferentes grupos poblacionales (MSP 2012).

El Ministerio de Salud atiende a las personas que no tienen acceso al sistema de seguridad social, ni tampoco pueden acceder a servicios médicos privados. El tercer sector, es decir las organizaciones sin fines de lucro que tienen una pertenencia privada, pero con una lógica pública facilita el acceso a las prestaciones de salud con un costo menor (Lucio, Villacrés y Henríquez 2011). Este sistema funciona en forma no coordinada, con superposición de funciones entre las diferentes instituciones (MSP, IESS, organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro) que dirigen sus actividades a la curación de las enfermedades catalogadas solo en la esfera biológica, dejando de lado lo psicológico y lo social. En estos tres componentes del sistema nacional de salud funcionan en forma no coordinada, a pesar de que

el Ministerio de Salud Pública es la institución rectora del sector. El resultado de esto es que las actividades de promoción, prevención y atención a la discapacidad tiene un rol no importante, porque la planificación y el presupuesto se dedica al tratamiento de la morbilidad, es decir a la curación de las enfermedades.

El subsistema de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) se financia con el aporte de los trabajadores y tiene autonomía. Es responsable de la prestación de servicios en caso de “contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte” (Registro Oficial 2010, 1). El enfoque del IESS es individual, familiar y comunitario con participación social en actividades de promoción de la salud. Para alcanzar la calidad de las prestaciones se debe realizar actividades de participación social en los diferentes sectores de la comunidad beneficiaria del IESS (Registro Oficial 2010). Existen programas verticales para la atención de pacientes con determinadas patologías, estos son los clubes de diabéticos, hipertensos, de la memoria. Estos espacios formales generados desde la institución están diseñados para la sociabilidad de los pacientes, pero no son lugares para el encuentro para que los profesionales de la salud formen redes.

El sistema de salud ecuatoriano brinda servicios por medio de varias instituciones que duplican las prestaciones de salud según sus portafolios de servicios y en otras ocasiones, no existe disponibilidad de servicios de determinadas especialidades. Esto se ha dado porque los sistemas de salud se han configurado históricamente en forma segmentada constituyendo una estructura fragmentada. Hay la coexistencia de varios subsistemas de salud que no funcionan en forma integrada (Molina 2018). Esta fragmentación del sistema de salud dificulta el proceso de referencia y contrarreferencia de los pacientes, lo que agrava el problema de la saturación de la capacidad instalada de los hospitales lo que ocasiona una baja calidad de atención de los servicios de salud y genera un reto para el personal de salud.

2.1.3. Perfil de salud en la pandemia covid-19

En este contexto se presenta la pandemia de covid-19 que afecta al sistema nacional de salud, a la población, al personal de salud que tuvo que enfrentar la pandemia en medio de la precariedad, con un presupuesto asignado que no se correspondía con las necesidades de atención a los problemas de salud de la población. La promoción, prevención y atención a la discapacidad estuvieron poco contempladas en la planificación de las instituciones de salud del país. La accesibilidad a los servicios de salud era deficitaria antes de la pandemia por ejemplo según Cañizares (2016) la accesibilidad a medicamentos en el año 2009 se diferenció

entre el sector público en el que solo un 42 % de los medicamentos esenciales estaban disponibles y en el sector privado el 71% (Cañizares, Mena y Giaffar 2016). Ricardo Cañizares cita a Ortiz-Prado que evidenció que en Ecuador la población más pobre tenía mayor gasto de bolsillo en medicamentos (Cañizares, Mena y Giaffar 2016). A pesar del modelo de atención basado en la atención integral Ricardo Cañizares concluye lo siguiente:

el sistema de salud del Ecuador no logra aún alcanzar plenamente objetivos sanitarios que impacten en la mejora de la calidad y atención de salud. No es suficiente el aumento del número de consultas médicas, estas deben reflejarse en un impacto real para la población. Por ejemplo, la mortalidad materna no desciende a niveles aceptados internacionalmente y la persistencia de brotes epidémicos y la demora en su control son indicadores de que el componente preventivo es débil (Cañizares, Mena y Giaffar 2016, 202).

El sistema y los servicios de salud no satisfacen la demanda de actividades de salud solicitadas por los pacientes. Por este motivo las personas que tienen capacidad económica pueden acceder a servicios privados. Y si no se dispone de dinero las personas no reciben la atención requerida lo que lleva a que los pacientes tengan complicaciones en sus patologías, con consecuencias adversas. No es suficiente aumentar el número de actividades o servicios, por ejemplo, el número de consultas externas, o el número de cirugías, sino tener un impacto en la población para mejorar su bienestar y estado de salud. Todo lo anterior afecta negativamente la calidad de atención o de servicio de las instituciones de salud.

La población que debe ser atendida por el sistema de salud antes de la pandemia tenía dificultades de acceso a los servicios de salud y además con un financiamiento insuficiente de las prestaciones de salud lo que condujo a que por la falta de recursos económicos no se podía comprar medicamentos e insumos lo que determinaba el curso y pronóstico de las enfermedades y los problemas de salud. La pandemia de covid-19 generó una alta demanda de servicios sanitarios en una situación previamente precaria, con falta de insumos, medicamentos, camas, los trabajadores de la salud tuvieron el reto de atender en condiciones de precariedad y al mismo tiempo tenían que enfrentar los problemas económicos y de salud en sus núcleos familiares.

La situación en julio de 2021 en cuanto a prevalencia de la enfermedad fue alta con la notificación de 191 281 182 casos confirmados en el mundo, de los cuales 4 112538 fueron defunciones (OPS 2021). Señala Santillán (2020, 1), “El primer caso reportado en Ecuador de Covid-19 fue el 29 de febrero de 2020”. En la semana 35 del 2021 se reportaron en el Ecuador 503 883 casos y muertes 32353 (Statista 2021). La mortalidad registrada en las

publicaciones estatales oficiales y las defunciones de personas de los círculos familiares y de confianza afectaron el mundo emocional de los trabajadores de la salud.

La pandemia se ha comportado como una constante de contagios, antes que solo olas es decir periodos de aumento del número de casos y períodos en los cuales la incidencia disminuye notablemente. Lo que se observa en el perfil epidemiológico de la pandemia evidencia una curva de casos de covid-19 desde el 29 de febrero de 2020 hasta el primero de abril tuvo una pendiente no pronunciada, pero a partir de esa fecha la tasa de identificación se incrementó con mayor velocidad hasta el 23 de abril que la curva tuvo un crecimiento exponencial. La curva de mortalidad también tiene un comportamiento análogo. Este hecho obligó a los sistemas y servicios de salud a responder y el equipo sanitario también se vio enfrentado al reto de tratar de atender al mayor número de personas y de la forma más eficiente posible.

Santillán y Palacios (2020) afirman que la mortalidad en exceso comparada con datos precedentes en abril del 2020 fue de aproximadamente 1000 muertes diarias en el inicio de abril del 2020 para luego a fines de abril era alrededor de 450 muertes. En mayo, bajó a 250 muertes por día. El incremento de pacientes críticos fue un reto para el personal de salud, porque la gran mayoría de los trabajadores de la salud que tuvieron que enfrentar esta situación no tenían las competencias, ni la experticia para tratar este tipo de pacientes.

Además de la falta de conocimiento y práctica en el manejo de pacientes críticos con alta probabilidad de mortalidad, hubo deficiencias en la infraestructura hospitalaria que tuvo una capacidad instalada reducida lo que ocasionó saturación del sistema de salud. Concordante con esto Sacoto (2021) afirma que en “Ecuador,..... su reducida capacidad hospitalaria, con un número de camas que se mantiene desde 1988 en alrededor de 1 cama disponible por cada 10 mil habitantes” (Sacoto 2021, 64). No fue suficiente para satisfacer la demanda incrementada de camas de hospitalización de cuidados intensivos. En la pandemia se dio privilegio a un enfoque curativo para solventar la contingencia por medio del incremento de las camas diseñadas para la atención crítica a pesar de tener un presupuesto limitado.

El financiamiento del sistema de salud se lo realiza por impuestos para la atención en el Ministerio de Salud y en el IESS es por los aportes de los trabajadores. En los dos sistemas públicos el presupuesto no garantiza el acceso gratuito a servicios de salud o medicinas. Sacoto refiere que “en el 2016, el gasto de bolsillo en salud en Ecuador representaba el 40,5 % del gasto total en salud, lo cual se encuentra muy por encima de este indicador para

América Latina (31,1%)” (Sacoto 2021, 65). Este gasto probablemente se incrementó en la pandemia debido a la alta demanda de atención en salud.

La pandemia de covid-19 ha presentado nuevos matices cada vez porque se han presentado varias cepas nuevas, en las cuales existe diferente grado de protección por las vacunas. El MSP (2022) informó que, desde el 29 de febrero de 2020 hasta el 9 de enero de 2022, los casos confirmados con la prueba RT-PCR son 567332 y los casos probables 120128. Los fallecimientos por covid confirmados son 8382 casos y los probables 1534 en el año 2021 y 2022. Pichincha tuvo el mayor número de casos confirmados que son 206286. La segunda parte del año 2022 los casos confirmados y notificados fueron disminuyendo progresivamente, pero con la aparición de la cepa Ómicron existió un repunte de presentación de enfermos en enero del 2022. Pues esta cepa es de alta contagiosidad, pero menor letalidad. A pesar de esto los hospitales tuvieron que incrementar el número de camas y tomar medidas contingentes para atender este grupo de personas. En el Hospital San Francisco se tuvo que reorganizar los espacios físicos y por el contagio de trabajadores de la salud enfermos por covid-19, se tuvo que incrementar la carga horaria en el trabajo, la suspensión de vacaciones y la contratación de nuevo personal (MSP 2022). El Comité de Operaciones de Emergencia Nacional (COE) resolvió incrementar las medidas restrictivas para evitar el contagio de la enfermedad e incrementar las alertas de seguridad. Se realizaron operativos de monitoreo y control en los mercados, ferias libres, supermercados, farmacias (Servicio Nacional de Riesgos y Emergencias 2022).

El contexto económico generado por la crisis del covid-19 determinó el funcionamiento del sistema de salud y esto repercutió en el perfil de salud. Los elementos que fueron afectados por la pandemia fueron, la accesibilidad tanto a una cama hospitalaria como a medicamentos e insumos que el Estado no pudo ofertar. La población se vio obligada a realizar gasto de bolsillo y aun así no tenía acceso a las actividades necesarias de atención en salud porque globalmente hubo escasez de camas hospitalarias, insumos y medicación.

2.1.4. Las trabajadoras y los trabajadores de salud y su contexto laboral

El personal de salud tuvo que adaptarse a esta circunstancia con inventiva se diseñaron varios dispositivos para solventar la necesidad de ventiladores mecánicos por ejemplo se fabricó artesanalmente dispositivos para administración de oxígeno. El personal de salud tuvo que trabajar en esta situación caótica en la cual no se disponía de trajes de bioseguridad, medicamentos, insumos por lo cual las trabajadoras y los trabajadores de salud enfrentaron

esta problemática además sin tener la preparación adecuada para tratar este tipo de pacientes. El personal con las competencias necesarias para atender a los pacientes críticos era muy escaso. Todo este escenario está enmarcado en una estructura institucional jerárquica en el cual el hospital tiene un nivel directivo estratégico, mandos medios, la tecnoestructura, el personal de apoyo y el núcleo operativo. Este esquema es el formulado por Mintzberg (Rivas 2002) describe esta organización por departamentos, que en la práctica funcionan en forma aislada. El núcleo operativo tiene varios estratos y en cada uno de ellos hay una identidad determinada, con un sistema de creencias que generan prácticas y relacionamientos dentro de las redes sociales (Rivas 2002). A parte de esta jerarquía formal, también existe una informal dada por la interacción cotidiana. La gobernabilidad del sistema de salud durante la pandemia se la realizó por la coerción, es decir el personal de salud estaba obligado a obedecer las disposiciones por el temor de perder su trabajo y su forma de vida. Esto se demuestra por la disposición de usar los trajes de bioseguridad por 12 horas seguidas y que no se ingiera agua para que el personal no tenga la necesidad de orinar. Se movilizó a las personas de los diferentes departamentos o servicios y se los reubicó en áreas que no conocían. El personal de enfermería y auxiliar fue movilizad para atender a pacientes covid-19 sin los recursos necesarios y sin las adecuadas medidas de bioseguridad. Para realizar la atención de pacientes covid-19 se cambiaron procesos, flujogramas de atención y transporte de pacientes. Se habilitó un área en una carpa grande que se ubicó en la entrada al parqueadero principal del hospital, aquí se realizaba el proceso de categorización de los pacientes según la gravedad, denominado triage. Esta carpa estaba destinada exclusivamente para los pacientes sintomáticos respiratorios con sospecha de tener covid-19. Otra área que estaba alejada era la asignada a los pacientes con otra sintomatología que probablemente no se trataba de pacientes con covid-19.

La carpa covid-19 no reunía las características adecuadas mínimas para atender a las personas, porque allí se percibía mucho frío, no existían las instalaciones necesarias de aspiración, de oxígeno requeridas. El oxígeno tiene un sitio central de almacenamiento y se conduce este gas por tuberías a todo el hospital, pero como la carpa asignada a pacientes covid-19, era contingente, no se disponía de estas instalaciones por lo que se proveía de oxígeno por medio de tanques, lo que ocasionó el fallecimiento de algunos pacientes, porque cuando se acababa este gas medicinal en un tanque hasta conseguir otro pasaba algún tiempo, que el paciente no podía soportar sin oxígeno y moría.

2.1.5. Mundo simbólico en los hospitales: estratificación y jerarquía

La jerarquía organizacional en el área médica tiene la siguiente estructura desde la cúspide: director médico, jefe de departamento, médico tratante, tratantes becarios, jefe de residentes, residentes seniors, residentes juniors, internos y estudiantes (Garzón 2015). Los otros estratos de personal de salud como enfermeras, auxiliares de enfermería tienen también una estructura jerárquica. Dentro de los estratos organizacionales las personas tienen roles y funciones muy delimitados con relaciones de poder dentro de un sistema jerárquico cuasi-militar en donde se presentan diferentes tipos de violencia: verbal, psicológica, simbólica. Se trata de un “sistema de dominación al que están sujetos, perciben su opresión como una realidad que forma parte del orden de las cosas, o simplemente no la perciben como opresión” (Castro y Villanueva 2018, 546). Yue-Yung et al. (2019) realizaron un estudio transversal en médicos residentes en formación quirúrgica, en la que se estudió la discriminación, el acoso físico y verbal que incluso llevó a que los residentes tengan el síndrome de burnout e incluso presenten ideación suicida. En este estudio se encontró que los residentes recibieron un trato inadecuado en diferentes áreas como la discriminación de género en un 31,9% (65% mujeres y 10 % hombres), también hubo discriminación racial, se reportó abuso emocional y verbal en 30,2 % acoso sexual en un 10,3% (Yue-Yung et al. 2019).

En la estructura burocrática de organización por departamentos y servicios de un hospital se produce un relacionamiento entre los individuos que puede representarse por la dialéctica del amo y del esclavo de Hegel, es decir hay personas que prevalecen, detentan el poder por medio de coerción-coacción y hay personas que toma un lugar subalterno. El que connota jerarquía es el señor (quién domina) quién demuestra en la experiencia y autoridad, el subalterno(dominado)es aquel que obedece. En relación con esto Kohn manifiesta lo siguiente, “cada autoconciencia trata de forzar al otro el reconocimiento de su punto de vista mientras mantiene un reconocimiento recíproco del otro. Esta lucha violenta finaliza cuando un participante escoge la sumisión y la vida sobre la muerte, por lo tanto, se establece la relación entre el amo y el esclavo” (Kohn 2005, 497). Si bien es cierto en el entramado social hospitalario no hay una situación extrema de muerte, el temor de los subalternos hace que estos obedezcan incluso pueden actuar en contra de sus principios para no tener represalias del grupo como el aislamiento. Las relaciones de poder se dan más allá de la estructura orgánica-funcional formal institucional, constituyen una estructura de poder y resistencia.

La reglamentación institucional y la normatividad social provocan en muchos casos disonancia cognitiva en la que coexisten normas incompatibles con los principios y valores

del personal de salud. Así Castro y Villanueva citan a Merton que “identificó más de 20 pares de normas contradictorias, entre ellas: los médicos deben destinar tiempo a seguir formándose, pero deben dedicar el mayor tiempo posible a sus pacientes; los médicos deben distanciarse emocionalmente de los pacientes, pero no deben ser insensibles con ellos” (Castro y Villanueva 2018, 545). Las emociones y los sentimientos del personal de salud están configurados por una red de ejercicio del poder y de la génesis de resistencias donde las jerarquías son rígidas con estratos muy delimitados, donde quienes trabajan en la salud están en medio de diferentes formas de conflicto y violencia.

Las discrepancias, los desacuerdos se dan en la interfase que existe entre los diferentes estratos sociales dentro de un colectivo. Ameen (2017) caracteriza el conflicto cuando las partes luchan por el poder y se presentan cuando hay diferencias en las ideas, los valores o los sentimientos por ejemplo existe una dinámica de lucha por el poder entre enfermeras y médicos que tienen conflictos interpersonales en el trabajo. Los puntos de tensión son relacionados al nivel de “educación, la competencia profesional, género, situación socioeconómica, malos entendimientos, mala comunicación e incompatibilidad” (Ameen 2017,1)

2.2. Impacto de la pandemia covid-19 en las trabajadoras y los trabajadores de la salud

La afectación del evento disruptivo del covid-19 se da en diferentes áreas. Una de ellas es la psicológica en las redes informales de trabajadores de la salud. Los trastornos que afectan al personal sanitario se encuentran, síndrome de estrés postraumático, depresión, uso de fármacos psicoactivos. Para este problema de salud es importante la creación de un equipo de ayuda psicológica de primeros auxilios que pueden ser de mucha ayuda en los casos del manejo agudo de los eventos traumáticos (Gold 2020). Una estrategia efectiva para mitigar los efectos psicosociales de la pandemia es tener estos espacios de intervención en crisis donde se realiza una retroalimentación de los sucesos traumáticos que se los vive en la cotidianidad.

El evento disruptivo de la pandemia covid-19 ha tenido un impacto importante por la incertidumbre de la enfermedad y la velocidad de la diseminación. En su estudio sobre el sector salud en la pandemia, Begun y Jiang encontraron que los servicios de salud son sistemas complejos adaptativos en que la estructura y cultura preexistentes facilitan o no la respuesta ante la pandemia covid-19. Una respuesta efectiva ante esta crisis es la reconfiguración del liderazgo cuando existe incertidumbre, las redes de confianza deben

buscar un nuevo sentido de la experiencia de una forma compartida. La emergencia de nuevos líderes en los sistemas sociales que tienen un evento de crisis son un mecanismo de adaptación ante escenarios complejos. Este evento ocurre en todos los niveles jerárquicos y es necesario para la contención de las emociones del grupo para poder llegar a un nuevo punto de equilibrio que es la adaptación ante el evento. El rol y la función de quienes conduzcan al grupo es mantener la calma del grupo para que tengan una respuesta proactiva y no solo reactiva para lograr a adaptación ante el nuevo escenario. Para que el grupo o la red social en desequilibrio por una crisis, pueda superarla es necesario fortalecer la interacción, los flujos de información comunicacional, la construcción de sociabilidad, la formación de lazos, el fortalecimiento de la interacción que genera en algún momento interdependencia. Se puede catalogar esto como una tensión creativa, es decir ante la crisis, el grupo se reinventa para poder sobrevivir, por medio de la creación de una nueva realidad, por medio de la construcción de nuevas herramientas psicológicas, sociales y también materiales (Begun y Jiang 2020).

Durante la pandemia covid-19 se configuraron determinadas representaciones, saberes, actitudes y prácticas de los médicos en los hospitales. Estas representaciones se reconfiguraron por la pandemia y por los retos generados por los cambios en el entorno social extra e intrahospitalario. Los saberes con respecto a las medidas de bioseguridad necesarias para evitar el contagio determinaron la asignación de espacios dentro de las instalaciones hospitalarias, se modificaron los procesos y flujogramas de funcionamiento de las diferentes áreas (Unidad de calidad HGSF 2020).

Se requirió aumentar el portafolio de servicios o el paquete de actividades sanitarias, porque se requería atender la mayor cantidad de pacientes sintomáticos respiratorios y también mayor número de pacientes en estado crítico. Las unidades de salud aumentaron las actividades de servicios de salud con el mismo número de trabajadores de la salud. Además del número de atenciones aumentó la complejidad de las patologías de los pacientes que presentaron múltiples fallos orgánicos, es decir insuficiencias en diferentes aparatos o sistemas como la falla respiratoria, shock, falla renal, etc. Fue necesario habilitar nuevos espacios para la atención con su respectivo equipamiento que no se disponía. Además de la falta de instrumental, equipos e insumos, también existió déficit en el talento humano tanto en número como personal con las competencias necesarias para atender pacientes con covid 19.

Como menciona Isaila y Hostiuc, “en una pandemia, especialmente una tan extensa como la causada por el coronarivurs-19, los sistemas de salud de todo el mundo se ven severamente

desafiados, los recursos son escasos y los médicos sufren con la sobrecarga” (Isaila y Hostiuc 2020, 427). Este escenario disruptivo se complejiza más cuando existe conflicto entre principios éticos. El personal médico tiene el deber de atender a los pacientes y por otro lado debe protegerse con medidas de bioseguridad para evitar el contagio y disminuir la probabilidad de enfermedad grave y muerte. El deber médico viene de una obligación moral intrínseca y también de una relación contractual con la institución empleadora. Pero además el personal de salud también tiene el deber de proteger a su familia. “Según la OMS, los profesionales de la salud están en primera línea frente al brote de covid 19 y, por consiguiente, están expuestos a peligros que los ponen en riesgo de infección. Los riesgos incluyen exposición a patógenos, largas horas de trabajo, angustia psicológica, fatiga, agotamiento profesional, estigma y violencia física y psicológica” (Isaila y Hostiuc 2020, 428).

Se reasignó a especialistas de otras áreas para la atención de pacientes covid-19. Esta disposición generó un problema porque estos especialistas no tenían las competencias para atender patologías infectocontagiosas (Muñoz y Cortez 2021). Muñoz y Cortez (2021) tienen una propuesta teórico conceptual de la Cultura Organizacional Epidémica de atención que tiene determinadas representaciones que modulan el devenir institucional. Se produce una reorganización de los servicios de salud ofertados y también las prácticas. Esta respuesta de esta cultura organizacional en los médicos tuvo un rango amplio y diverso de manifestaciones que fueron desde la implementación de protocolos de acción o las amenazas de posibles huelgas (Muñoz y Cortez 2021).

El impacto psicológico en el personal de atención clínica que dieron sus servicios que atendieron pacientes con covid-19 ha sido estudiado extensamente. Kisely (2020) estudió la ocurrencia de efectos psicosociales en epidemias por virus. Revisó 282 artículos completos y se eligieron 59 estudios para la síntesis cualitativa y 25 para síntesis cuantitativa (meta-análisis). Se identificaron factores de riesgo para un resultado adverso psicosocial y dentro de estos se encuentran: el contacto con los enfermos afectados, entrenamiento inadecuado, menor experiencia clínica, el tiempo de cuarentena, la doble presencia de las y los trabajadores de la salud (el personal que tiene niños en casa y no tiene quien los cuide y tienen que estar presentes en el hospital), aislamiento social, bajos ingresos, condiciones de morbilidad, historia de trastornos psicológicos. En el personal de salud se observó síndrome de burnout, síndrome de stress agudo y para afrontar esto se diseñaron estrategias como fortalecer una comunicación clara, el entrenamiento y la capacitación con respecto a las enfermedades

infecciosas, el suministro de equipo de bioseguridad, la planificación de pausas activas, la provisión de suficiente cantidad de comida, el mantenimiento de videoconferencias para mantener el contacto con los familiares, el alojamiento fuera del núcleo familiar para reducir el contagio a los familiares, una estrategia para evitar la discriminación a los trabajadores de la salud. Todas estas medidas minimizan el estrés psicológico de los trabajadores de la salud. Solo tres estudios evaluaron el mejoramiento de la resiliencia de los trabajadores de la salud (Kisely et al 2020). La resiliencia colectiva en una institución se logra apoyando al personal de salud y cuando se satisface las necesidades humanas, es decir se da un trato digno. Se requiere espacios de catarsis, retroalimentación, contención psicológica.

El impacto psicológico y social producto del confinamiento y la carga laboral en situaciones de riesgo como por la pandemia de covid-19 trastornó todas las esferas de la vida del personal de salud. Esta crisis se pudo superar por medio de las redes personales de apoyo que posibilitaron la contención emocional, o que permitieron proteger a los familiares del personal que atendió a los pacientes que estaban críticamente enfermos. Cuando existe un evento de gran impacto como la pandemia covid-19, se presentan respuestas de autogestión y resiliencia. Estas acciones se autoorganizan para mitigar el daño con actividades como apoyo a personas enfermas, atendiendo a la vulnerabilidad. Diferentes colectivos trataron de mejorar el acceso a medicamentos y brindar ayuda de primeros auxilios. Grupos se dedicaron a distribuir comida a la gente pobre. Existen experiencias como en la ciudad de México de formación de “redes de apoyo mutuo, sobre todo dirigidas a la creación de bancos de alimentos para las personas vulnerables (incluso se constituye) como la red de Ciudad de México Ayuda Mutua” (Gravante y Poma 2020, 214). En estas experiencias se evidencia que la acción colectiva conforma redes de apoyo para poder solventar la crisis. En estos momentos cede el individualismo y surge la solidaridad, el altruismo y de esta manera la misma subjetividad se reconfigura, pasa del individualismo, a una lógica de comunidad en la que todas y todos son afectados, por lo tanto, la opción más lógica es la cooperación por medio de la cual se forman espacios de sociabilidad.

De forma análoga a México, en otros países como España también se reconfiguraron las redes comunitarias que son “estructuras de colaboración para gestionar un bien o un problema común, en este caso, la crisis socio-sanitaria provocada por la pandemia de covid 19, en un territorio determinado” (Ministerio de Sanidad Gobierno de España 2020, 2). En la pandemia covid 19 las redes sociales comunitarias enfrentaron la crisis tanto en lo biológico como en lo psicosocial logrando el cuidado mutuo, con el apoyo comunitario, en la obtención de recursos

y en la contención psicológica. De acuerdo con el estudio del Ministerio de Sanidad de España, las redes comunitarias en la pandemia de covid 19 tuvieron su accionar en diferentes áreas como: transmisión de información, rastreo de necesidades, acompañamiento emocional, cuidado de personas vulnerables, cobertura de necesidades básicas, identificación de recursos y activos para la salud y el bienestar, prevención de la infección (Ministerio de Sanidad Gobierno de España 2020).

En América Latina las redes de apoyo se configuraron por la agencia de las mujeres que estuvieron “al frente de estos procesos colectivos articulando nuevas redes de apoyo ante la ausencia de los Estados” (Vega, Martínez y Paredes 2018, 25). Los diferentes tipos de Estado han cumplido diferentes roles en cuanto a la provisión de servicios de salud y de bienestar social. En los años 80 se tuvo un enfoque asistencialista que limitó la capacidad de organización comunitaria. Lo comunitario se ha considerado como un espacio común transformador, pero también se lo ha utilizado por el Estado como un método de “opresión que reforzaba la posición subalterna de las mujeres” (Vega, Martínez y Paredes 2018, 26). El Estado por medio de las políticas de salud enmarcadas en la Atención Primaria de Salud trató de incorporar a las comunidades a los cuidados sanitarios por medio de espacios de encuentro para cristalizar actividades de Salud Pública como promoción, prevención.

La resiliencia puede ser individual y colectiva, en este último caso la resiliencia se forma por el apoyo mutuo. La pandemia de covid-19 puede ser catalogada como crisis que se “define como una situación en la cual muchos miembros de un sistema social falla en recibir las condiciones que espera de la vida y del sistema” (Quarantelli 1977, 23). Las crisis pueden tener situaciones de consenso o disenso con respecto a la interpretación de la situación en cuanto a los significados, los valores. Por otro lado, en un desastre existe un agente físico con impactos en la sociedad ocasionando una disrupción y cambio. En las crisis los sistemas sociales pueden salir adelante con los recursos disponibles, pero en los desastres la capacidad de superar el problema es escasa y los recursos insuficientes. En el sistema de salud no se tuvo todos los recursos para enfrentar la demanda de atención de los pacientes, por lo tanto, los hospitales estaban en una situación de desastre.

En situaciones de crisis y desastres se presentan grupos emergentes que están dentro de un contexto social, cultural con determinadas creencias y comportamientos (Quarantelli 1977). La pandemia de covid-19 se ha presentado en medio de la incertidumbre académica porque la medicina no ha podido explicar este fenómeno y por lo tanto tampoco tratarlo efectivamente. Como no existen explicaciones lógico-rationales esta crisis, en concordancia con lo que dice

Quarantelli (1977), los grupos sociales han configurado una serie de creencias, saberes que han generado una actitud y unas determinadas prácticas tanto en la población general como en el personal de salud.

De acuerdo con Ell (1984) en las crisis y desastres las redes sociales en las que existe un sistema de contactos y relaciones que permiten a los individuos enfrentar problemas serios. Se producen flujos de reciprocidad entre los integrantes de redes familiares, de amigos, trabajadores. Este soporte afecta positivamente el nivel de salud del grupo por medio de conducta de cuidado, autoestima y el sentimiento de control que incrementa la capacidad de manejar las crisis. Los lazos de unión que están en una relación son directamente proporcionales con la vulnerabilidad (Ell 1984).

La construcción de resiliencia es el reconocimiento de los miedos y ansiedades que son justificadas en esta crisis para ello se puede realizar un proceso de preparación y la práctica de autocompasión, de concentración atenta (mindfulness), grounding (redireccionamiento de los pensamientos estresantes y lograr objetividad), lograr un balance entre el trabajo y la casa, fortalecer la conexión social y el adoptar conductas de vida saludables. A largo plazo la meta es regresar la cotidianidad normal luego de un proceso de adaptación (Tomlin, Dalglish-Wartburton y Lamph 2022).

La crisis por la pandemia de covid-19 ocasionó un “estado de alarma y la conciencia sobre la muerte y la vulnerabilidad se agudizan entonces cuando los muertos están más cerca de los centros de poder” (Sagot 2020, 108). Los trabajadores esenciales como los trabajadores de la salud tuvieron un reconocimiento simbólico, se les denominó héroes, se les aplaudió, pero eran precarizados, con bajos salarios que no son adecuados en relación con el riesgo, sin estabilidad, sin condiciones mínimas de bioseguridad. Es decir “siguen siendo las mismas vidas despreciadas que el capitalismo siempre ha usado y descartado, solo que ahora elevadas en términos retóricos a la categoría de esenciales” (Sagot 2020, 109).

Además del impacto de la pandemia en los procesos de atención a los pacientes en un entorno de precariedad, los trabajadores de la salud han sido sometidos a violencia, tanto física como verbales productos de disputas por demandas por mala práctica. El sistema y los servicios de salud no pueden satisfacer las necesidades de atención por lo que este es un ambiente propicio para que se presenten eventos adversos dependientes de la organización institucional. Ante esta circunstancia el personal médico puede optar por practicar una medicina defensiva en que los médicos alteran su comportamiento clínico debido a las amenazas de responsabilidad por

mala práctica. Por esta razón se solicitan exámenes innecesarios como estudios de imagen (Tamayo 2005).

En la crisis se evidenció las carencias del sistema de salud que tuvieron que enfrentar los trabajadores de la salud, desde el marco legal que les ampara, el soporte escaso, la carga laboral, la limitada agencia en la toma de decisiones en lo que respecta a su trabajo, la falta de equipos de bioseguridad, el sistema jerárquico. Todos estos elementos y la crisis sanitaria dieron una ventana de oportunidad para el empoderamiento del trabajador de la salud dentro del sistema sanitario (Nanda et al. 2020). Ante este escenario de deterioro socioeconómico, Elran y Even (2020) señalan que el camino resiliente es el optimismo hacia el futuro, a pesar del stress, la ansiedad y la incertidumbre para mantener un estado mental razonablemente estable. Esta resiliencia depende de los sentimientos y conductas de las personas más vulnerables.

Gamboa et al (2021) realizan un estudio para evaluar el nivel de resiliencia del personal de salud frente a la pandemia por covid-19, observó un nivel de resiliencia alto en dos hospitales de Perú, varía entre el 95 y 98 %. Hubo diferencia entre los diferentes tipos de personal. Los de mayor resiliencia fueron el personal de laboratorio, comparado con los médicos y enfermeras que tenían un menor nivel. Al detallar las dimensiones de la resiliencia se observó que 50 % del personal tenía ecuanimidad, esperanza (Gamboa et al. 2021). Los trabajadores de la salud y las instituciones responden de diferentes maneras ante eventos disruptivos y de crisis. “El estudio de la resiliencia en el lugar de trabajo, permite comprender mejor los mecanismos por los cuales algunos empleados se recuperan de los eventos adversos, mientras que otros disminuyen su bienestar” (Gonçalves y Roser 2021, 151). De igual manera la resiliencia institucional se construye en escenarios de incertidumbre. Para mejorar el clima organizacional en tiempos de crisis se deben implementar acciones para minimizar los efectos adversos y mantener el equilibrio en las instituciones. Gonçalves y Roser (2021) realizan un estudio para explorar la resiliencia individual y organizacional en las diferentes crisis como la financiera del 2008 o en la pandemia de covid-19. Los resultados indican que la resiliencia individual es homogénea en los grupos sociodemográficos. Las variables que se relacionan con mayor resiliencia son: los trabajadores antiguos, el personal que dio asistencia directa a los pacientes, porque tuvieron la oportunidad de sensibilizarse, desarrollar empatía y compasión, lo que dio al personal de salud fuerza para enfrentar esta crisis (Gonçalves y Roser 2021).

Las redes sociales ante un evento disruptivo pueden desestructurarse o fortalecerse. Pueden resistir o alcanzar la resiliencia. Este concepto surge de la teoría de sistemas y “se define como la capacidad de un sistema de absorber shocks, es decir, se trata de la capacidad de un sistema de recuperarse de una perturbación” (Carril y Ruiz 2017, 36). Esta conceptualización de la resiliencia se ha utilizado en la ecología, en lo económico, en lo político y social. Cuando una persona o un grupo se sobrepone a un evento lesivo o cuando un colectivo tiene que enfrenar un evento disruptivo, puede tomarse caminos diversos como en el de la desestructuración, adaptación, resistencia a los efectos adversos del entorno para mantener un punto de equilibrio o lograr la recuperación. En la pandemia de covid-19 existió la imperiosa necesidad de que las instituciones y las personas que se conozcan mejor para evaluar las amenazas, las expectativas e imprevistos. Todo esto aumenta la resiliencia para enfrentar esta crisis (Carreiras et al. 2020).

2.3. Marcos analíticos para el estudio de las redes sociales

La crisis del covid-19 es un evento disruptivo que afecta a las redes de trabajadores de la salud que están inmersas en la estructura, burocrática de la organización del hospital. Estas redes se conforman por lazos de confianza, identidad y de afecto. A pesar de que se genera cohesión en las redes de trabajadores se presenta también desacuerdos y conflictos. Las redes sociales pueden estudiarse desde varias perspectivas.

Se revisan los marcos analíticos para el estudio de redes sociales, abordándolos con tres ejes temáticos: el primero agrupa teorías que describen la decisión de adscribirse a un grupo en función de la racionalidad que busca el beneficio individual como: por la teoría de la elección racional, teoría de juegos, capital social, la unión por lazos débiles. El otro eje temático agrupa teorías basadas en la esfera psicosocial para la cohesión en los colectivos y estas teorizan la subjetividad, la identidad, interaccionismo simbólico. Además de lo anterior una perspectiva teórica que puede de una mirada a la vez estructural como funcional la teoría de sistemas que nos permiten analizar todas las perspectivas e identificar los nodos de poder, los flujos de información, la forma que se toman las decisiones, la relación con el entorno. Este abordaje teórico nos permitirá construir un modelo descriptivo.

Se analiza el mundo simbólico de los trabajadores de salud, con énfasis en estudios que demuestran que esta tiene una estructura jerárquica que produce un ordenamiento en cuanto a roles y funciones que permiten el funcionamiento de la institución. Esta división por estratos tanto organizacionales como informales determinan un tipo de relacionamiento en las redes.

Estos dispositivos facilitan que se presente varios tipos de violencia, conflicto, luchas por el poder, resistencia. A pesar de esto surgen liderazgos que permiten la toma de decisiones en forma colectiva.

Finalmente, reviso estudios que exploran las maneras en que las crisis afectan a las redes sociales y determinan la forma en que se toman las decisiones conjuntas. Este proceso está determinado por la capacidad de negociación y consenso del grupo. La respuesta ante las crisis que los trabajadores de la salud dependen de las fortalezas psicológicas y de las destrezas sociales de sus miembros. Cuando un sistema social es afectado por una crisis se enfrenta a dilemas o poliemas que tienen un devenir en una multiplicidad de trayectorias de respuestas de las redes sociales.

Las redes sociales se configuran y mantienen su cohesión por el beneficio que se pueda obtener o por lazos afectivos. Una primera perspectiva se la puede categorizarla como la del homo economicus, es decir, que con los datos obtenidos de la evaluación de un contexto se realizan las elecciones racionales estableciendo la probabilidad de ganancia o beneficio. Una segunda perspectiva es el mundo simbólico, o del sistema de creencias que generan una identidad determinada en donde en el espacio intersubjetivo el relacionamiento se da en la esfera afectiva, y una tercera perspectiva es el modelo sistémico que delimita una red social y analiza la estructura de esta, a la vez que observa la dinámica funcional como un todo.

2.3.1 Racionalidad instrumental en la configuración de redes sociales

Este primer marco analítico tiene la perspectiva de la racionalidad utilitarista en la cual se busca maximizar el beneficio al pertenecer a una red social. La colaboración de los integrantes de una red social está determinada por el cálculo para maximizar la ganancia. La decisión de colaborar o no con una red social se la realiza evaluando las probabilidades de ganar o perder según los postulados de la teoría de juegos en la cual la decisión de colaborar o no se la realiza por un cálculo entre las ganancias y pérdidas en un escenario de incertidumbre en el que no se conoce como va a decidir el otro. En este caso las decisiones de un actor social se las efectúa con el cálculo racional, pero tomando en cuenta las probables decisiones de los otros. La racionalidad como la elección coherente, consistente, pertinente ante posibles cursos de acción a seguir, según el contexto y el entorno es una variable en la agencia de los individuos en las redes.

Dentro de esta perspectiva la adscripción de un individuo a una red social se produce por el potencial beneficio del tener las relaciones vinculares en una estructura social. Este

relacionamiento tiene diversa intensidad según su fuerza que puede definírsela en función del tiempo y profundidad de la relación, que puede analizársela por la frecuencia, duración del contacto y el grado de familiaridad (Mardsen y Campbell 1984). Los lazos fuertes permiten uniones más sólidas lo que permite la configuración de grupos pequeños, pero para redes de mayor tamaño lo que mantiene la cohesión son los lazos débiles. Granovetter (1973) construye un modelo teórico en el que distingue “entre vínculos que generan puentes (bridging) y los que generan vínculos internos (bonding)” (Millán 2015, 274). Los vínculos fuertes o bonding se dan entre pocos individuos dentro de pequeñas microrredes y los vínculos débiles (bridging) o puentes permite el relacionamiento con otras microrredes porque son individuos que tiene relacionamiento débil con otros grupos. Dentro de la racionalidad instrumental pueden formarse estos nexos para obtener beneficios y la fortaleza del nexo estaría dada por el posible beneficio de esa relación.

Las uniones débiles generan equilibrio del sistema porque permiten la integración entre diferentes microrredes. Esta estructura es posible por los lazos débiles que tienen los individuos. Granovetter (1973) analiza porque algunas comunidades se organizan para objetivos comunes fácilmente mientras que otras no. La respuesta propuesta es que depende de los vínculos débiles que se los considera como “indispensables para las oportunidades individuales y para su integración en las comunidades; los vínculos fuertes, que reproducen una unión local, llevan a una fragmentación total” (Granovetter 1973, 17). Estos vínculos débiles posibilitan que se distribuya el capital económico, social, simbólico, etc. de una forma determinada, por lo que esta sería la motivación para formar parte de una red.

La formación de pequeños grupos conformados con un número de 2, 4, 5 personas en las redes se relacionan con otros grupos de similar magnitud. Esta red de redes en un momento dado se cohesionan y en otros se separan dependiendo de la concordancia entre los beneficios esperados y recibidos. El conjunto de relaciones de confianza, las normas, la sociabilidad que constituyen el capital social tiene efectos en las sociedades en tanto es “un recurso para un individuo, para la comunidad, que debe condensarse en una estructura social” (Millán 2015, 268). Este conjunto de relaciones posibilita el poder trabajar por una meta conjunta, porque de esta manera se tiene acceso a beneficios.

La perspectiva de capital social se evidencia en el estudio de Méreine-Berki (2021) realizó un estudio en la comunidad de Roma. El estudio examina la relación entre el capital social, la mezcla social y la experiencia de vida de los residentes marginados. Estudió la relación entre desagregación y las diferentes formas de capital social en comunidades segregadas de Roma.

El capital relacional forma uniones basadas en la confianza, solidaridad y reciprocidad. Estas redes se soportan en las experiencias compartidas de supervivencia. Este factor es un elemento muy importante que logra la cohesión social. Estudió barrios de Roma segregados que pueden ser conceptualizados como espacios formados por múltiples actores con diferentes posiciones, intereses y actitudes. En este contexto los hallazgos de este estudio sugieren que existe una relación mutua de influencia entre la mezcla social, el capital social y la experiencia vivida de la población desagregada (Méreine-Berki. 2021). El capital social obtenido es el elemento que dinamiza la elección por medio de la racionalidad instrumental.

Lisette Aliaga (2002) sostiene que “la racionalidad instrumental es más probable en los vínculos entre desiguales, que tienen como orientación la obtención de nuevos recursos, mientras que la racionalidad expresiva se desarrolla en mayor medida entre iguales y está orientada a la conservación de recursos” (Aliaga 2002, 212). Esta racionalidad busca acumular los diferentes tipos de capital que están en juego en una red. La trayectoria de involucramiento en las redes se da por un cálculo de los beneficios que se obtendrán. Bonome (2009) presenta el paradigma de Herbert Simon en cuanto a la racionalidad instrumental afirma que “gira en torno a medios y fines, de modo que habitualmente se plantea en meros términos instrumentales [...] la toma de decisiones racional siempre requiere la comparación de medios alternativos (planteados) en términos de los fines (ends) respectivos a los que aquellos puedan conducir” (Bonome 2009, 40). Este tipo de racionalidad se opone a otras, ya que en esta la decisión de formar parte de una red se la realiza según la potencial ganancia que se tenga.

Tomo de la Economía el concepto de Homo economicus, dentro del marco de la decisión racional que plantea Maletta (2010). El individuo en este caso realiza sus acciones por motivos utilitarios según lo que desee. Si en una red social por el apoyo que se logra en la misma, se tiene acceso a diferentes tipos de capital, es pertinente analizar este comportamiento con una perspectiva económica de intercambio de diferentes bienes, o beneficios entre los integrantes de una red. En una red cada agente tiene acceso a determinados recursos en forma equitativa, puede ser una situación de equilibrio hasta que aparezca un evento contingente que inestabiliza la red hasta que se llegue a una nueva situación de equilibrio (Maletta 2010).

La teoría de juegos explica el comportamiento de los agentes en una red. En la cual las decisiones de cada actor social están dependiendo de lo que decida el otro actor social, según

un cálculo de una matriz de ganancias y pérdidas. Monsalve (2003) define de la siguiente manera la teoría de juegos.

La teoría de juegos (o teoría de las decisiones interactivas) es el estudio del comportamiento estratégico cuando dos o más individuos interactúan y cada decisión individual resulta de lo que él (o ella) espera que los otros hagan. Es decir, debemos esperar que suceda a partir de las interacciones entre individuos (Monsalve 2003, 138).

En las redes sociales personales, existe un razonamiento encaminado a obtener el máximo beneficio, la máxima ganancia, sin importar si el Otro pierde. Pero esto depende de las decisiones de los diferentes actores, en un escenario de incertidumbre. Se trata de un cálculo racional estratégico. Esta forma de agencia se presenta en muchas redes y especialmente es importante cuando se presentan eventos adversos o disruptivos como el caso de la pandemia de covid-19. Se presentan varias opciones en los juegos, pueden ser cooperativos cuando hay varios decisores y un objetivo. También los juegos pueden ser no cooperativos cuando hay varios objetivos y varios decisores (Monsalve 2003).

2.3.2. Conformación de redes sociales por lazos afectivos y mundos simbólicos

El segundo marco analítico agrupa diversos abordajes teóricos en que los individuos que conforman una red social comunitaria tienen otras razones diferentes a la racionalidad instrumental. Las motivaciones para integrar una red social pueden ser de relaciones de confianza, amor, amistad, familiaridad (Millán 2015). Todos estos elementos contribuyen a la solidaridad y a la cohesión social. Este es

el ámbito psicosocial (que) es el campo de la experiencia personal, interpersonal o inter-experiencia, donde a partir de la interacción y el intercambio de significados entre las personas, se configuran los procesos y objetos en función de los cuales construimos nuestra subjetividad, nuestra identidad, así como la realidad personal, social y cultural que hacen parte de nuestra vida cotidiana (Arango 2013, 71).

Las redes sociales se unen por el mundo simbólico, por el sistema de creencias compartidas en el imaginario colectivo, que se encuentra dentro de una estructura. La red social tiene actores formando una unidad irreductible actor-red que se expresa en la “configuración policéntrica y en un sistema de relaciones de ligas débiles, que es el resultado de una pertenencia elástica y heterogénea” (Luna 2004,67). En la teoría de actor red, el actor funciona como un mecanismo de coordinación social que da orden al sistema por medio de la comunicación (Luna 2004). El individuo siempre tiene un determinado nivel de agencia en una estructura social. La comunicación es la forma como se direccionan los flujos de información para lograr una

dinámica que permita alcanzar metas comunes y la construcción de un nosotros. En la teoría del Actor-Red (TAR) la comunicación es la forma de interacción que se la estudia por medio de la semántica para realizar la interpretación de los signos. Según como fluye este proceso se dan alianzas de actores (Luna 2004). Este proceso comunicacional esta facilitado o tiene dificultades, de esto depende la estabilidad y la permanencia de la red social. De igual manera que la teoría de Actor-Red, el modelo teórico de análisis de redes sociales (ARS) conceptualiza la red como un sistema de comunicación interpersonal con nodos individuales que tienen determinadas posiciones funcionales que se coordinan. Esto se ve especialmente en las instituciones en que el conjunto de relaciones se configura el capital social (Luna 2004). En las instituciones de provisión de servicios de salud como en los hospitales, la comunicación entre los integrantes de la red determina el funcionamiento encaminado a la razón de ser institucional que es la de dar tratamiento a la enfermedad.

La pertenencia a redes sociales determina el devenir individual y colectivo. Así Imbulana y Shunsuke (2021) analizan los siguientes factores en las redes sociales: unión comunitaria, confianza social, unión familiar y seguridad. Se encontró que un incremento de la unión familiar y la seguridad se asoció a una reducción de las muertes por covid-19. Así también un incremento de la unión comunitaria y la confianza social incrementó las muertes. El capital social es un factor para la mortalidad por covid-19 de dos maneras: la confianza social se asoció a mayor cantidad de muertes, mientras que la unión familiar y la seguridad se asoció a menor cantidad de muertes relacionadas al covid-19 (Imbulana y Shunsuke 2021). Las redes sociales de apoyo brindan acompañamiento, mantienen la estabilidad psicológica grupales, pero en el área biológica en la pandemia de covid-19 más bien son deletéreas, porque se incrementa la transmisión del virus.

Las redes sociales están basadas en el vínculo que se da en un contexto de similitud del sistema de creencias, a la cosmovisión del grupo. “Las redes, que básicamente remiten a sistemas de vínculos entre entidades sociales, parecen dar sentido a la imagen de un mundo construido por múltiples conexiones” (Luna 2004). Estas uniones se fortalecen dependiendo del hecho cultural individual o la cultura organizacional. La ideología institucional se constituye por los contactos repetitivos de los miembros de una red, en donde la comunicación es el elemento clave para su configuración. La cultura organizacional es un sistema de valores y creencias compartidas que configuran discursos. Estos se constituyen en un contexto psico-social, en el que los actores sociales interactúan en el espacio intersubjetivo de diferente forma dependiendo del tipo de personalidad.

Los individuos toman decisiones, tienen actitudes, intereses y posicionamiento dentro de las redes en el espacio psico-social que estudia las relaciones entre las personas que están en un contexto global que determinan una construcción de sentido común. El análisis de la dinámica de una comunidad permite entender la estructura subyacente que modula dichas relaciones vinculares y las redes de confianza en donde se logra el apoyo social (Arango 2003). Las redes comunitarias de apoyo social con este enfoque pueden ser evaluadas en cuanto al comportamiento en el que la comunidad afronta la solución de problemas y en la formación de los vínculos. Para comprender la dinámica de las redes sociales comunitarias se puede abordar los vínculos interpersonales y las redes de relaciones entre ellas con un modelo de “Psicología social para entender el apoyo que unas personas brindan a otras en situaciones de crisis y poder satisfacer las necesidades grupales” (Arango 2003,73). Estos vínculos se generan dentro del proceso de comunicación que genera la construcción de símbolos, relatos, que generan actitudes y una construcción de sentido.

La identidad o la forma como una persona se percibe, es decir es el relato fundacional, o las representaciones y creencias sobre sí mismo. Este self, autoconcepto de los individuos determina la relación entre los roles y funciones de una red social. Cada persona tiene un rol social internalizado que permite la formación de uniones sociales y el self de la persona. Esta interacción lleva a compromiso que es definido como “la unión social y emocional basado en el rol dentro de un grupo, o de la extensión en la cual las elaciones individuales a los otros son están circunscritos a poseer un rol particular y una identidad” (Walker y Lynn 2013, 152). La red social es una estructura en la que los individuos generan compromisos y uniones que están determinadas por la pérdida emocional si no se formaría parte de esa red y por lo tanto no podría ejecutar su rol (Walker y Lynn 2013).

El análisis de redes se centra en las relaciones y no en los individuos que forman una red de espacios de sociabilidad. Los individuos están insertos en interacciones y redes de relaciones que constituyen vínculos sociales. La dinámica de las redes sociales se enfoca en como los actores se relacionan entre sí. Las redes sociales tienen un contexto, una temporalidad y una estructura que dependen de estructuras previas sobre las cuales se asientan las dinámicas futuras (Friemel 2011).

2.3.3. Modelo sistémico de análisis de las redes sociales

El tercer marco analítico es el modelo sistémico que permiten determinar la dinámica, el funcionamiento, los flujos de información, la forma en que se toman las decisiones, los

factores para la estabilidad del sistema, el proceso de desorganización. La comunicación es el pivote alrededor del cual giran las redes sociales que son “sistemas de comunicación y la toda sociedad es un sistema mundial de comunicación” (Sasín 2019, 306). Para Luhmann en Sasín (2019), la comunicación es la única operación socialmente observable, por lo que la semántica es un recurso para la descripción de la sociedad. Lo que posibilita este proceso comunicacional son las normas estandarizadas, o los códigos semióticos de esa red (Sasín 2019). El modelo sistémico no se contrapone no los dos anteriores, más bien puede reunirlos porque en el sistema de la red social puede describirse los nodos de poder o los flujos de información, o los procesos de organización o desorganización están modulados por la razón utilitaria, por el cálculo económico, por la identidad, la subjetividad, el mundo simbólico que están como características del sistema.

Los sistemas tienen mecanismos de retroalimentación que permiten mantener la estabilidad. Las redes sociales analizadas como sistemas tienen mecanismos de relacionamiento con el exterior y de interacción entre sus elementos. “Con la observación, Luhmann designa el modo básico de relación entre los sistemas que procesa sentido. Estos sistemas existen en la medida en que se producen continuamente a sí mismos mediante sus propias operaciones”. (Luhmann 2019 por Sasín 2019, 309). Cuando una red social se enfrenta a un evento adverso como la pandemia covid-19, el sistema esta se diferencia entre él y su entorno, en este caso la frontera o límite es crucial. Esta capacidad de mantener esa diferenciación y mantener un equilibrio es que Luhmann lo define como autopoiesis tomando el término de Maturana y Varela (Sasín 2019). Se refiere a la capacidad del sistema de autorregularse, de frenar la entropía y reorganizarse para mantener su dinámica e incluso mejorar su nivel de funcionamiento.

2.4. Conclusiones

Los abordajes teóricos sobre las redes personales categorizadas en tres tipos como son: uno basado en la racionalidad instrumental o basado en lazos afectivos configurados dentro del sistema de creencias, en los intercambios representacionales de las personas, en función de la subjetividad o también con un modelo de teoría de sistemas. Cada categoría describe una faceta, o una perspectiva teórica que se la usa para entender la realidad social. Si el abordaje teórico está basado en una estructura conformada por el sistema de relaciones, roles, posiciones se puede categorizarlo como un sistema con conjunto interrelacionado de elementos que están unidos por algunos determinantes. Estos elementos guardan una dinámica de funcionalidad con ciclos de retroalimentación internos y externos, es decir, cuando el sistema de la red social se relaciona con el entorno o con otro sistema. Esta

retroalimentación modula la comunicación entre los elementos y se produce control de algunos procesos sociales. La perspectiva sistémica permite evaluar el nivel de organización o caos que se presenta en el sistema. Todo sistema social puede aumentar su desorganización o entropía y también existen mecanismo de retroalimentación y control. En esta estructura visto como sistema se puede ver los lazos de unión, la calidad de estos, el número, la intensidad de los contactos entre los actores sociales, los subgrupos de las redes que tienen mayor nivel de relacionamiento, o los conflictos. Esta visión estructuralista puede detallársela mucho tanto con metodología cuantitativa o cualitativa. La visión funcional de las redes personales analiza: la emotividad, la subjetividad, el espacio psico-social, mundo simbólico. Las categorías a estudiarse pueden ser, la forma en que se constituyen las redes, la formación de los nexos, el proceso como se toman las decisiones colectivas, o como se difunde la información, o las relaciones de poder, las alianzas, los conflictos.

Un tema central en el análisis de las redes personales es la forma en cómo se configuran los lazos de unión, como se configuran las alianzas y las decisiones colectivas. Los determinantes para que se formen los nexos o se configuren espacios de sociabilidad. Existen varios marcos teóricos análisis que pueden agruparse como las teorías que se basan en la racionalidad instrumental, en la que se toma la decisión de colaborar o no, de asociarse o no, en función de la ganancia que se obtenga y ponderando los riesgos y las posibles pérdidas. Se puede categorizar esta circunstancia con el homo economicus de la economía neoclásica. También otra perspectiva teórica es la teoría de juegos en la cual se decide la colaboración o no también con cálculo de posible beneficio en escenarios de incertidumbre. En esta red de relaciones se compite por los diferentes tipos de capital. Producto de este juego de relaciones se configuran las dinámicas de reciprocidad, la confianza mutua y la decisión de cooperar.

Otro grupo de teorías se focalizan en la formación de los lazos sociales por la afectividad que está enmarcada en la subjetividad. La razón por la cual se forman los nexos es basada en la emotividad, en la reciprocidad generada entre el acto de dar y recibir. Los nexos se gestan enmarcados en la subjetividad y en el sistema de creencias que forman nexos cuando hay analogías en este mundo simbólico y en la identidad. Los individuos que se agrupan por solidaridad, empatía tienen procesos comunicacionales y relaciones entre los actores sociales que están en una red que incluso en la teoría de Actor-Red se relaciona con lo material en ensamblajes sociotécnicos.

Las perspectivas teóricas sobre redes sociales tienen varios paradigmas aceptados que proponen modelos sobre la estructura, la funcionalidad, las dinámicas de las redes. Todo este

conocimiento trata entender y demarcar las conceptualizaciones de lo que constituye la red, como está configurada la red y los tipos de redes que existen, diferenciándolas de otros tipos de agrupaciones. Este análisis puede realizárselo en un momento determinado o a través de la evolución histórica y también en momentos contingentes, disruptivos o de crisis como es el caso de la pandemia de covid 19.

Capítulo 3. Marco teórico sobre sociabilidad, convivencia y redes sociales

En este capítulo reviso teorías a nivel macro que explican los factores, los determinantes y las variables que generan el relacionamiento interpersonal que devienen en la conformación de redes sociales. Comienzo analizando la categoría sociabilidad, luego describo la convivencia para con estos insumos, mirar un marco teórico sobre análisis de redes sociales a un nivel macro. En cuanto a la sociabilidad, esta categoría nos permite tener una perspectiva histórica que da cuenta de cómo se generan los lazos sociales que crean una identidad relacional. Esto genera una disposición para vivir en redes personales. La siguiente categoría que se revisa es la convivencia que se basa en el afecto, en la confianza mutua, en que los actores sociales están en una red de relaciones que incluso se los puede catalogar como ensamblajes que es un relacionamiento entre partes de una red con la emergencia de otras propiedades. Con las categorías de sociabilidad y convivencia se puede tener un abordaje heurístico con perspectiva histórica con un enfoque hacia la Epidemiología Crítica. Esta última disciplina no se la utilizó en este trabajo, pero si se buscó como se forman o se fragmentan los vínculos entre los individuos en el espacio intersubjetivo.

3.1. Sociabilidad

El estudio de las redes personales sociales se lo puede enfocar ya sea por la estructura o por su dinámica. Se puede también tener una perspectiva histórica o como se generaron los lazos que permitieron la configuración de la red. La sociabilidad permite la formación de nexos y la configuración de las redes. Picó (1999, 122) afirma que “la sociabilidad se manifiesta en la compasión, el respeto y apoyo al otro”. La sociabilidad, los nexos de las redes personales se basan en como los individuos se relacionan con otros. En esta relación del uno con el otro puede generarse, simpatía, empatía o compasión cuando se presenta una pérdida. En este caso la respuesta que puede suceder es el acompañamiento para tratar de disminuir el dolor. Estos espacios de contacto se dan por el surgimiento de la solidaridad. Fernando Picó afirma que “la sociabilidad se genera por la empatía con el otro, con el reconocimiento de las falencias, en las capacidades y competencias que generaron una decisión de ayudar al que lo necesite”. (Picó 1999, 125) Los individuos no están separados, Hernando Almudena afirma que existe una identidad relacional y la identidad individualizada. Almudena (2018) afirma que, “cuando la persona no controla un fenómeno, se relaciona con él siguiendo las pautas de la identidad relacional, y cuando si lo controla, la relación que establece con él se define a través de los rasgos de la individualidad” (Almudena 2018, 111). La sociabilidad se da en el terreno de la identidad relacional.

La sociabilidad tiene como pre requisito la superación de la división del yo y del otro para construir un nosotros como lo afirma Picó que se requiere un mínimo de coincidencia en el mundo simbólico y la subjetividad. Esto se logra por medio de una Ética de mínimos, que es lo que propone Adela Cortina que afirma que,

las normas que una sociedad van a regular la convivencia, tengan en cuenta los intereses de todos los afectados en pie de igualdad, y no se conforme con los pactos fácticos, que están previamente manipulados, y en lo que no gozan todos del mismo material y cultural, ni de la misma información (Cortina 1986, 139).

Además de este mínimo de coincidencia en los principios y valores se requiere la construcción de una identidad colectiva. Picó (1999) describe la sociabilidad que se presenta de forma estratificada, por lo que en cada nivel se construyen vínculos de sociabilidad diferentes, dependiendo de sus narrativas, sus códigos semióticos. En cada subgrupo de sociabilidad hay dinámicas diferentes y también en el relacionamiento con los otros estratos se producen asimetrías, juegos por el poder, situaciones de dominación, de subalternidad. Chapman (2015) considera a la sociabilidad como una categoría muy útil y que permite entender el relacionamiento entre los individuos que pueden ser categorizados como sujetos-actores sociales. La relación entre las personas en las redes genera vínculos de diferente intensidad o no suceden a pesar del contacto. En ocasiones el contacto no genera ningún vínculo y en otras sí. Para que se construyan los nexos se requiere la reciprocidad. Maus (2009) afirma que cuando se realiza el acto de dar, se plantea que la reciprocidad pueda o no pueda darse. Existe la confianza de que exista un retorno por lo que se dio, este es un momento de incertidumbre. “Este sistema de dones ha sido el mecanismo básico por el que las sociedades han accedido a la cohesión” (Maus 2009, 41).

Chapman (2015) afirma que para lograr un relacionamiento armónico en el que exista la dinámica del dar y la reciprocidad, se requiere que el ethos sea similar, es decir el sistema de creencias, actitudes y prácticas. Agulhon (1977) en Chapman (2015, 3) afirma que “la aplicación del término sociabilidad a ciertos grupos humanos relativamente definidos se remonta al siglo XVIII, en lo que respecta a los diccionarios. El uso de esta palabra antes del siglo XVIII no parece conocerse”. Pero desde Aristóteles las colectividades se conformaban para obtener beneficios comunes. Pilar Gonzales (2004) refiere lo afirmado por Delamare (1705) que usó el concepto de sociabilidad dentro del contexto del pacto social para poder satisfacer las necesidades comunitarias y obtener ganancias producto de la asociación.

Gonzales (2004) menciona que la sociabilidad estudia la dinámica de las relaciones entre los individuos, además, afirma que las redes y la sociabilidad remiten a un mismo fenómeno. La sociabilidad tiene varias significaciones, pero Agulhon (1997) en Gonzales (2004, 6) afirma que en “todo grupo humano, ya se lo defina en el espacio o en el tiempo o en la jerarquía social, posee su sociabilidad”. La sociabilidad evalúa la capacidad de los individuos de convivir y relacionarse entre los individuos. Por lo tanto, la capacidad de formar nexos y configurar redes la posibilitan.

Agulhon (1997) en Chapman (2015, 5) dice que “la sociabilidad es la aptitud especial para vivir en grupos y para consolidar los grupos mediante la constitución de asociaciones voluntarias”. Estas asociaciones voluntarias se dan por fuerzas socializadoras como el capital social como una de las formas de sociabilidad de las redes sociales. Ovares (2018) se refiere a Putnam con respecto a que,

las relaciones humanas y los vínculos entre las personas tienen un valor y son importantes para el individuo, los grupos y las comunidades, adicionalmente, pueden mejorar varios aspectos de la vida de las personas, por lo cual las relaciones y los contactos sociales pueden afectar la productividad de individuos o grupos (Putnam 1999 en Ovares 2018, 25).

La productividad y los beneficios comunes se dan por la disposición de varios recursos que la red dispone, lo que es una variable para la cooperación de los individuos. Según Simmel citado por Ovares, existe un dilema entre la solidaridad colectiva y la libertad de cada individuo, ya que para la formación y funcionamiento de los nexos cada individuo renuncia a ciertas conductas, a cambio de ser parte de una red.

Para Tönnies (1947) la comunidad en la que existe una coexistencia familiar en la que prima la razón comunitaria, en la que los nexos de unión son la amabilidad, el compañerismo generado en una historia compartida la denominó *Gemeinschaft*. Por otro lado, está la sociedad mecánica con individuos libres que interactúan por medio de la razón utilitaria en la que prima el interés individual es un sistema funcional jerárquico en la que puede ocurrir dinámicas de dominación, está la llamó *Gesellschaft* (Tönnies 1947). Las redes personales a más de la confianza mutua o reciprocidad, pueden constituirse por una motivación de beneficio individual.

Merton (2002) cita a Durkheim afirma que la sociedad se conforma por similitud en las conciencias, es decir, la subjetividad, y también en la forma en que cada individuo encaja en la sociedad según su rol y función dentro de la división del trabajo. Durkheim habla de “solidaridad mecánica” en un tipo de sociedad primitiva, en la que los individuos están

organizados según sus representaciones mentales que conforman un sistema de creencias análogas que propician un sistema represivo. Durkheim habla también de la solidaridad orgánica en la que los individuos son interdependientes por el trabajo cooperativo que es regulado por un marco jurídico (Merton 2002) La solidaridad como medio de cohesión social se conforma por el mundo simbólico o por la división del trabajo. Estas dos categorías se observan en las redes personales.

Para lograr la configuración de redes sociales se requiere algún grado de confianza social. Simmel afirma que los individuos están vinculados por fines comunes en una forma recíproca. En este sentido,

la sociedad es sólo el nombre de un entorno de individuos que están ligados entre ellos por los efectos de estas relaciones recíprocas y que por esto se definen como una unidad un sistema de masas corporales que se determinan totalmente en su comportamiento por su influencia recíproca (Simmel 2002 en Ovares 2018, 27).

Dentro de este paradigma donde “ni los individuos, ni los grupos, serán entidades últimas, cerradas, definidas de una vez y para siempre, sino plexos de relaciones entre elementos de los que se componen” (Lewkow 2020 en Simmel, 5). Bajo esta perspectiva la individualidad es una multiplicidad relacional. Varios círculos de relaciones convergen para constituir a un individuo y cada individuo es parte de diferentes círculos o redes.

Fernández (1999) refiere el trabajo de George Gurvitch en cuanto a la sociabilidad, que tiene que ver de la relación de un nosotros con los otros. Gurvitch propone la categoría masa en lo microsociológico, no en el sentido de multitud. Tiene una visión particular de la sociabilidad pues no reduce su conceptualización a polarización solidaridad-antagonismo, o a la jerarquización, ni tampoco con la evolución histórica de la sociabilidad. Tampoco considera que la sociabilidad se enmarca en la Psicología y establece la diferenciación entre sociabilidad-estructura social. La masa es un nosotros. Esta configuración de un “nosotros” tiene diferentes intensidades dependiendo de la relación del nosotros con el yo. Esta es la naturaleza de la sociabilidad (Fernández 1999).

El individuo se constituiría por la intersección de los diferentes grupos a los que tiene filiación, a las diferentes redes sociales a las que pertenece el individuo. En cada interfase de contacto se produce un encuentro con El Otro, es decir la alteridad, que es tan diferente que no se la comprende, la sola presencia de ella interpela y molesta. Enrique Dussel (1995) en Córdoba y Vélez-De La Calle (2015, 1003) cita lo siguiente,

la alteridad es el saber pensar el mundo desde la exterioridad alternativa del otro, lo que tiene como consecuencia el reconocimiento del otro como otro diferente a sí mismo, el oprimido, el pobre, es decir, alguien que se escapa del poder del sujeto y que responde más bien a una experiencia y una temporalidad que no le pertenece al sí mismo (Córdoba y Vélez De La Calle 2015,1003).

Fernández analiza el pensamiento de Levinas. En el espacio de la interrelación de las redes, cada individuo-sujeto-persona, se encuentra el Otro, con la alteridad, el *alius-otro*, el diferente. Estos dos elementos se definen en el momento del contacto, cuando ocurre la relación, por lo que la identidad individual se constituye por el contacto con El Otro (Fernández 2015). Fernández revisa el pensamiento de Levinas y destaca cinco aspectos de la alteridad. En el plano metafísico la alteridad determina la comprensión del ser. En el plano religioso la alteridad es el infinito y la búsqueda de lo absoluto. El plano individual, la alteridad forma parte de la propia identidad. En el plano intersubjetivo, el individuo al relacionarse con El Otro existe un intento de acercamiento y comprensión por medio del lenguaje y la comunicación. En el plan ético la alteridad debe seguir siendo diferente, incomprensible, porque solo de esa manera se le respeta y esto posibilita una relación, al valorar la diferencia (Fernández 2015). María Eugenia Córdoba y Claudia Vélez De La Calle afirman que en el encuentro cara a cara, el individuo (el Mismo) da espacio al Otro, si no se da una dinámica de dominación o hegemonía. La relación interpersonal simétrica se da cuando se trasciende este conflicto y se puede lograr la integración (Córdoba y Vélez De La Calle, 2015). Cuando un individuo se relaciona con el Otro, la única forma de solventar esta brecha es valorarlo, comprenderlo, aceptarlo y aprender de la diferencia. De esta forma se alcanza la trascendencia.

La dinámica de relaciones se encuentra enmarcados en un sistema de referencias, esto lo menciona Chapman en relación de un comentario de Riviere para Gurvitch que afirma que este sistema determina la conducta de los sujetos y propician el apareamiento de sistemas sociales. La conducta de los sujetos-actores sociales deviene por ser hechos sociales ya que esta determinados por la coacción exterior de la estructura de relaciones en las que se halla inmerso la persona. En este contexto cabe la antigua pregunta, ¿qué posibilidad de agencia y libertad tiene la persona dentro de esta red? Chapman menciona la definición de Catherine Pradeise sobre la sociabilidad y dice que la sociabilidad es “el conjunto de actividades cuyo ejercicio supone la libre elección de los participantes” (Paradeise 1980 en Chapman 2015, 7). Por un lado, la estructura determinaría la capacidad de actuar de cada sujeto, ya sea porque las

disposiciones o esquemas, representaciones por las cuales se percibe el mundo social. Y por otro lado a pesar de estas determinaciones el individuo es libre de elegir. Gordillo (2019) analiza el pensamiento de Jean Paul Sartre, ya que el contingente ser humano en si está arrojado en el mundo, pero el individuo es responsable se elegir, es responsable de las representaciones, del significado de lo que vive, es decir es el ser para sí.

El sistema de relaciones sociales en las que se juega por el capital social en función del habitus, es decir del sistema de disposiciones adquiridas que determinan los esquemas de percepción, actitudes y prácticas. Este campo en el que están el capital y el habitus que determinan la dinámica social. La conceptualización de capital viene de la Economía que trata de explicar el comportamiento de los actores sociales en función de una razón utilitaria, con la lógica costo-beneficio, no solo refiriéndose al capital económico, sino también al capital social, el capital simbólico y el capital cultural. Todos estos tipos de capital pueden convertirse en capital económico (Cerón 2019). El campo social es el territorio donde se conforman las redes de sociabilidad, donde los agentes sociales luchan por los diferentes tipos de capital por medio de juegos. Estos juegos sociales van desde la motivación o la imperturbabilidad del agente social. Cuando se produce un juego existe una compatibilidad de las representaciones mentales y la estructura. Esta interacción denominada juego que no se la utiliza en el sentido matemático de teoría de juegos, más bien tratase de interacción muchas veces sin estrategia (Bourdieu 1997).

Bourdieu (1991) en Fernández (2013, 34) con respecto a la definición de capital simbólico que se lo define así “el capital simbólico es cualquier propiedad (cualquier tipo de capital físico, económico, cultural, social) cuando es percibido por agentes sociales cuyas categorías de percepción son tales que al percibir y reconocerlo le otorgan valor”. A partir de esta definición el capital simbólico por ser una percepción puede aplicarse a los otros tipos de capitales. La sociabilidad se da en este entramado de posiciones y relaciones que ponen en juego los diferentes capitales o bienes simbólicos, lo que implica una lógica dinámica antes que una lógica determinada por una estructura rígida.

Agulhon (1997) en Chapman (2015, 9) “define la sociabilidad como la aptitud de los hombres para relacionarse en colectivos más o menos estables, más o menos numerosos, y a las formas y ámbitos y manifestaciones de vida colectiva que se estructuran con este objetivo”. Esta aptitud está enmarcada en el marco normativo social que es reflejo del poder que se ejerza para decidir la acción colectiva. Este relacionamiento se logra por medio de la identidad compartida y construida en la cotidianidad. Las relaciones según Agulhon (1997) en

Chapman (2015) pueden ser formales o informales. Las primeras están configuradas por el marco legal y las segundas son personales generalmente se forman por un interés común. (Carrasco 1994). Con respecto a esto,

se puede estudiar las reglas de sociabilidad en el interior de las asociaciones, y por otra, que existen formas de sociabilidad informales, pero igualmente codificadas, a parte de su pertenencia a asociaciones (comportamientos en familia, con los allegados, en la calle, en los espectáculos, etc.) (Agulhon 1997 en Chapman 2015, 117).

Agulhon (1997) en Chapman (2015) establece una diferencia entre las asociaciones y la sociabilidad. La asociación voluntaria está enmarcada en la ley, es una institución de la democracia, en cambio la sociabilidad es una elección por un bien común, que no está regida por la institucionalidad. Este autor conceptualiza la sociabilidad-tolerancia para llegar a una liberación y como forma de realización de la humanidad.

La sociabilidad es una categoría que describe la forma en que se relacionan los individuos. Nahuel di Napoli (2020) afirma que,

la sociabilidad requiere mantener un equilibrio entre los individuos, por ello deben quedar por fuera los intereses y significaciones objetivas de las personas (la riqueza, posición social,) así como también lo puramente subjetivo (el carácter o estado de ánimo) (Nahuel di Napoli 2020, 607).

Este equilibrio tiene que encontrar un mínimo común de funcionalidad para lograr el objetivo de lograr una meta conjunta o una razón común como es el bienestar logrado por la relación. Esta sociabilidad genera vínculos desde un objetivo de solidaridad y de un juego cooperativo para realización de diferente tipo de actividades. Machado Da Silva en Nahuel di Napoli (2022, 610) indica que para describir la categoría de “sociabilidad violenta para referirse al uso de la dureza física como un principio de regulación (patrón) que guía los cursos de acción de la vida cotidiana entre los individuos y mediante el cual se estructuran las relaciones sociales, es decir, un determinado orden social específico”. Estas fuerzas de coacción o jerárquicas logran convocar individuos para socializar en grupos, ya no por una motivación de una significación común, sino por la presión para pertenecer a un grupo, caso contrario los sujetos tendrían consecuencias adversas.

Los espacios de sociabilidad, donde existe una red de relaciones, pueden ser recursos para las organizaciones políticas donde existe una gramática social, juegos del lenguaje. Estos lugares de contacto forman un sentido común, es decir un simbolismo compartido y la construcción de un mínimo común de principios y valores. Estas representaciones crean roles en los

integrantes de estos espacios y también repertorios de acción (Vommaro 2017). El espacio de sociabilidad es un territorio que “puede presentarse como un espacio atravesado por las relaciones de poder y dominación, en donde los grupos dominantes dejan su huella a través de las instituciones que gobiernan la sociedad” (Boniolo et al. 2020, 334-335). En estos espacios se refleja la estructura social que determina una posición diferenciada con diferente acceso a recursos. Se producen asimetrías, relaciones de poder, de dominación y subalternidad.

Los lugares o espacios de sociabilidad se desenvuelven en un territorio que está dentro del mundo material. Pero en este espacio físico se dan relaciones, Herrera toma las ideas de Bourdieu sobre la construcción social del territorio, en la que los actores sociales se vinculan en un campo social (Herrera y Herrera 2020). María Herrera enfatiza en las relaciones de poder que se desenvuelven en un espacio y tiempo. Estas vivencias y el mundo simbólico, las percepciones conforman el territorio. Haesbaet (año) en Herner (2009) afirmó que “el territorio envuelve, al mismo tiempo..., una dimensión simbólica, cultural, a través de una identidad territorial atribuida por los grupos sociales, como forma de control simbólico sobre el espacio donde viven (siendo también por tanto una forma de apropiación), y una dimensión más concreta, de carácter político disciplinar: una apropiación y ordenación del espacio como forma de dominio y disciplinamiento de los individuos” (Herner 2009. 165).

Por su parte el territorio se define como,

sinónimo de apropiación, de subjetivación fichadas sobre sí misma. El territorio es un conjunto de representaciones las cuales van a desembocar, pragmáticamente, en una serie de comportamientos, inversiones, en tiempos y espacios sociales, culturales, estéticos, cognitivos Guattari y Rolnik (1986) en Herner (2009, 166).

Estos se constituyen por expresiones de diferente tipo que al manifestarse reiteradamente constituyen el territorio social. A estas expresiones se Deleuze y Guattari los denominan retorneos que pueden construir este espacio social por medio del agenciamiento, y re-agenciamiento, o cuando se agrupan fuerzas dentro del territorio (Deleuze y Guattari 2004).

3.2. Convivialidad

La cualidad de establecer nexos entre los diferentes individuos que como categoría histórica se la ha llamado sociabilidad. Pero estos nexos también pueden estudiarse con otras categorías construidas como la convivialidad, que en este caso se basa en el afecto, en la confianza mutua. El término convivialidad fue propuesto por Ivan Illich y de allí existen diferentes

matices en su significado. La convivialidad se refiere a la vida en común de los seres humanos (Costa 2022).

elijo el término “convivialidad” para designar lo contrario de la productividad industrial.

Pretendo que signifique la relación autónoma y creativa entre las personas, y la relación de las personas con su entorno; y esto en contraste con la respuesta condicionada de las personas a las exigencias que hacen otros y el entorno creado por los seres humanos (Illich en Costa 2022, 34).

Esta forma de relacionamiento es una propuesta humanista, en la que se convive en una red.

La forma de convivir en sociedad es lo que estudia la teoría de actor-red que se enfoca en el estudio de ensamblajes socio-técnicos que “debe considerarse como un plano de relaciones materiales transversales que unen varios aspectos heterogéneos del mundo, yendo de lo físico a lo político, y pasando por lo tecnológico, semiótico y psicológico” (Vaccari 2008, 190).

Estos ensamblajes sociotécnicos son en lugar donde se desarrolla la convivialidad. La teoría de actor-red de Latour es controvertida. Latour bajo la categoría actor engloba no solo a los seres humanos sino también al mundo material. Latour (2005, 73) menciona que “actor, tal como aparece en la expresión unida por un guion, no es la fuente de una acción sino el blanco móvil de una enorme cantidad de entidades que convergen hacia él”. Se trataría de una multiplicidad configurada por la conjunción de los otros actores. Latour hace referencia al término persona (significa máscara de actor) plantea un problema de no poder diferenciar entre un ser auténtico y su rol social. Los ensamblajes sociotécnicos dan el andamiaje de la red de actores sociales que viven en comunidad, con roles y posiciones determinados, pero con intereses no claros.

Costa (2022) refiere lo que Given afirma sobre la convivialidad, que describe una integración de la teoría de “ensamblaje de Deleuze y Guattari y los actores humanos y no humanos se ensamblan con la naturaleza” (Costa 2022, 38), Deleuze y Guattari trabajan la relación de las partes con el todo y Giles Deleuze define como

ensamblajes: todos caracterizados por relaciones de exterioridad entre sus partes, pero irreducibles a ellas. Los componentes de un ensamblaje retienen su identidad no solo dentro del todo, sino también cuando son separados de este e introducidos dentro de otro ensamblaje diferente” (DeLanda 2021, 17).

DeLanda (2021) añade el concepto de propiedad emergente al ensamblaje que es el de la propiedad emergente que surge producto de las interacciones entre sus partes, como es la simbiosis que puede aparecer como una contingencia obligatoria del ensamblaje. “En

conclusión, el concepto mínimo de ensamblaje puede ser definido por dos características: la exterioridad de las relaciones entre las partes y la emergencia de las propiedades del todo” (De Landa 2021, 20).

Los ensamblajes desde la perspectiva de Latour o de Deleuze y Guattari permiten el relacionamiento, la convivencia social. “Los componentes de los ensamblajes sociales que desempeñan un rol material varían ampliamente, pero como mínimo suponen un conjunto de personas orientadas (física y psicológicamente) unas hacia otras” (De Landa 2021, 21).

Muchos de esos ensamblajes no son entre actores sociales, o individuos sino entre elementos funcionales dentro de la red o con los de otras redes.

En forma análoga Norbert Elías citado por Costa (2022), construye el concepto de figuraciones. Costa menciona la conceptualización de Norbert Elías que estudia a la sociedad como una instancia relacional en la que existen lazos de interdependencia que pueden ser agonistas o antagonistas, es decir de cooperación o competencia. Elías define la figuración como:

la construcción cambiante que los jugadores, en su conjunto, están desarrollando no sólo a través de su intelecto, sino de su persona en su totalidad, y de su hacer y dejar hacer en sus relaciones mutuas. Como puede verse, la figuración constituye un tejido en tensión (Spannungsgefüge). La interdependencia entre los actores, que es el requisito para que formen una figuración específica entre ellos, se refiere no sólo a la interdependencia como aliados, sino también a la interdependencia como adversarios (Costa 2022, 55).

Norbert Elías analiza los nexos entre los individuos, ya sea de cooperación o competencia.

3.3. Análisis de redes sociales

El análisis de redes sociales busca encontrar categorías con los datos recabados en el trabajo de campo para la construcción de teoría que sirva para crear modelos de entendimiento que puedan extrapolarse a otros contextos, circunstancias. El análisis de las redes sociales requiere de un proceso heurístico de redes personales con perspectiva histórica, especialmente en momentos disruptivos o coyunturales. La Epidemiología Social o la Epidemiología Crítica son disciplinas que tienen como objeto de estudio la población y sus determinantes sociales que estudian la interacción psico-social, el espacio intersubjetivo, lo generado en el ámbito psicológico o en el ámbito social. La teoría crítica nos da herramientas para estudiar los intercambios económicos, la lucha de los diferentes tipos de capital, las luchas por el poder, las relaciones de hegemonía, subalternidad.

El estudio de las formas de relacionamiento en una red busca “comprender como opera la construcción y destrucción de los vínculos a nivel subjetivo” (De Grande 2013, 240). La sociedad puede ser enfocada como una red de redes, o un sistema de relacionamientos intersubjetivos múltiples que se superponen unas a otras, que determinan la identidad y subjetividad en la cotidianidad.

Las redes personales se constituyen como objeto...cada persona está inserta desde su nacimiento hasta su muerte, en una trama dinámica de relaciones con otras personas. Con esta premisa, se afirma que la vida entre otros no es algo que los sujetos encuentran fortuitamente, sino que se constituye su modo regular de existir (De Grande 2013, 242).

Las interacciones cotidianas, pueden ser muy distantes como por ejemplo la interacción entre el comprador y el vendedor, o el encuentro de varias personas al asistir a una proyección de cine. Estas interacciones pueden llegar a tener nexos interpersonales de diferente grado de intensidad y de diferente tipo. Los actores sociales pueden decidir la construcción de los lazos por diferentes motivaciones, que permiten la convivencia y el deseo de establecer la sociabilidad. Los tipos de relacionamiento pueden ser de amistad o de no amistad. Pueden ser lazos de conflictividad. De Granda refiere lo manifestado por Durkheim con respecto a los lazos sociales tienen diferentes grados de integración a través del tiempo. En el otro lado del espectro está la anomia en el que los lazos sociales se rompe y el deseo de asociarse desaparece (De Grande 2013).

Para la convivencia y sociabilidad se requiere la construcción de nexos entre los individuos, y como prerequisite existe la reciprocidad. Así lo manifiesta Simmel cuando dice que “la sociedad existe allí donde varios individuos entran en acción recíproca” (Simmel 1986, 15). La sociedad se constituye por medio de los lazos de solidaridad, de dar y recibir. Estas acciones en las redes personales son en ocasiones simétricas y en otras asimétricas. Estos contactos pueden ser de muy corto tiempo o de larga duración. En la interacción asimétrica en un individuo determina a otro individuo, este sujeto también determina al primero. Esta acción recíproca en la relación dominante-dominado es una acción recíproca. En esa dinámica el que está en posición subalterna puede llegar a un punto en que su significación, su relato, su narrativa ya no entra en la relación ya no puede hablarse de sociabilidad. (Simmel 1986) Esta circunstancia se da en las redes informales personales en las que prevalece la voz de uno de sus miembros.

Para Durkheim el vínculo social es moral que se construye por la solidaridad. Las otras formas de vinculación social serían secundarias en el que lo social se separa de lo político. La

razón utilitaria como forma de socialización tiene un carácter moral porque se subordina el interés privado al interés comunitario. Para esto se requiere “necesariamente cierto espíritu de sacrificio y abnegación” (Rodríguez 2013, 120). Esta normatividad moral posibilita la solidaridad. Lo más importante para la sociabilidad en Durkheim es la moralidad como forma de vínculo social. Rodríguez cita a Durkheim recalcando el hecho de que la moralidad de un beneficio común es la motivación más importante para la vinculación social. Durkheim afirma que el individuo recibe y da en la sociedad. Esto genera “un sentimiento muy fuerte del estado de dependencia en el que se encuentra se acostumbra a estimarse en su justo valor, es decir, a no mirarse más que como parte de un todo, el órgano de un organismo”. (Durkheim en Rodríguez 2013, 120).

Elías (1999) afirma que los individuos no son entidades aisladas y que la realidad social se la debe estudiar en su dinámica, en su proceso, en su devenir. Los individuos tienen una identidad por medio de la conexión con otros y una figuración o entramado (De Grande 2013). Según Elías (1999) el yo puro de la Psicología no es el objeto de estudio de la Sociología cuyo objeto de estudio es la sociedad en el que se estudia el relacionamiento entre los individuos y de la configuración histórica de esto. La configuración del individuo puede ser interna o externa. En esta última perspectiva por la configuración de las relaciones entre los individuos, se produce un entrelazamiento de la actividad humana, es decir hay patrones de comportamiento hay ciclos, regularidades. Esa configuración está dada por las generaciones pasadas y la influencia de eventos actuales. Primero el ser humano tiene una corporalidad biológica y esto permite tener conciencia de que viven entre otros seres humanos. Esto establece una capacidad de asumir una posición dentro del sistema social. Esto se establece, mediante “el empleo del símbolo “yo”, y la posición de los demás mediante símbolos como “tu” (Elías 1990, 2016). Las figuraciones según Norbert Elías son un tejido social en donde los integrantes realizan juegos colectivos (Elías 1982).

Norbert Elías analiza los conjuntos de personas, que puede categorizarse en forma egocéntrica, es decir cuando existe una relación entre el individuo y la sociedad. En este modelo el yo (el ego) está en el centro, y tiene relaciones de pertenencia con círculos de personas cada vez más alejados. El primer círculo al cual se pertenece el yo es la familia, luego la escuela, luego la industria y luego el estado. Todos estos constituirían la sociedad. Además de esta forma de abordar el tema, existe un enfoque socio céntrico que puede estudiar figuraciones como: ciudad, sistema, etc. En esta forma de representación el yo individual está rodeado de figuras sociales. Las figuraciones están compuestas por individuos

interdependientes e los que el individuo está en un equilibrio de poder más o menos inestable con los otros (Elías 1982). Norbert Elías evalúa algunas variables en las figuraciones como son:

la alineación de las personas entre sí y de las correspondientes vinculaciones entre ellas, las valencias afectivas...desempeño de funciones, la especialización profesional, la integración en linajes y estados, los elementos comunes de identificación, de los ideales del yo y del nosotros, de la hostilidad frente a los otros o de las tradiciones del lenguaje y pensamiento (Elías 1982, 16).

Elías (1982) describe dos formas de comprensión de la vida social. La una el individuo singular está separado de la sociedad y otra visión en que las personas se vinculan, tienen interdependencia, tienen nexos de diferente índole y “constituyen entre sí entramados de interdependencia o figuraciones con equilibrios de poder más o menos inestables del tipo más variado como, por ejemplo, familias, escuelas, ciudades, capas sociales, o estados” (Elías 1982, 16).

Goffman (1956) considera que cuando los individuos se encuentran con otros, ocurre una influencia recíproca. Herrera cita a Erving Goffman con respecto a la interacción cara a cara en la que el orden de interacción se basa en dos tipos fundamentales de reglas: por una parte, las convenciones habilitadoras; por otra, las normas basadas en principios y valores que los individuos aceptan porque consideran como intrínsecamente justas. Aceptar estos dos tipos de normas (el contrato social y el consenso social) produce una “efectiva cooperación” (Herrera 2004, 61). Los marcos de la interacción social se dan en el espacio intersubjetivo por medio del relacionamiento basado en el lenguaje donde se produce una interpretación de los códigos semióticos de lo que dice el emisor por parte del receptor en el proceso comunicacional. El marco o el contexto de este proceso de relacionamiento es el mundo simbólico y cultural donde se realiza este encuentro. Para Goffman este proceso comunicacional requiere de marcos interpretativos que son configurados en la comunidad donde se realice este proceso. El horizonte de significación, es decir el sentido del mensaje son las reglas de esa sociedad. Por medio de ellas se decodifican los conocimientos, las motivaciones, las actitudes y las prácticas de las demás personas. La decodificación de los signos del mensaje depende del marco de interpretación o del horizonte de significación (De Grande 2013).

Goffman (1956) define la interacción cara a cara como “la influencia recíproca de individuos, basados en las acciones de los otros cuando este se encuentra en forma física presente” (Goffman 1956, 7). El tipo de interacción social está enmarcada en el rol que los individuos

juegan en el sistema social en el que se encuentre. En esta dinámica pueden presentarse los actores solitarios que siguen las normas sociales, o los equipos que son un grupo de actores quienes cooperan para realizar determinada acción. En el equipo los miembros deben seguir una normatividad que si no la cumplen pueden ser expulsados. En el equipo se forman nexos de dependencia recíproca entre los miembros del equipo. Esta dependencia puede ser entre diferentes estatus o rango social con el fin de cooperar para determinada acción. El equipo es diferente al clique que es un pequeño número de personas que se juntan para compartir diversión. Los cliques están constituidos individuos del mismo rango. (Goffman 1956) De Grande cita a Criado los actores “redefinen el sentido de lo anterior y dan sentido a lo que vendrá a partir de lo dicho”. Esto logra una construcción mediática de la imagen de cada persona.

Para Goffman este proceso comunicacional requiere de marcos interpretativos que son configurados en la comunidad donde se realice este proceso. El horizonte de significación, es decir el sentido del mensaje son las reglas de esa sociedad. Por medio de ellas se decodifican los conocimientos, las motivaciones, las actitudes y las prácticas de las demás personas. (De Grande 2013). Si el proceso de decodificación entre los actores sociales es exitoso, se posibilita la conformación y estabilidad de una red, caso contrario esta se fragmenta y desaparece.

3.4. Modelos en el análisis de las redes sociales

Los modelos de análisis para estudiar las redes sociales pueden ser socio céntricos o egocéntricos. Los primeros el objeto de análisis son las relaciones sociales en su totalidad estructural y para los segundos es el individuo, en sus conocimientos o valores. Se puede graficar las redes sociales con teoría de grafos para describir su estructura y para evaluar su dinámica se puede analizar ciclos, patrones y a partir de esto construir modelos de entendimiento tanto estructurales o funcionales.

El análisis de las redes sociales puede realizarse en forma transversal o longitudinal. De la primera forma es un punto de corte en la línea de tiempo, da una imagen de las redes en un momento determinado. Los segundos analizan la evolución de la red a través del tiempo. Otro enfoque de estudio es analizar la red sola o también la interacción con las otras redes o la relación con el entorno con diferentes perspectivas, sistémica, cultural, política, geográfica, etc. Tanto en forma transversal o longitudinal se puede analizar las redes en momentos

coyunturales o disruptivos en los que se presenta una crisis que afecta a toda la red (Marsden 2005).

Krackhardt (1987) se preocupa por el proceso de investigación para que los resultados encontrados sean certeros, precisos y exhaustivos. Para realizar esto se puede usar la categoría “estructura social cognitiva que es un juego de relaciones entre los pares de actores en un sistema” (Krackhardt 1987, 113). Se trata del conjunto de percepciones de los individuos sobre su red social. Las redes sociales pueden analizar las redes como patrones de interacción, los comportamientos, las experiencias de los individuos de la red buscando los patrones de interacción que configuran el comportamiento, esto se lo cataloga como análisis de redes sociales. Otro enfoque es el análisis de las representaciones cognitivas (Brands 2013). La estructura social cognitiva estudia las percepciones de los individuos pertenecientes a una red, y los patrones de interacción que se configuran. Kurt en Brands (2013, S86) cita que “con su teoría de campo en la que el modelo de comportamiento de los individuos está determinado por sus experiencias subjetivas de su medio ambiente social”. Todo individuo se relaciona según su vida “psíquica y según el entorno en donde se desenvuelve. La estructura social cognitiva determina como los individuos son influenciados. Esto se da por la competencia por el capital social.

Lewin (1946) en Fernández (2009, 35) definió “el campo como una totalidad de factores coexistentes concebidos como mutuamente interdependientes”. Este es un enfoque psicológico. Por otro lado, Bourdieu “definió el campo como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones” (Fernández 2009, 35) Estas posiciones en la estructura determina la distribución de los diferentes capitales o el poder. Esto genera relaciones de diferente índole como son posiciones de hegemonía-dominación y subordinación. El campo según Lewin lo definió como como “todo comportamiento (incluyendo acción, pensamiento, deseo, lucha, valoración, logro) concebido como un cambio en un estado del campo en una unidad de tiempo” (Lewin 1945, 11). Lewin (1945) analiza el espacio de vida individual psicológico y su relación con el medioambiente psicológico en el que se desenvuelve. El campo de Lewin es el grupo de individuos desde el aspecto psico-social. Este campo es el espacio de vida del grupo y su medioambiente (Lewin 1945).

Marsden afirma que las redes sociales existen relaciones entre “objetos focales”. Estos pueden el actor social o ego y el objeto o alter (otro). La base de la dinámica social es el relacionamiento con El Otro. Para Levinas El Otro no es alguien a quien se pueda descifrar, calcular por analogía. El Otro es otra libertad. El Otro puede ser un enemigo, se presenta

siempre a distinto nivel, puede ser el huérfano, la viuda y el extranjero. Levinas crea dos categorías interrelacionadas, que son la totalidad y el infinito. Levinas dice, “habrá de referir cómo lo infinito se produce en la relación del Mismo con lo Otro y cómo, insuperable, lo particular y lo personal magnetizan en cierto modo el campo mismo en el que esta producción de lo infinito tiene lugar” (Levinas 1961.52).

El infinito es una subjetividad de una entidad que fuera de ella no tiene límite. La interacción social se encuentra el Mismo con el Otro. El Yo no puede comprender al Otro porque es muy diferente, inefable. El punto es como se produce la relación en las redes personales con Otro que es tan distinto e incomprensible.

Carrington refiere el modelo propuesto por Marsden (2005) con respecto a los límites entre los nodos (individuos) que integran la red. Existen demarcaciones en cuanto a las conexiones sociales. Para analizar los nodos y sus relaciones se puede delimitar el objeto de estudio a toda la red o a segmentos de ella, como un todo, es decir una visión socio céntrica o también se puede delimitar las relaciones a partir de un individuo o un grupo interrelacionado de individuos, como un clique, es decir un grupo de individuos de la red con la mayor cantidad de relacionamiento entre pares.

El análisis de las redes sociales puede realizarse con mucho rigor estadístico, matemático, en el cual se registra como un sociograma algunas variables como: nodo que es cada individuo de la red, borde o arista que son los lazos o relaciones de representación entre los individuos, la densidad que es el grado de todos los posibles contactos, cohesión que es la fuerza de los nexos, la recepción que es la referenciación de otro nodo, la emisión que es cuando un individuo referencia a otros (Mena de la Cruz 2021). En el estudio egocéntrico se busca al individuo categorizado como “ego” y se busca los otros o “alters”, en otras palabras, se busca la alteridad del nodo de la red y se analiza las relaciones y las fronteras de esta red que está focalizada en un actor social y con sus relaciones. El estudio socio céntrico o de toda la red estudia juegos de actores interrelacionados que están reunidos como colectivos sociales. Estos colectivos tienen límites no claros (Marsden 2005). La dinámica de las redes puede observarse, flujos de información, relaciones de poder, tipo e intensidad de los nexos. Marsden refiere que existen varios niveles de estos nexos, los más cercanos son la familia, luego la filiación de los grupos sociales, luego la relación con otros individuos que tienen similitudes y analogías como las características físicas.

Sea el modelo de análisis egocéntrico o socio céntrico se puede estudiar las siguientes variables, tamaño de la red, la densidad, la composición, la estructura social cognitiva, los lazos, la relación entre los individuos o nodos, se analizan los cliques (grupo de individuos con la mayor cantidad de relacionamiento posible entre ellos), la distancia entre los nodos, la capacidad de convocatoria, la posibilidad de negociación e intermediación, la reciprocidad. La posibilidad de que un actor influya a la red tiene que ver con su centralidad, con el tipo de relaciones con la posición. Con respecto a lo relacional los lazos pueden ser directos o indirectos, uniones para la realización de eventos. Si la posición en la red es central, esta tiene que evaluarse con el grado de centralidad, la cercanía, la intermediación, los flujos, la integración de la red, los flujos de información y las relaciones de poder (Valente 2005). Las redes son campos en los cuales “los recursos que poseen los miembros de una red social personal pueden llegar a estar disponibles a todos los individuos” (Marsden 2005, 19).

El análisis de la estructura de la red a más de lo mencionado estudia la simetría o no de los nodos en función de las relaciones que mantienen. Existen actores sociales relacionados en diadas o triadas según el grado de intensidad del nexo que los une. Se asume que las redes sociales tienen interacciones tanto de agonismo como de antagonismo o pueden ser descritas como amistosas y no amistosas e incluso hostiles (Estrada 2014). Krackhardt (1987) analiza la centralidad de una red, en la cual se busca identificar los individuos o nodos que son más importantes. Esta centralidad es una característica de un actor o un grupo que transmite la información entre los nodos y describe la relación entre el centro y la periferia de la red. Valente (2005) plantea un método de análisis de redes sociales histórico en la cual se analizan eventos que se realizan a través del tiempo. Estos eventos se pueden estudiar en relación con elementos individuales o con un modelo epidemiológico, es decir con el enfoque en la población. Además, analiza el proceso de filiación de las redes y dice “muchas situaciones sociales juntan actores en grupos de dos, tres o más, en colectividades de tamaño arbitrario” (Valente 2005, 120). Estos grupos de individuos o actores sociales pueden ensamblarse por eventos. Estas redes de afiliación pequeñas se llaman “redes de membresía y las grandes son hiper redes (Scott 2012).

3.5. Conclusión

El estudio de las redes sociales sociológicamente analiza la estructura social, las relaciones interpersonales, la cultura, la emotividad, el comportamiento. El estudio de las redes sociales busca crear modelos de entendimiento, construye patrones de interacción e interconexión entre individuos y de grupos. Todos ellos pueden ser categorizados como sistemas o como un

“organismo social”. Scott (2012, 8) afirma que “el sistema social es una estructura que restringe la subjetividad y las acciones de aquellos quienes ocupan posiciones dentro de esas instituciones”. Esta estructura moldea la identidad y la subjetividad. Determina la dinámica relacional.

Scott (2012) describe el trabajo de Lewin que buscó establecer la dinámica grupal, buscó usar un abordaje sistemático para construir un modelo estructural de grupos, por medio de la teoría de grafos. Describió la densidad, la centralidad. Categorizó las formas estructurales de las redes, por ejemplo: en Y, en cadena, en círculo. Todos los elementos anteriores son determinantes para el proceso de comunicación. Los intermediarios en las redes sociales son los actores sociales que son líderes de opinión. La dinámica de las redes tiene entre sus actores relaciones de dependencia que permite modular el poder de los liderazgos que emergen. Las relaciones de agonismo o antagonismo generan estructuras grupales balanceadas o desbalanceadas dependiendo la proporción de los individuos que se posicionen a favor, neutrales o en contra de una meta o de una persona (Scott 2012).

Capítulo 4. El Hospital General San Francisco del IESS

El presente trabajo busca comprender la dinámica y la funcionalidad de las redes sociales personales de un servicio de salud que tuvo que enfrentar la crisis de la pandemia de covid-19. El Hospital General San Francisco reúne algunas características por las cuales es un lugar de estudio adecuado. Por ser un hospital de segundo nivel y con un número pequeño de camas, está diseñado para atender pacientes con enfermedades de mediana complejidad, con un limitado número de camas para terapia intensiva. Este contexto hace que el impacto de la pandemia covid-19 sea mayor por menor disponibilidad de planta física y recursos. Además, administrativamente se le designó como hospital limpio, es decir para la atención de pacientes de patología usual y no para pacientes con covid 19. Pero con el transcurso del tiempo, por la alta demanda de pacientes se constituyó en un hospital mixto, es decir tanto para pacientes con covid-19 y también sin covid-19. Estos factores hacen que sea un lugar de investigación adecuado porque por tener menos camas disponibles, el hospital era más vulnerable. Por el hecho de ser un hospital de mediana complejidad, el personal de salud no tenía las competencias para atender el número pacientes críticamente enfermos. Por haberse designado como hospital no covid y luego mixto, se pudo observar la dinámica relacional en esta interfase. Por ser un hospital joven las redes sociales personales no tenían una larga data en el hospital por lo que se podía analizar la funcionalidad de redes jóvenes, lo que permitía evaluar el comportamiento relacional inicial y compararlo a través del tiempo luego de una década y con el evento disruptivo de la pandemia.

El objeto de estudio del presente trabajo son las redes sociales personales del personal de salud y el cambio en su dinámica con el evento de crisis de la pandemia de covid-19. Para la población general esta enfermedad generó una carga psicológica y social de gran impacto en todas las esferas de la vida, pero para el personal de salud la afectación fue mayor porque tenían que atender a personas que tenían una enfermedad desconocida, mortal. Esta circunstancia podía modular, reconfigurar las relaciones sociales, el tejido social. El sistema de salud ecuatoriano tiene diferentes instituciones con realidades diferentes, por ejemplo, existe sector privado y el público, dentro de este último existen varios proveedores de salud,

diferentes fondos de aseguramiento. El Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) son los más importantes proveedores de salud. El IESS además es una aseguradora. Los hospitales del IESS en Quito se distribuyen en la parte norte, en el centro y en el sur de Quito. Este subsistema de Quito tiene un hospital de alta complejidad, es decir, de tercer nivel que es el Hospital Carlos Andrade Marín y dos hospitales de segundo nivel que atiende patología menos compleja. En todos los hospitales de Quito tuvieron que atender una demanda importante de atenciones de pacientes con covid-19.

El Hospital General San Francisco es un hospital de segundo nivel, que en su portafolio de servicios tienen las cuatro especialidades básicas: Pediatría, Ginecología, Medicina Interna y Cirugía General. Además, brinda servicios en otras especialidades como Otorrinolaringología, Oftalmología, Traumatología, Cirugía Vascular, Neonatología, Cirugía Bariátrica, Cirugía de Cabeza y Cuello. El marco institucional determina las condiciones laborales, ya sea porque el Modelo de Atención Integral de Salud es norma obligatoria, así como la normatividad del hospital monitoriza y controla el quehacer del personal de salud del HGSF. El nivel de complejidad del hospital, el rol dentro del sistema nacional de salud delimita las funciones a ser cumplidas por el personal de salud.

Las disposiciones a nivel institucional de niveles jerárquicos superiores como la dirección nacional del seguro de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) fueron cambiando a través del tiempo, pero se mantuvo como una línea estratégica la asignación del Hospital del Sur del IESS como hospital asignado para atender a los pacientes con covid 19. El Hospital Carlos Andrade Marín y el Hospital General San Francisco fueron asignados para atender pacientes sin patología respiratoria y también en menor proporción a pacientes con covid-19. Pero por la demanda incrementada, se atendió pacientes con covid-19 en una alta proporción que saturó al hospital y rebasó su capacidad de respuesta.

4.1. Marco normativo del funcionamiento del sistema nacional de salud

El Ministerio de Salud es el rector del sistema de salud que regula, monitoriza y controla todas las instituciones de salud del Ecuador, tanto del sector público como del privado. Esta reglamentación parte de una normativa legal que implementa un modelo de atención que sigue las políticas de salud. El Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) se rigen por estrategias diseñadas desde la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estas están encaminadas a atacar los determinantes de la salud, para brindar atenciones en salud en diferentes esferas como: la promoción de la salud, la

prevención, la curación de enfermedades y la atención a la discapacidad. El IESS sigue esta normativa que tiene que aplicarse en la cotidianidad y también en situaciones de crisis, o eventos disruptivos como la pandemia covid-19.

El eje conductor de las políticas de salud son la Atención Primaria de Salud (APS) y en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en los cuales existe un modelo teórico bien estructurado enfocado hacia la participación comunitaria. La APS se propuso como política y estrategia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978 en la declaración de Alma Ata, para lograr un enfoque dirigido a los determinantes sociales de la salud. El MAIS tiene un modelo de participación con la creación de espacios de gestión en donde se encuentren actores, sociales y los trabajadores de la salud. Los trabajadores de la salud no tienen la formación académica en la Atención Primaria de Salud y no conocen el Modelo de Atención Integral de Salud, ya que en la malla curricular universitaria no existían estos temas. Las nuevas generaciones en algunas universidades tienen esta formación.

Todo el marco institucional y los problemas que derivan de la aplicación de estas estrategias determina un contexto por el cual se afecta la sociabilidad, se modula el espacio social, el relacionamiento de los individuos. A pesar del marco conceptual y de planificación estratégica, el sistema de salud está enfocado a lo curativo, las actividades de prevención y de atención a discapacidad son de menor importancia. Por ejemplo, el tiempo asignado a consulta externa para cada paciente es de 20 minutos lo cual es insuficiente para realizar una evaluación sistémica, holística y cumplir todas las actividades diseñadas en el MAIS. El personal de salud no tiene las destrezas para realizar las actividades de la APS, el sistema y los servicios de salud no están diseñados para ello. El personal sanitario se ve obligado a cumplir con metas encaminadas a la productividad, es decir, solo se toma en cuenta el número de actividades y no la calidad. Por este motivo los indicadores del funcionamiento de los servicios de salud solo miden el número de prestaciones de salud como: atenciones de consulta externa, o atenciones de emergencia o número de cirugías realizadas. Por el número de actividades a realizar el personal de salud fragmenta la atención y también disminuye las oportunidades de contacto con otros trabajadores porque cada unidad de producción se dedica a una actividad separada y no integrada. Si el sistema es fragmentado, los servicios están organizados en departamentos, si no hay integración de actividades entre ellos, también el personal se encuentra separado en departamentos, muchos de los cuales son muy cerrados. Esto afecta el relacionamiento psicosocial del personal.

El sistema de salud ecuatoriano tiene varias instituciones que están bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública (MSP). Todas ellas deben seguir los lineamientos de la APS y el MAIS. El sistema de salud tiene un sector público, uno privado y el tercer sector que está conformado por las organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro. Cada uno de estos sistemas brindan realizan actividades sanitarias en forma segmentaria a diferentes grupos poblacionales (MSP 2012). Tanto en el sector público, el privado existe profesionales con la formación de Atención Primaria de Salud (APS) especialización que se denomina Medicina Familiar, pero este profesional es escaso, por lo que el modelo de Salud Familiar en la práctica no es viable. La formación enfocada a la salud de la familia y a la población no está presente en las competencias del personal de salud por lo que esto determina una visión enfocada a solo lo biológico y no a lo psico-social. Esto determina no solo una forma de enfrentar el tratamiento a los pacientes sino también una forma de relacionamiento entre el personal. Esto se explica porque la especialidad de Medicina Familiar tiene una lógica de atención dirigida al cuidado global, integral, holístico con enfoque psico-social por lo tanto la sensibilización ante el dolor humano sucede en forma más fácil comparado con especialidades que son muy operativas, segmentarias, que tratan determinadas patologías y que el abordaje al paciente es muy superficial y por corto periodo de tiempo como es el caso de Anestesiología, en la que la relación médico paciente es solo en un momento determinado. Esta subjetividad configurada por el tipo de formación académica alineada a las políticas públicas en salud que también tienen un enfoque integral facilita la conformación de nexos entre el personal de salud.

El Ministerio de Salud Pública atiende a las personas que no tienen acceso al sistema de seguridad social, ni tampoco pueden acceder a servicios médicos privados. El tercer sector, es decir las organizaciones sin fines de lucro que tienen una pertenencia privada, pero con una lógica pública facilita el acceso a las prestaciones de salud con un costo menor. (Lucio, Villacrés, Henríquez 2011). El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS es parte del sistema público que atiende a la población derechohabiente que es afiliada. El personal sanitario históricamente ha ganado un sueldo mayor que en el Ministerio de Salud (MSP), pero al momento los sueldos están homologados.

El subsistema de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) se financia con el aporte de los trabajadores y tiene autonomía. Es responsable de la prestación de servicios en caso de “contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte” (Registro Oficial 2010, 1). El enfoque del IESS es individual, familiar y comunitario con participación social en actividades de promoción de la salud. Para

alcanzar la calidad de las prestaciones se debe realizar actividades de participación social en los diferentes sectores de la comunidad beneficiaria del IESS. (Registro Oficial 2010). A pesar de este enfoque en la normatividad institucional no existe una participación efectiva de la población. Lo que existen son programas verticales para la atención de pacientes con determinadas patologías, estos son los clubes de diabéticos, hipertensos, de la memoria, en los cuales la interacción del personal de salud es mínima. La normativa institucional no contempla la instauración de espacios de sociabilidad, pues no existen lugares de interacción enfocados al personal de salud pueda interactuar, porque las actividades operativas son numerosas y no se consideran pausas activas para evitar la fatiga del personal.

No hay una normativa, ni planificación para la conformación de equipos de trabajo en el personal de la salud, en donde se realicen actividades de asesoría dinámica, en donde se retroalimentan sobre la ejecución de las actividades, ni tampoco para facilitar las relaciones interpersonales. Los momentos en los que existe contacto son por iniciativa propia del nivel operativo, pero no existe una coordinación del nivel gerencial. Estos espacios son insuficientes para conformar equipos de trabajo, más bien en ocasiones se convierte en espacios de conflicto y contienda.

4.2. Cultura organizacional IESS

La razón de ser del IESS, o su función primordial es atender a los derechohabientes de este fondo de seguros, que se conformó por los aportes de las personas afiliadas. El personal de salud se enfoca en esta lógica institucional para respetar el derecho a la atención en salud que tienen las personas afiliadas. Esta narrativa de servicio a las personas está en el personal que trabaja en el IESS como relato fundacional. Esto posibilita la formación de espacios de empatía, sociabilidad donde se forman nexos con el usuario interno, lo que posibilita la conformación de redes personales tanto formales como informales.

La cultura organizacional tiene que ver con la ideología, la identidad, el trabajo en equipo, la congruencia entre los valores y creencias individuales y los de la institución. La cultura organizacional tiene efectos en el tratamiento de las enfermedades, así como para el desarrollo de una estrategia de mejoramiento de la calidad. O'Reilly y Chatman (2019) en Aisaqa (2019, 85) define "cultura es un sistema de valores compartidos y que definen actitudes importantes y comportamientos que guían las actitudes y comportamientos de sus miembros". Este mínimo común de principios genera actitudes y prácticas en la cotidianidad que pueden generar redes de apoyo o conflictos en las interfases entre los diferentes grupos y estratos.

En las instituciones de salud como los hospitales el sistema de creencias, los valores, los saberes, determinan prácticas que influye en la forma de responder ante eventos de crisis. Por otro lado, la comunicación está determinada por la cultura organizacional, porque por medio de códigos comunes construidos en la institución, “son utilizados para transmitir significados especiales, para dirigirse entre los miembros” (Intriago y Tamayo 2015, 62). El lenguaje técnico médico se convierte en un sistema de códigos que solo el personal de la salud puede comprender. Esto genera conflictos interdepartamentales, entre las diferentes especialidades médicas, porque en cada área manejan un metalenguaje técnico diferente. Este proceso comunicacional refleja que existen diferentes cosmovisiones.

La cultura organizacional se ha estudiado en centros de atención como es el caso del centro de atención ambulatoria Sur Valdivia del IESS. En este trabajo se evaluó la cultura organizacional con el modelo llamado Competitive Values Framework o modelo de valores en competencia. Se establece una tipología: clan, adhocracia, jerarquizada y de mercado. La cultura organizacional tipo clan se basa en la lealtad, la tradición con una figura de mentor. La adhocracia se basa en la innovación, la ausencia de jerarquías. La cultura tradicional se basa en la organización burocrática. La ideología basada en el mercado se encamina hacia la efectividad, en la competitividad. En el centro de atención ambulatoria Sur Valdivia predomina la cultura organizacional jerárquica (Bravo y Tamayo 2015).

Cajas (2018), por otra parte, realiza un trabajo en dependencias del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, a nivel administrativo en varias instancias como por ejemplo La Dirección Provincial de Pichincha, la Subdirección Nacional de Gestión de Talento Humano y otros. Se identificó en este estudio que en el IESS la cultura organizacional es la de mercado encaminada a la obtención por resultados, con la búsqueda del éxito y competitiva. Tanto en el estudio de Cajas (2018) como el de Bravo y Tamayo (2015), se concluye que la cultura organizacional tiene puesta su atención en objetivos, orientado por resultados, basado en la competitividad, el trabajador se lo mira como productor, constituyendo una organización matricial. Pero la estructura jerárquica es por departamentalización. Esta estructura dificulta la formación de nexos en las redes de trabajadores y genera conflictos inter servicios. El personal de salud del Hospital General San Francisco está muy pendiente de la productividad. Al preguntar a una tecnóloga en Emergencias sobre el tema dijo: “En calidad (unidad de gestión de la calidad del HG SF) analizan la producción, y la forma como se llenan las historias clínicas, las notas de evolución son la producción” (Entrevista a paramédica Ivonne,

Quito HGSF, 25 de enero de 2022). Por esta razón existe competencia entre el personal, porque se lo califica según el número de atenciones realizadas.

En otra ocasión por medio de observación participante se evidenció que una creencia constituye parte de la cultura organizacional que provocó consecuencias en cuanto a la atención de los pacientes. Esta conclusión se apoya en lo observado en una reunión en el servicio de Neonatología, porque hubo discrepancias entre el personal médico y el personal de enfermería con respecto a cierta actividad y el tiempo que se dedicaba a ello. El personal de enfermería alineados con la cultura organizacional de la producción estaban muy interesados registrar mayor número de notas de atención en cada paciente porque pensaban que de esa manera eran calificados por medio de su producción en cuanto a notas de evolución registradas en el sistema. En dicha reunión estuvo el líder de planificación y estadística quien les manifestó que no se medía el número de notas. La queja del personal médico era que, por registrar un número mayor de notas, se dejaba de atender como cuidado directo a los pacientes (Notas de campo, Quito HGSF, 7 de abril de 2022). Esta cultura organizacional de productividad departamentalizada genera estas conductas en detrimento de la atención e incluso ocasionó conflictos por la competencia de quien tenía más notas de evolución. Esta circunstancia de competitividad dificulta la sociabilidad porque “el otro” es un contendor, un adversario, con los cuales es muy difícil construir nexos de confianza.

4.3. Contexto del Hospital General San Francisco del IESS

La normativa institucional conforma un clima organizacional que se modula no solo por esta reglamentación, sino también por la ideología del entramado social que se va configurando en un hospital. El HGSF es un hospital joven, desde que se inauguró el personal tuvo que construir reglamentación, procesos. En un comienzo nada estaba escrito, no hubo una experiencia institucional previa que ayude a comenzar. Todo lo formulado se lo realizó con la interacción de personal en función de sus experiencias previas. Este caso de estudio es bueno para mi interés analítico porque es un hospital que desde que se creó se conformó desde cero tanto el interrelacionamiento formal como el no formal entre el personal de salud, es un hospital pequeño lo que permite observar mejor la dinámica e interacción y funcionalidad de la red social, porque en otros hospitales más grandes, se produce mayor segmentación y departamentalización lo que dificulta la formación de redes. Además, al ser un hospital que inicialmente fue construido para una clínica privada y que fue adaptado a las necesidades del IESS, no tiene las facilidades espaciales y de planta física óptimas para su funcionamiento, por lo que, con la pandemia el impacto fue mayor porque existía mayor vulnerabilidad. Esto

generó cambios en cuanto a la organización y funcional de los espacios que moduló la atención emergente en la pandemia de covid-19.

4.4. Contexto urbano de la localización HGSE

Quito es un centro urbano que ha crecido en forma fragmentada, con varios núcleos de actividad. Como afirma Torres (2019) la estructura de la ciudad es policéntrica, con sectores donde se observa desigualdad social. Esto se evidencia en el acceso de la población a los servicios de salud. En cada centro poblacional se encuentra diferente accesibilidad espacial a los servicios de salud. Si se disponen de servicios en salud asequibles tienen que estar acorde a la relación oferta de servicio de salud y la necesidad de estos. En este sentido existía la necesidad de un hospital en la parte norte de Quito para atender a los derechohabientes del IESS (Torres 2019).

El IESS seleccionó el barrio de Carcelén para la construcción del nuevo hospital en esta parte de Quito, para satisfacer las necesidades de atención en salud del norte de Quito. Navarrete (2021) realizó un estudio descriptivo de Carcelén, que se encuentra ubicado en la parte norte de Quito, tiene una superficie de 961 hectáreas con 54938 habitantes, con una densidad poblacional de 70 habitantes por hectárea que es menor densidad comparado con la densidad del área urbana de Quito que es de 79,5 Hab/Ha (Burbano 2017). El barrio de Carcelén pertenece al cantón Quito de la provincia de Pichincha. “Por ser un sector de alta influencia de migración interna, cuenta con una gran riqueza cultural ya que se encuentran grupos étnicos como los mestizos, negros, e indígenas” (Navarrete 2021, 22). Los hogares del sector tienen actividades laborales en las cuales están diferenciadas por género. De acuerdo con Dután (2012), los hombres tienen actividades en los sectores de la industria, construcción, servicios y el comercio. Las mujeres trabajan en el servicio doméstico, en fábricas o en pequeños talleres. Existen condiciones de precariedad lo que es evidenciable por el hecho de que el 23,7 % de jóvenes que habitan Carcelén trabajan (Dután 2012).

Por todo lo mencionado el barrio de Carcelén tiene elementos representativos de un sector con características de una ciudad satélite por la ubicación geográfica y por tener características socio-demográficas que denotan vulnerabilidad para diferentes eventos adversos como la pandemia de covid-19. El barrio de Carcelén tiene cuatro centros de establecimientos de salud de naturaleza privada, uno tiene pertenencia pública y pertenencia privada que pertenece a una organización no gubernamental sin fines de lucro. Otro centro está adscrito a una universidad privada, y existe también el centro de salud de Carcelén bajo del Ministerio de

Salud Pública. Además, existen varios consultorios médicos privados, laboratorios privados, y un centro de fisioterapia privado. El Hospital General San Francisco que es de segundo nivel que da cobertura a población afiliada o familiar de afiliado, pero el resto de la población que no es derechohabiente del IESS, no tiene una adecuada accesibilidad geográfica a un servicio hospitalario, pues el hospital más cercano es el Hospital Pablo Arturo Suarez.

La accesibilidad económica para obtener servicios de salud es diversa, pues los servicios privados son muy costosos, los servicios públicos no disponen de todos los insumos y medicamentos necesarios por lo que la población tiene que realizar gasto de bolsillo. Ángel Torres (2019) realizó un estudio sobre la desigualdad en la atención en salud en las áreas metropolitanas de Quito y Guayaquil. Su trabajo gira en torno a los diferentes paradigmas de accesibilidad a los servicios de salud y en la desigualdad, afirma que, “la desigualdad en salud se reconoce por las malas condiciones de empleo, la calidad del servicio de agua, la cobertura en servicios sociales, no contar con los recursos económicos y educativos y las oportunidades para llevar una vida saludable” (Torres 2019, 103).

Torres determinó el nivel de pobreza según el indicador de necesidades básicas insatisfechas. En Quito solo el 22,3% de la población tienen las condiciones de educación, vivienda y servicios básicos óptimos (Torres 2019). La gran mayoría de la población no satisface sus necesidades económicas, de educación, servicios básicos y habitación. Torres (2019) analiza la distribución espacial de los establecimientos de salud, observándose que existe una desigual ubicación de los centros de salud. “Las áreas donde se evidencia un escenario óptimo para una adecuada accesibilidad espacial y una igualdad en atención en salud es reducida” (Torres 2019, 125).

4.5. Historia del Hospital General San Francisco

El Hospital San Francisco de Quito es uno de los hospitales de segundo nivel de atención que pertenece al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Es parte de la red pública de salud y forma parte del sistema de referencia-contrarreferencia del Sistema Nacional de Salud y tiene una capacidad de 132 camas (Muñoz 2014, 1).

El hospital está organizado por departamentos y servicios según áreas de especialización. La estructura organizacional divide en departamentos manejados por un núcleo jerárquico superior que es apoyado por unidades tecnocráticas como: el departamento de planificación, estadística, área financiera. Además, existen varios comités según la normativa del Ministerio de Salud Pública y del IESS, estos son: Comité de Ética Asistencial, comité de Ética e Investigación en Seres Humanos, Comité de Historias Clínicas, Comité de Farmacia, Comité

de Transfusiones, Comité de Infecciones, Comité de Desechos Hospitalarios. Además, hay grupos de trabajo con procesos establecidos. Estos son: grupo de calidad de enfermería, grupo de trabajo de acogida al paciente, grupo de higiene de manos, grupo de trabajo de mejora de alimentación, grupos para la elaboración de protocolos, estándares e indicadores.

El Hospital General San Francisco fue creado para satisfacer la demanda de prestaciones de salud del norte de la ciudad y del país. El paquete de actividades o portafolio de servicios del Hospital está enmarcado en la atención clínico-quirúrgica de las especialidades básicas, catalogado como segundo nivel de atención y son: Pediatría, Ginecología, Medicina Interna y Cirugía General. A pesar de este diseño institucional el hospital tiene inserto servicios de salud de primer nivel y de tercer nivel. Se disponen servicios de hospital de especialidades que no deberían ser parte del hospital por ser de segundo nivel y son: Oftalmología, Otorrinolaringología, Neumología, Cardiología, Traumatología, Cirugía Vasculuar, Cirugía Plástica. También tiene a disposición un primer nivel de atención, que es el servicio de Medicina Familiar que atiende consulta polifuncional y de integración de actividades para Paciente con varias patologías y enfermedades crónicas. El servicio de Medicina Familiar realiza visitas domiciliarias y es el nexo para el ingreso de Pacientes. Y también se han conformado grupos de patologías para realizar actividades de promoción y prevención de salud, como el club de la memoria para personas con problemas cognitivos (HSFQ IESS 2019).

“El Hospital General San Francisco tiene una demanda de servicios en crecimiento sostenido y se ha constituido en un referente de atención para la población del norte de Quito, sus parroquias aledañas y las provincias del norte del país” (HSFQ IESS 2019, 5). Tenía un porcentaje de ocupación de un 90% antes de la pandemia. La necesidad de camas en el barrio de Carcelén antes de la pandemia fue de 43 camas por 1000 habitantes (HSFQ IESS 2019). Durante la pandemia, el HGSF inicialmente fue designado para atender la patología prevalente o la morbilidad. Pero con las diferentes olas de nuevas cepas de facto se habilitaron áreas para hospitalización de pacientes con covid-19 e incluso se atiende pacientes de cuidado crítico. Nuevas áreas se implementaron en carpas para atender a los pacientes sintomáticos respiratorios y algunas áreas fueron reasignadas con otras funciones. A pesar de no tener las competencias técnicas acorde a las funciones que se les designa, el personal estuvo trabajando en áreas dedicadas a pacientes con covid-19.

4.6. Estructura institucional del HGSF

El HGSF es un hospital pequeño, lo que facilita el contacto entre el personal. En hospitales más grandes los servicios de salud se dividen en un mayor número de áreas. En el HGSF en una misma planta se encuentran todos los servicios de clínica, es decir, camas de hospitalización de diferentes especialidades como: Cardiología, Neumología, Gastroenterología, Geriatria, Medicina Interna. En otra planta se localizan camas de servicios quirúrgicos como: Traumatología, Cirugía Vascular, Cirugía Plástica, Urología, Cirugía General. Este hecho facilita el contacto entre personal de diferentes áreas y especialidades, lo que permite la conformación de redes de confianza.

El hospital está organizado por departamentos y servicios según áreas de especialización. El hospital tiene un organigrama en el que constan un elemento gobernante, otro de unidades de apoyo a la gestión (como áreas financieras, adquisiciones, jurídico, etc.), Además existen instancias de asesoría (como la unidad de calidad, diversos comités). El nivel operativo está distribuido según departamentos según los perfiles del puesto (HGSF 2019). En cada área se encuentran asignadas personas con diferentes competencias según su profesión, arte u oficio. Esto conforma redes entre pares, es decir entre personal auxiliar, de enfermería, médico ya sea residente o tratante (Notas de campo, Quito HGSF, 14 de abril de 2020). En el HGSF existe una organización formal, y en forma paralela existe un sistema de normas, que son producto de las relaciones de jerarquía no formal. Esta jerarquía no formal se constituye por las relaciones de poder producto del contacto de los diferentes grupos e individuos en el trabajo diario.

La estructura organizacional del hospital en el área administrativa tiene el nivel gerencial, los coordinadores o mandos medios que tienen una brecha de comunicación con el nivel operativo. No existen espacios en los cuales se pueda expresar los criterios. Esto es evidente por la mañana en que se realiza la reunión de disposiciones diarias entre el personal de enfermería. En cada departamento o servicio el o la líder de enfermería reúne al personal y da disposiciones antes de que se entreguen las actividades realizadas en cada paciente o lo que está pendiente. En cada una de estas reuniones quien habla es el o la líder quien en ese momento llama la atención por algún error, o menciona una norma, pero no hay espacio para que el personal operativo se exprese. Luego de estas reuniones existen comentarios de descontento de una enfermera que manifestó: “mejor no digo nada para que después me castiguen” (Notas de campo, Quito HGSF, 24 de marzo de 2022).

Esta estructura organizacional tiene reglamentos, normativas, pero muy pocos procesos estandarizados y socializados. En muchos casos, el personal se ve confrontado con circunstancias en las cuales no existe una norma por lo que se toman las decisiones con la discrecionalidad de quién esté presente en ese momento. Esto se evidencia en diferentes momentos, por ejemplo, en el quirófano la decisión de que paciente debe ingresar primero a realizarse la cirugía de emergencia depende del criterio del personal de enfermería líder que esté en ese momento y no existe ninguna norma escrita de cómo proceder (es decir por gravedad, o por orden de llegada, etc.) (Notas de campo, Quito HGSF, 17 de febrero de 2022). Esta falta de normatividad genera conflictos interpersonales lo cual fragmenta el tejido social y ocasiona que los nexos entre las personas se resquebrajen. Esto fue evidente en un caso de un paciente terminal (aquel paciente en el cual cualquier medida terapéutica que se realice es fútil o inútil) en el cual se debe adecuar el esfuerzo terapéutico, es decir, realizar actividades de tratamiento que ayuden al paciente y que no sean inútiles. Si se siguen realizando medidas terapéuticas ineficaces, lo que se consigue es solo alargar la agonía, lo que se denomina obstinación terapéutica o encarnizamiento terapéutico. Esto sucedió en un paciente que se estaba en el área de recuperación, lo que generó conflicto entre diferentes servicios, e incluso se realizó una reunión en la unidad de calidad. En dicha reunión se suscitaron varias discrepancias que ocasionaron conflictos entre el personal. (Notas de campo, Quito HGSF, 4 de mayo de 2022). Luego de esa reunión los lazos de relacionamiento se deterioraron. Este espacio de conflicto tuvo como variable determinante la falta del proceso administrativo para estos casos. En tanto el hospital no tiene claros los procesos, los procedimientos es una organización con bajo nivel de institucionalización. Este hecho genera conflictos porque las reglas no están claras.

4.7. Tipología del personal de salud del HGSF

Las dinámicas de relacionamiento del personal de salud del proceso sustantivo de provisión de servicios de salud se dan en forma estratificada en varios niveles. Estos enmarcan y modulan las relaciones interpersonales, facilitan o dificultan la formación de redes de confianza. La categorización siguiente es construida por el investigador en base a la observación participante, y describe el personal de salud del hospital según sus funciones: el personal auxiliar que incluye quienes transportan a los pacientes y el personal de enfermería, y el personal médico que incluye a los médicos residentes, tratantes. El personal auxiliar como son las personas que llevan a los pacientes tienen entrenamiento básico y se encargan del transporte de paciente, interactúan muy cercanamente con las licenciadas de enfermería

que son quienes les dan los diferentes comandos, pues hay una relación jerárquica normatizada en la institución. Esto permite un relacionamiento en el trabajo, pero no es propicio para la formación de redes de confianza. El personal auxiliar se relaciona con el personal médico residente cuando tienen que transportar pacientes críticos, pero no hay mayor interacción después de esta actividad. El personal con rol subalterno (auxiliar de enfermería o de enfermería) interactúa en un nivel similar por lo que este relacionamiento más horizontal puede generar lazos de unión y fomentar espacios de sociabilidad que permite cohesión social.

El personal de enfermería realiza atención directa al paciente, siguen las indicaciones médicas que se las hace por escrito, por lo que la interacción con el personal médico no es cercana. En los pasos de visita es decir cuando el equipo de trabajo (situación en la que el personal de salud evalúa a cada paciente y se toma decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento) se revisan los datos de la historia clínica y se examina a los pacientes, generalmente no está presente el personal de enfermería y cuando lo hacen tienen un rol muy subsidiario, subalterno. No participan en la conversación, ni tampoco en las decisiones. Esta dinámica jerárquica, en la que existe distancia entre los diferentes tipos de trabajadores de la salud no facilita la comunicación y ni la génesis de lazos de confianza.

Estas brechas entre el personal según su rol y función se tornan evidente cuando el personal médico ingresa a las diferentes áreas o servicios del hospital, pues en una proporción importante de veces no saludan con el personal de enfermería y este también se torna indiferente cuando el personal médico ingresa al área (Notas de campo, Quito HGSF, 1 de junio de 2022). Pero esto no sucede siempre pues algunos casos si hay una relación cordial entre el personal de enfermería y el personal médico.

Las médicas y los médicos residentes son personal que no tienen la especialidad que realizan actividades asistenciales delegadas por el personal médico tratante según su nivel de formación. El personal de médicos residentes son un grupo heterogéneo pues algunos forman parte de un proceso de formación de postgrado y otros no. Estas diferencias en cuanto a la relación con el hospital y según los años de experiencia determinan estratificación. Los niveles de conocimiento y experticia fragmentan a los individuos en grupos, lo cual es un factor no favorable para que se formen lazos de cohesión. A pesar de ello el personal residente trabaja con un modelo de turnos rotativos, guardias de 24 horas cada cuatro días que es un determinante en la configuración de redes de confianza y también para conflictividad. El personal médico tratante está conformado por profesionales son especialistas en una

determinada área de la práctica médica, obtienen el título luego haber cursado un programa de postgrado universitario con trabajo hospitalario que dura de 3 a 4 años. Este nivel es el que determina los planes diagnósticos y planes de tratamiento. Estos profesionales son los responsables de las decisiones que se toman en cuando al manejo de los pacientes. Estas circunstancias determinan una relación asimétrica y de poder con el resto del personal que tienen un rol subalterno.

Además, existe el estrato estudiantil de pregrado de diferente nivel de formación tanto de medicina como de enfermería que realizan prácticas hospitalarias. Estos pueden ir a pasantías durante cortos períodos de tiempo en el día o pueden realizar el último año de formación de la carrera dentro del programa de internado tanto de medicina y enfermería. Realizan turnos de trabajo generalmente turnos de trabajo de 24 horas cada cuarto día. Este es el nivel más inferior dentro de la estructura jerárquica del personal médico.

Este escenario con actores de diferente tipología, rol y función dentro de la formalidad institucional crea grupos que por su diferente tipo y ordenamiento facilita a que se formen redes dentro de cada nivel y dificulta que se conformen grupos de confianza entre diferentes estratos. Cada grupo a más de tener diferentes actividades y nivel de experticia, están en un momento vital y tiene diferentes subjetividades. Estas similitudes facilitan la formación de nexos.

4.8. Las relaciones sociales entre el personal de la salud del hospital

Los diferentes grupos de trabajadores de salud tienen espacios físicos de uso rutinario, aunque no existe una asignación formal. En diferentes momentos existen contactos e interacción entre el área médica, de enfermería, auxiliares y estudiantes. La espacialidad constituye una territorialidad, como lo menciona Bourdieu que dice que “al hablar de construcción social del territorio, se debe considerar la dimensión relacional de los actores que despliegan estrategias específicas de acuerdo con intereses vinculados con su ubicación en el campo social” (Herrera, 2020.104). Cada grupo descrito se desenvuelve en un territorio entendido como un sistema de relaciones donde hay conflicto y lucha por el poder.

En los diferentes espacios del hospital existe esta estructura territorial, donde los diferentes grupos, redes se constituyen. Estos territorios tienen fronteras en donde existe interfases, intersticios en donde se producen fricciones, problemas de interrelación. Así el territorio de cada especialidad es un espacio de relaciones con códigos semióticos compartidos. Los diferentes trabajadores de la salud del Hospital General San Francisco están enmarcados en

una estructura organizativa departamental según diferentes áreas de especialización, organizadas según un marco general normatizado por la institución a la que se pertenece el hospital que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Esta normatividad también se generó en forma espontánea desde su fundación, pues todos los departamentos tuvieron que crear normativas, documentación procesos, etc. Estas normativas se crearon por consenso entre los diferentes actores sociales, pero a la vez fueron el reflejo de un sistema de relaciones que aparecieron en forma espontánea. Como todo el personal era nuevo no existía actores que concentraran el poder, ni tampoco que tengan una estructura jerárquica. Progresivamente se constituyeron territorios que se ubicaron espacialmente en el hospital, esto es observado especialmente en determinadas áreas las cuales están en una planta física con limitaciones de accesibilidad como son: quirófano, cuidados intensivos, neonatología, centro obstétrico. En cada espacio territorial se observa una conflictividad interna y con los otros territorios. La conflictividad se da generalmente tiene como detonante las discrepancias generadas en cuanto a las actividades a realizar. Esto se magnifica por la falta de un manual de procesos, procedimientos y actividades. Un momento en el cual se evidencia esta conflictividad es cuando se realiza el paso de visita. En esta circunstancia, se observa esta conflictividad en diferentes esferas: como la comunicación, la gestión de la información, la toma de decisiones.

4.9. Gestión de información en el Hospital General San Francisco

Las oportunidades de contacto entre el personal de salud están restringidas por la gran cantidad de actividades asistenciales que se deben realizar. En los espacios formales diseñados administrativamente para la comunicación formal se producen errores en esta transmisión de mensajes, por lo que se suscitan conflictos por malentendidos y por el diferente significado que cada grupo tiene de ciertos términos. Estos espacios en los que la información en los mensajes no es adecuadamente percibida, se generan espacios para fricciones, desacuerdos. Esto lleva a que la formación de redes de confianza sea difícil. Por el contrario, si la comunicación es efectiva, se generan momentos de confianza que permiten el apareamiento de nexos.

En la gestión de la información el personal médico que sale de turno de trabajo da un reporte de la evolución del estado de salud y los problemas de los pacientes al personal médico que ingresa al trabajo. En este momento es cuando se hace patente el conocimiento, la experticia de la persona. Quien lidera esto es el personal médico tratante. El personal residente entrega la información y es en ese momento en que el/la tratante pregunta sobre los paradigmas de atención establecidos, es decir, sobre los consensos, estandarizaciones, sobre la teoría. Si el

personal residente no conoce las respuestas, es un momento muy incómodo. Este es un momento en el cual se connota jerarquía del que posee el conocimiento sobre los que no. Estos espacios de interacción no favorecen la formación de lazos de unión, sino conflictividad entre los diferentes niveles e incluso dentro del grupo de mismo rol.

Se observa una especie de competencia para demostrar quién es el que sabe más. Esto se evidenció en un paso de visita en el que estaban personal médico tanto tratante como residentes, además estudiantes. Un médico especialista empezó a preguntar y fue evidente que nadie dominaba el tema como él y otro tratante trato de emitir criterios para demostrar que también conocía lo planteado, pero fue evidente que el primero tenía el conocimiento. Cabe mencionar que entre los dos médicos tratantes existió previamente un conflicto bastante álgido. En este caso el paso de visita fue un momento donde competencia que se presentó de similar forma que en pasó en otros escenarios (Notas de campo, Quito HSFQ, 1 de marzo de 2022). Se utiliza el conocimiento (episteme) de una forma instrumental para lograr reconocimiento para tener supremacía. Se realiza preguntas en forma insistente y repetitiva aun cuando ya quedó claro que el o la residente no conoce el tema. La jerarquía no formal se consolida según la experticia, el conocimiento que se demuestra en diversos momentos como en la entrega de guardia.

Esta dinámica en la cual se ahondan las asimetrías en el ejercicio del poder se reproduce de una forma escalar. En otros niveles, existen comportamientos análogos, así en cada servicio o departamento hay un residente nombrado como “jefe”, que realiza lo mismo realizado por el o el médico tratante, es decir, en determinados momentos realiza preguntas y la persona interpelada no responde, no es respetado y es relegado de actividades como el no poder entrar a quirófano como ayudante. O se le delegan actividades administrativas y de documentación. El contenido de la comunicación, expresado como un metalenguaje, es decir la utilización de tecnicismos es una forma de marcar distancias. Esto se refleja en una frase que se repite con determinada frecuencia entre el personal, se dice: “al médico se le conoce según como habla” (Notas de campo, Quito HSFQ, 25 de marzo de 2022), es decir, si se expresa con terminología técnica que está de moda, o con referencialidad a documentos de consensos, o por su poder de argumentación, o por un lenguaje que expresa un pensamiento con lógica matemática basado en Bioestadística y en Epidemiología Clínica. En los momentos de interacción del equipo de trabajo en el servicio, en el paso de visita o en reuniones de análisis de casos clínicos, varias personas intervienen para ser reconocidos, adquirir jerarquía, no existe la intencionalidad de compartir los saberes. Por ejemplo, se pregunta detalles de alta especialidad que la persona

que formula la interrogación sabe que el resto no sabe y lo hace para demarcar diferencias y adquirir poder (Notas de campo, Quito HSFQ, 31 de marzo de 2022).

Esta gestión de la información fragmenta los grupos de trabajo, dividiéndolos entre los que detentan un conocimiento y en lo que no lo poseen. Pero también genera lazos de unión entre los que no son reconocidos que tienen un saber científico. Entre las personas que dominan un tema, no se generan lazos de unión, sino más bien hay una relación de competencia e incluso de antagonismo. El espacio en el cual se realiza este proceso están diferentes niveles de la jerarquía por lo que este espacio no es favorable para la formación de nexos para la constitución de redes. El personal tratante muchas veces realiza preguntas con el afán de tener un momento docente, donde se dé el proceso enseñanza aprendizaje, pero en otras ocasiones se trata de delimitar territorialidades de poder, de afianzar las asimetrías y mantener a las personas en una posición subalterna. Este espacio de conflictividad, en el que las diferentes posiciones entran en conflicto generan brechas interpersonales y espacios de contienda.

El personal de enfermería, auxiliar, paramédico no tienen este comportamiento. Cuando entregan la información se siguen una estandarización que es norma en el hospital, a diferencia del personal médico que no siguen ese esquema. Cada persona se dedica a las actividades de su rol y función. Rara vez se observa que el personal de enfermería pregunte sobre la teoría de los esquemas de diagnóstico y tratamiento al paciente o los cuidados de enfermería.

4.10. Comunicación en el Hospital General San Francisco

La conformación de redes personales requiere que la comunicación se efectiva, que exista escucha empática, que los códigos se descifren lo más acertadamente en el sentido en el que el emisor del mensaje quiso hacerlo. Para entender lo comunicado se requiere un contexto. Si hay problemas en cualquier parte de este proceso, el entendimiento va a ser menor, pueden generarse conflictos y por lo tanto no puede existir un acercamiento que evoque empatía o compasión que posibilite la conformación de redes de confianza.

El proceso comunicacional en situaciones formales de trabajo está enmarcado en códigos semióticos que son comunes a cada grupo según la especialidad médica de los diferentes servicios de salud. El personal asignado a un servicio progresivamente va integrando nuevas palabras, nueva información e incluso una nueva forma de conceptualizar el proceso salud-enfermedad y la vida-muerte. El personal que ingresa a un servicio, durante el trabajo diario requiere estudiar para poder funcionar adecuadamente en el área asignada. Las personas

novatas adquieren un bagaje de conocimiento que no es accesible a las otras especialidades, por lo que el contacto entre personas de diferentes servicios se presta para malentendidos. Esta situación puede graficarse con la siguiente observación: cuando un paciente en estado grave es ingresado al servicio de emergencia es sometido a un proceso diagnóstico y se lo cataloga como crítico, esta palabra que representa un concepto es entendido en forma diferente por diferentes profesionales de diferente especialidad. Por ejemplo, si es un paciente catalogado como quirúrgico, se llama al cirujano que evalúa lo “crítico” de una forma diferente a como lo entiende el intensivista. Claro está que existen muchos matices, pero generalmente el cirujano piensa fisiopatológicamente, es decir la función, pero con preponderancia se enfoca en el problema anatómico-estructural que hay que corregir. En cambio, el especialista en cuidados intensivos (intensivista) piensa más en un problema de la funcionalidad (fisiológico) y no puede comprender el aspecto estructural. Esta diferencia en la significación de los códigos genera conductas diferentes y una falta de entendimiento entre las dos perspectivas.

Cada servicio según su especialidad utiliza una serie de tecnicismos que solo son comprendidos por los miembros de ese departamento. Cuando se presenta la ocasión en que se reúnen varios profesionales de diferente especialidad, existen momentos en los que no se comprenden los mensajes porque la relación significado-significante son diferentes. Por ejemplo, existe un anglicismo que es utilizado por diferentes servicios que es el “distrés respiratorio”, unos grupos lo entienden como falla o insuficiencia respiratoria (incapacidad para poder respirar, que es un problema que puede deberse a diferentes enfermedades) y otros grupos lo entiende como edema pulmonar (que es la hinchazón del pulmón, es una enfermedad específica). Esta diferente comprensión y significación es un saber que genera una actitud y una práctica diferente.

En el proceso comunicacional los emisores no emiten el mensaje “traduciéndolo”, es decir exponiéndolo en términos entendibles por los “otros”. El código es significado en forma diferente, el medio del mensaje puede ser escrito en la historia clínica o verbalmente expresado. El receptor del mensaje o mejor dicho el perceptor (porque la persona que recibe el mensaje no solo lo hace en forma pasiva, sino que lo elabora) generalmente no tiene un repertorio de significados para poder entender estos códigos de otros servicios (Notas de campo, Quito HGSF, 8 de febrero de 2022).

Todo este proceso comunicacional con sus problemas genera elementos facilitadores y también de dificultad para la configuración de redes de confianza en los trabajadores de la

salud. Los grupos con los mismos códigos semióticos logran mayor entendimiento lo que favorece la formación de redes. Por otro lado, las personas de diferentes servicios de diferente especialidad por utilizar diferentes metalenguajes tienen problemas en la transmisión y percepción de los mensajes lo cual dificulta la formación de redes de confianza entre sujetos de diferentes servicios.

4.11. Conclusiones

El HGSF es un hospital con 11 años de funcionamiento que está enmarcado dentro del sistema de salud pública financiado por un fondo de seguro de los afiliados y administrado por el aparato gubernamental. El objeto de estudio del presente trabajo son las redes sociales personales del personal trabajador de la salud del hospital. Estos deben respetar la lógica institucional, la razón de ser del IESS y también seguir la normatividad del Ministerio de Salud Pública que da las políticas de salud. Estas se alinean a las estrategias globales construidas por la Organización Mundial de la Salud que son la Atención Primaria de Salud (APS) que se enfoca en el bienestar no solo biológico, sino psico-social. Esta ideología institucional configura el funcionamiento del hospital y también las redes sociales personales, por varias razones, se dispone como línea conductora internacional la APS, que se operacionaliza con el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). Este marco normativo se enfoca en lo holístico, lo bio-psico-social, lo cultural, por lo que el personal de salud en una proporción no determinada tiene estos saberes que le guían y le impriman un modo de ser, una forma de atender no solo al usuario externo, sino a interno. Se trata de un proceso de sensibilización, de desarrollo de la empatía y compasión que posibilita la formación de lazos afectivos.

La estrategia de APS, el MAIS y la lógica institucional del IESS, configuran una cultura organizacional en la cual se modula la identidad, el sistema de creencias, las actitudes, las prácticas enfocadas hacia el humanismo, a una visión holística, integral del proceso salud enfermedad. Alineado con esto se observan comportamientos solidarios, altruistas por esta subjetividad generada por la normatividad institucional y por la motivación de haber elegido una carrera en salud. Esto sucede en el personal de salud, pero también ocurre lo contrario, es decir, a pesar de existir una subjetividad encaminada al cuidado de las personas, puede ocurrir un proceso de deshumanización, en el que las actividades se realicen en forma mecánica sin que exista empatía ni se valore la alteridad.

El HGSF por estar ubicado en el norte de Quito, en un barrio de clase media y baja, con alta proporción de personas migrantes del norte del país determinó que cuando el hospital empezó a funcionar estuvo enfocado a las personas con baja accesibilidad al sistema de salud privado, es decir a personas vulnerables. Por esta razón el hospital tuvo un relacionamiento con la comunidad no solo con la prestación de servicios de tratamiento y curación de enfermedades, sino también de prevención y atención a la discapacidad. El personal que se dedicó a esto es del servicio de Medicina Familiar, quienes tenían que ser un punto de encuentro para coordinar la atención con otras especialidades y de esta manera se generaron espacios de sociabilidad para la conformación de redes de confianza.

La estructura institucional con sus normativas y espacios formales en los cuales los diferentes tipos del personal de salud generan contactos y oportunidades de sociabilidad. Estos espacios de interacción del personal que aparecieron ya sean para construir una normativa, o un protocolo clínico o administrativo. Estos espacios eran muy frecuentes al inicio del funcionamiento del hospital porque se requería la reglamentación y los instructivos técnicos para que el proceso de atención clínica sea eficiente. Aquí fue cuando se encontraron coincidencias entre las personas y se logró formar nexos interpersonales que evolucionaron a redes de confianza. Esto se facilitó porque el personal en un inicio se percibió como un relacionamiento entre pares, era una situación horizontal y muy simétrica, porque todo el personal partía del mismo punto. Con el transcurso del tiempo aparecieron las jerarquías y el distanciamiento interpersonal que fue cambiando la dinámica de las redes.

Los momentos en que se hace evidente esta asimetría y jerarquía es cuando se gestiona la información clínica de los pacientes. Si existen diferentes niveles, estratos el proceso comunicacional se torna complejo, porque los códigos de interpretación del mensaje no son los mismos y pueden generar conflictos lo que dificulta la formación de nexos. Ocurre lo contrario cuando existen coincidencias y similitudes en los horizontes de significación, en este caso el proceso de decodificación y percepción del mensaje es adecuado y genera relaciones de confianza que posibilitaron la formación de redes personales.

Capítulo 5. Las redes personales en el Hospital General San Francisco

El presente trabajo busca entender y explicar la dinámica de las redes personales conformadas por el personal trabajador de salud del HGSF y su comportamiento con la crisis de la pandemia de covid-19. Se analiza las trayectorias de involucramiento de los miembros en las redes, la intensidad de los nexos y el cuidado comunitario y solidario. La conformación de las redes y la cercanía de estos se realiza por las representaciones, los saberes, el mundo simbólico que genera actitudes y prácticas. Por esto se busca comprender este mundo simbólico que se da en el espacio intersubjetivo. Con la pandemia de covid-19 las redes sociales sufrieron una crisis importante por lo que se busca entender los cambios en la dinámica relacional.

En este capítulo se describen las redes sociales personales del HGSF, se las categoriza en una tipología según varios criterios como son, los diferentes tipos de nexos, según la identidad, la subjetividad. Todas estas variables se las evaluó las redes con un enfoque egocéntrico que permite evaluar la cohesión social en torno a liderazgos surgidos en la situación de crisis de la pandemia. El enfoque socio céntrico es mejor cuando se delimita el objeto de estudio la red de redes del hospital como una unidad macro, pero en este trabajo se analiza las redes pequeñas configuradas en la crisis.

Las variables estudiadas son: lazos de cohesión, intensidad de los lazos, la subjetividad e identidad del personal de salud, los determinantes para la conformación de las redes, la emotividad, la racionalidad utilitaria, la dinámica dentro de la red y su relacionamiento con la exterioridad. El enfoque sistémico permite abordar los flujos, el acceso a recursos, a información, la toma de decisiones, la entropía de la red, la reorganización, retroalimentación, etc. Luego describo sobre la formación y la configuración de las redes. Los factores que determinan la conformación de espacios de sociabilidad están en el mundo simbólico, ya sea por la afectividad, por la narrativa fundacional individual o colectiva.

Se estudian los espacios de sociabilidad en los cuales la interacción es formal por el trabajo y también existe dinámicas de relacionamiento informal que no está enmarcado en la organización institucional sino por asociación libre en forma espontánea. Estos espacios están en diferentes estratos según la jerarquía hospitalaria que se constituye por los roles y funciones dentro de la organización que se relacionan directamente con el conocimiento, experticia y oficio del personal.

En este capítulo luego de haber descrito las formas de cohesión social y los tipos de lazos de unión, describo el funcionamiento de las redes personales. Estas dinámicas se dan en diferentes esferas, como el mundo simbólico, el espacio intersubjetivo y están alineadas con los saberes, conocimientos de las personas y los grupos que enmarcan ciertas actitudes y se traducen en prácticas determinadas. A continuación, detallo casos de análisis en sitios representativos de redes que grafican la dinámica de sociabilidad y conflictividad en donde se observa dos hilos conductores de los actores sociales que son la Ética del cuidado o la racionalidad instrumental.

5.1. Descripción de las redes del personal de salud del HGSF

Las redes de confianza se conforman por varios factores para la sociabilidad. Se forman en los departamentos asignados para trabajar, por las emociones compartidas, por la identidad similar, por la subjetividad análoga y un ethos de coincidencia mínima de valores y saberes entre los actores sociales. Las redes de confianza de los trabajadores de salud del HGSF pueden categorizarse según: el grado de cohesión, el relacionamiento de las redes con el entorno, según el tipo de liderazgo, según el principal elemento de cohesión, la similitud entre las diferentes subjetividades. Existen dos abordajes teóricos que reúnen varias de las características apuntadas. El uno es estructural, que mira la red de posiciones e intereses de los actores, el número y tipo de lazos, el número de contactos. El segundo enfoque es la función en el que se puede evaluar cómo se toman las decisiones grupales, o como se difunde la información, los nodos o individuos con poder, los individuos que tiene mayor influencia y capacidad de convocatoria, la luchas por la obtención de beneficios, las alianzas, los conflictos, etc.

Otro abordaje teórico es como se organiza o se desorganiza una red, primero sin la influencia de su entorno social, y segundo como la red reacción al cambio cuando se presenta un evento contingente o una crisis. Se puede analizar como cambió la estructura, como cambió la red de posiciones, los roles, como cambió la dinámica, la conformación de nuevos nexos, o la ruptura de estos por el evento adverso que se presente como fue el caso del covid-19. Por el impacto de este problema de salud pública mundial, las redes tuvieron que reinventarse para poder seguir existiendo y si no cambiaron colectivamente, no pudieron adaptarse, simplemente la sociabilidad disminuyó en unos casos, pero en otro mejor se fortalecieron y se tornaron duraderos.

5.2. Tipología de los nexos interpersonales según los grados de cohesión en las uniones de las redes

Los nexos entre las personas o nodos de la red se forman a partir de dinámicas de confianza que son independientes de la organización institucional formal. Estos lazos se configuran dentro de un mismo estrato, pero difícilmente entre ellos. Los lazos vinculares son influenciados por: la subjetividad compartida, la profesión u oficio compartido, el origen del personal de salud, la historia compartida. Los nexos constituidos tienen una temporalidad diferente según cuál es su intensidad que pueden ser superficiales y con duración corta o cercanos con mayor permanencia en el tiempo.

Las redes personales del HGSF analizadas en un corte transversal nos permite analizar la dinámica de la red en un momento dado, si se lo hace en forma longitudinal, se observa la evolución de esta funcionalidad a través del tiempo. Con esta perspectiva se puede categorizar a las redes personales como temporales o duraderas. En el HGSF, las redes conformadas en un inicio del funcionamiento son más fuertes y duraderas y trascienden el sitio de trabajo. Otras redes generadas por el hecho de trabajar en un mismo departamento son más transitorias.

El análisis de redes en forma estructural describe los límites de cada red o si se estructura alrededor de un nodo o un “ego” que puede ser individuo de alto poder o puede ser una diada con una posición de centralidad, en cuyo caso se trata de un abordaje ego céntrico o si se lo analiza como un conjunto de relaciones entre las diferentes redes, se trata de un enfoque socio céntrico. En este trabajo el acercamiento al objeto de estudio fue egocéntrico. No se realizó una medición sistemática o exhaustiva sobre la estructura, es decir la posición de cada nodo, o las relaciones con los otros nodos, ni la densidad de los contactos, ni la fuerza de los nexos.

El enfoque egocéntrico empleado permitió analizar las relaciones dentro de la red. No se analizó los flujos de información. El objetivo no era levantar una sociometría, sino más bien describir los tipos de nexos y las variables que determinan la formación de las redes personales. que estas enfrentaron la crisis ocasionada por la pandemia de covid-19. Este modelo teórico sirvió para categorizar las redes encontradas y describir los tipos de nexos interpersonales. Las redes se configuraron predominantemente por dos determinantes, unas por la elección racional del posible beneficio y otras por los afectos. Los lazos de unión también son débiles o fuertes según el tipo de red de que se trate.

5.2.1 Redes de lazos superficiales

Estas redes se caracterizan por ser constituidas por personal de salud cuyas actividades facilitan el contacto con otras personas durante el trabajo. Porque al trabajar en grupo o en equipo fomenta un relacionamiento que configura redes pero que muchas veces no generan nexos sólidos, ni duraderos. Los contactos pueden ser superficiales lo que generalmente produce una dinámica de encuentros delimitados solo a la esfera laboral. A pesar de esto el trabajo conjunto genera redes de confianza con la formación de equipos.

Relacionado a lo anterior una licenciada en Enfermería afirmó lo siguiente:

la verdad es que tengo compañeros que hacen más liviano el turno, [...] sino del equipo de emergencia. En todos lados hay gente que, si trabaja en equipo, pero la mayoría de los compañeros de la emergencia puede decirse que trabajamos en equipo, y creo que eso quita el miedo (Sofía, licenciada en Enfermería, entrevista, Quito HGSE, 31 de enero de 2022).

Estas redes que aparecen en el trabajo diario posibilitan realizar actividades como compartir una comida en el hospital, existe la práctica de mandar a comprar algún alimento y se comparte un momento de relajación y conversación generalmente en el comedor que es el sitio autorizado para hacerlo, pero en muchas ocasiones esta actividad se la realiza en cada servicio o departamento. Estas redes del personal de salud se dan apoyo mutuo dentro del hospital y también se organizan para compartir momentos de amistad fuera de la institución como por ejemplo reuniones en las que se comparte una comida como una parrillada. Estas redes en caso de que una persona tenga problemas como una enfermedad, realizan rifas, u organizan la venta de tickets para reclamar un plato de comida como hormado de cerdo, para recabar fondos para quien lo necesite.

Mas allá de este nivel de relacionamiento en estas redes de lazos superficiales, no se profundiza más el relacionamiento a nivel más íntimo. Se trata de una relación cordial, pero a la vez distante. Debido a esto en los momentos de crisis estos nexos pueden fragmentarse, por ejemplo, en circunstancias en las que hay una emergencia, en la que se atiende a un paciente en estado crítico. Así lo afirma un médico tratante afirmó que “en momentos de crisis se ve cómo mismo funciona el equipo, si funciona o no funciona, tal vez se facilitó ese momento de crisis o en el momento de crisis. Cada uno por su lado y provocó conflictos interpersonales y que afectó el manejo de los pacientes” (Médicos tratantes, Grupo Focal, Quito HGSE, 1 de marzo de 2022).

Las redes de lazos superficiales se configuran por el contacto en la cotidianidad en la que se observan varias dinámicas, como cuando una persona novata ingresa a un servicio hospitalario es entrenada por alguien con experiencia. Esto genera nexos que generalmente son superficiales porque la gestión del conocimiento se da en un contexto jerárquico en donde la persona con menos experticia se la ubica en un estrato inferior. A más de esto en el trabajo cotidiano del personal de salud de diferentes experticias y competencias se generan desacuerdos que distancian las personas y los nexos se debilitan.

5.2.2. Redes de lazos íntimos

Las redes con lazos íntimos tienen mayor profundidad en la comunicación, que se facilita al compartir la cotidianidad en el trabajo y también en actividades fuera del mismo. El hospital es un sitio de trabajo en el cual se requiere compartir los saberes necesarios para la atención de los pacientes y también sobre los procesos y procedimientos administrativos que permiten un funcionamiento adecuado del hospital. Cuando los espacios y momentos de interacción son exitosos se produce un intercambio de los saberes que permiten un adecuado funcionamiento en el trabajo. Al compartir diversas vivencias posibilita la gestión de conocimiento, en una relación entre el que posee un saber por su experiencia y el otro que no lo tiene de una forma simétrica, sin jerarquía. En esta relación horizontal se puede establecer una relación de confianza, de dar y recibir, en la que se forma un nexo basado en la gratitud y la emotividad. Este es un patrón de conducta en que una persona con experiencia le enseña al novato, con lo que se genera amistad y confianza. La persona que entrena al novato siente que es su obligación, es un acto de dar sin esperar recompensa. La persona que recibe se siente en deuda y agradecida. Esto sucede con el personal de enfermería lo que genera relaciones vinculares fuertes que permiten la interacción en otras esferas no laborales. Esto se torna evidente en lo que una enfermera menciona: “ si para que, tengo un grupo de compañeras , que ya no son compañeras, sino son amigas porque la Yady, la Jane, la Alex, la Diani, es decir tenemos lo nuestro, que iniciamos primero en quirófano” (Rocío, licenciada en Enfermería, entrevista, Quito HGSF, 8 de febrero de 2022) y que también añade que comparten fuera del hospital, dice “ ha habido la oportunidad de que si es el cumpleaños de una, o se enferma, la vamos a visitar porque para eso son las amigas, en las buenas y en las malas y no solo en los buenos momentos” (Rocío, licenciada en Enfermería, entrevista, Quito HGSF, 8 de febrero de 2022).

Las vivencias durante el trabajo pueden generar emotividad que facilita la cohesión social. La enfermera Sofía demuestra empatía y solidaridad con las compañeras y los compañeros y con

el paciente en un evento de atención a un paciente críticamente enfermo. La licenciada Sofía, ya estaba fuera de su horario de trabajo, existía personal que entraba al turno, la licenciada trabajó toda la noche y a pesar de eso se quedó ayudando a la atención de este paciente (Notas de campo, Quito HGSE, 28 de febrero de 2022). Luego de haber compartido este episodio el personal de salud queda con una unión más fuerte que posibilita una dinámica de reciprocidad dentro del dar y recibir. En otras ocasiones estos mismos momentos críticos general mayor conflictividad y un resquebrajamiento de las redes.

Las redes de cohesión fuerte tienen una subjetividad similar dependiendo de su profesión u oficio, o el sentimiento de pertenencia a un área del hospital o cuando en el equipo de trabajo enfrentó una situación compleja con pacientes críticos (Arango 2013). Ciertas áreas del hospital por tener características especiales son redes más cerradas, por ejemplo: el servicio de Neonatología, Cuidados Intensivos, Quirófano. Estos sitios físicamente son de difícil acceso, los tres servicios tienen puertas con mamparas con guardias, incluso el acceso a quirófano es restringido por ser un área estéril. Estos sitios producen un efecto análogo al confinamiento, por lo que, al ser sitios cerrados, también la subjetividad es modulada, pues por el relacionamiento intersubjetivo se configura un mundo simbólico análogo, lo que da un sentido de identidad. Esto es evidente cuando el personal es trasladado a otro sitio de trabajo, mantiene la identidad y pertenencia al servicio de origen. Como puede observarse en lo que dice una licenciada de quirófano que fue trasladada a emergencia, dice: "si es bonito aquí, pero no hay como mi quirófano, yo soy de allí" (Rocío, licenciada en Enfermería, entrevista, Quito HGSE, 8 de febrero de 2022). La cohesión fuerte forma lazos íntimos cuando se comparte significaciones similares en la que los códigos semióticos de cada grupo tienen un significado compartido que solo esa red conoce y los que no se pertenecen a ella no pueden entender en el mismo sentido los mensajes en el proceso comunicacional. El nivel de conocimiento de las personas integrantes de estas redes es mayor y cuando son cambiadas de área se mantiene la red, los lazos de unión permanecen.

5.2. Redes categorizadas según con la relación con el entorno

El campo social en el que se desenvuelven los trabajadores de salud de los diferentes servicios o departamentos del hospital se constituye el entorno a las redes sociales de los trabajadores de la salud, es decir ese espacio de contacto intersubjetivo. Esta estructura de relaciones en la cual se encuentran las redes de confianza que son pequeñas microestructuras. Esta descripción tiene analogía a un sistema porque tiene una identidad, "una diferencia entre el sistema y el entorno. El sistema no existe en sí mismo, sino que sólo existe y se mantiene gracias a su

distinción con el entorno” (Urteaga 2010, 303). Según el marco conceptual desarrollado anteriormente las redes de trabajadores de la salud pueden ser estudiadas con el modelo sistémico propuesto por Luhmann en el cual cada red es un sistema. Bajo esta perspectiva las redes consideradas como sistemas se relacionan con el entorno y según esta categoría, las redes pueden ser abiertas o cerradas (Urteaga 2010). El relacionamiento con el entorno es por medio de flujos de diferente tipo, flujo de información, flujos de afectos, flujos de recursos, etc. Las redes abiertas mantienen flujos más intensos con otras redes, por este motivo se enteran más rápidamente de noticias institucionales de interés común. Tienen acceso a recursos, especialmente en momentos de crisis hospitalaria por la precariedad. Toda esta información que entra a la red contribuye al equilibrio del sistema. Las redes cerradas tienen menor relacionamiento con el entorno por lo que están en desventaja para obtener recursos, información, lo que incrementa la entropía.

Los flujos dados en las redes no solo son de recursos materiales o información, recursos, sino también de afectos. Cuando sucede un evento negativo a un integrante de una red, como por ejemplo una enfermedad o la pérdida de un familiar, o una crisis financiera, los integrantes de la red dan el apoyo necesario. Cuando la red es abierta una persona puede recibir apoyo afectivo, espiritual de miembros de otra red. Si la red es cerrada esta circunstancia es más difícil que se concrete. Del contacto con el entorno del sistema depende que la retroalimentación de la exterioridad contribuya al mantenimiento del equilibrio de la red.

5.3. Factores para la formación y configuración de las redes

Los factores que determinan la sociabilidad entre los trabajadores de la salud son elementos comunes que tienen las personas. Estos son: identidad análoga, subjetividad compartida, profesión u oficio, historia de amistad previa en otra institución o en las aulas universitarias, mundo simbólico, actividades compartidas en el trabajo diario, historia compartida como el hecho de ser fundadores del hospital.

En este apartado se explica sobre la sociabilidad se genera en varios sitios físicos del hospital en donde coinciden espacios intersubjetivos y territorialidades. Estos espacios del hospital ordenados por departamentos según su especialización en la atención. En algunos de este servicio las vivencias son muy intensas, especialmente en áreas críticas como Terapia Intensiva, Quirófano y Emergencia. En estos escenarios se conforman lugares de sociabilidad y de conflicto con mayor facilidad que en otros en los cuales la interacción es escasa y por tiempos reducidos como en el área de consulta externa.

Luego de esto describo la modulación de la subjetividad generada por la interacción y por tener un denominador común, que es la elección de la profesión en salud, que es el deseo de ayudar a los demás. Este elemento fundacional importante se va modificando con la actividad en el trabajo cotidiano que generalmente conduce a una lógica humanista en una estructura jerárquica. Describo a continuación el funcionamiento de las redes, que está determinado por el sistema de creencias, que configuran intereses y posicionamientos en la práctica del trabajo diario.

5.3.1 Subjetividades compartidas

El personal de salud comparte un sistema de significaciones que constituye una subjetividad dirigida hacia el cuidado del otro. En los grupos focales realizados el personal de salud refiere que decidieron seguir carreras relacionadas a la salud por el deseo de ayudar y cuidar a las personas enfermas (Grupo focal de enfermeras y enfermeros, Notas de campo, Quito HGSF, 18 de abril de 2022). Como relataron en estas entrevistas, su motivo principal para haber escogido esa carrera u oficio es el de cuidar, calmar el dolor, aliviar, acompañar. La subjetividad del personal de salud está enmarcada en una ética del cuidado, en la cual se centra en el bienestar del paciente o de la persona que sufre y tiene un problema de salud. Este ethos en el cual el valor principal es la protección de la vida, los principios generados de este se dirigen siempre a la atención al paciente, incluso en muchas ocasiones con menoscabo de la salud del personal de salud que cuida a los pacientes, ya que muchas veces el personal no tiene una adecuada ingesta de comida, ni en la cantidad requerida, ni a la hora debida.

De acuerdo con Ávila Morales (2017) el personal de salud inicia con este norte en su vida profesional, pero con el transcurrir del tiempo su “ethos” va cambiando por diversos caminos. Aunque algunas personas trabajadoras en la salud siguen centrando su actividad y razón de ser en contribuir al bienestar bio-psico-social del paciente, también hay la posibilidad de un proceso de deshumanización. En este caso, se tiene que revisar que es lo humano (Ávila-Morales 2017). Ávila-Morales (2017), en un estudio sobre la deshumanización en medicina comenta sobre la pérdida de los valores que caracteriza a la deshumanización, además existe pérdida de los principios, de la capacidad de empatía de la identidad. El personal sanitario se deshumaniza porque pierde el valor de respeto a la vida y violentan principios como el de cuidar a las personas que sufren. Aparecen antivalores propios de la modernidad, me refiero a los mitos de la libertad individual, la productividad, el egoísmo, etc. Esta narrativa se concreta en políticas de Estado, así Robayo et al. (2015) afirma que la lógica de mercado en la industria sanitaria convierte a la salud en un producto más, se convierte las prestaciones de

salud en mercancía y no se busca el bienestar. Concordante con esto en el HGSF, importa el número de prestaciones en salud, es decir la productividad, que es lo que cuenta y se deja de lado lo psico-social de la salud, lo que se expresa en el portafolio de servicios institucionales. El paquete de actividades está dirigido hacia el tratamiento, no se realiza promoción de la salud, ni prevención, sino se enfoca predominantemente en la curación, y la atención a la discapacidad no se le presta atención, tanto es así esto que en este hospital no hay servicio de rehabilitación y fisioterapia. Mainetti (2014) plantea el problema de la deshumanización en torno a la metodología de toma de decisiones de la Medicina Basada en la Evidencia, que al aplicarla existen problemas en los cuales existe supremacía de la elección de consumidor, por eso al paciente se lo llama cliente. En este caso hay un manejo mediático para favorecer la industria farmacéutica y no se basa en la evidencia, ni tampoco en las preferencias del paciente, ni lo referente al espacio psico-social (Mainetti 2014).

Coskun (2014) refiere la definición de Oliver sobre el término deshumanización, afirma que “deshumanización es una actitud que se refiere a la negación total de las facetas humanísticas de una persona o un grupo” (Oliver 2014 en Coskun 2014, 30). Coskun (2014) realiza un análisis de la evolución de término y lo cataloga como la violencia ejercida hacia las personas en las que se niega su identidad humana. Hace énfasis en lo difícil que es definirla y medirla. La cosificación de la persona puede ser catalogada como deshumanización. Otra perspectiva de la deshumanización es el distanciamiento que tiene el personal de salud de los pacientes o de sus pares, la falta de una respuesta emocional ante el dolor (Coskun 2014). En la historia de la medicina existen hechos de triste recordación en la que se observa esto en su máxima expresión. No me refiero a los experimentos nazis, sino a otros como por ejemplo el caso Tuskegee. Fue un experimento prospectivo realizado a lo largo de cuarenta años, realizado por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, cuyo objetivo era evaluar la evolución de pacientes adultos afrodescendientes con sífilis, lo cual es inmoral, inhumano, además de fútil porque ya estaba documentado las severas consecuencias de la sífilis no tratada desde la era pre antibiótica. El estudio comenzó en 1932 y a pesar de tener el tratamiento disponible (penicilina) se siguió con el estudio con único objetivo de documentar la historia natural de la enfermedad, por lo que no se administró el tratamiento indicado y efectivo para esta enfermedad. Esto generó una serie de consecuencias nefastas en la salud de las personas que eran estudiadas (Coskun 2014). El personal de salud que llevo a cabo este experimento trató a las personas como sujetos de investigación, no tuvo empatía, ni compasión, es decir el equipo de investigadores se deshumanizo. Pero este problema Ético de deshumanización sigue en las

investigaciones realizadas en América Latina. Cornejo y Gómez (2010) reflexionan sobre el tema, afirman que en América Latina no hay evidencia de la vigilancia Ética, por lo que la investigación sin este control es un terreno propicio para que exista abuso y se violenten los principios Éticos (Cornejo y Gómez 2012). Si no se respetan los deberes Éticos y los derechos legales en los procesos investigativos y se trata a los pacientes como sujetos de investigación, a quienes no se ha respetado su autonomía, implica un proceso de deshumanización del profesional de la salud. Esta falta de cumplimiento con estos requerimientos morales configura un personal de salud cuyas características de humanidad están disminuidas y por lo tanto la generación de redes de confianza basadas, en la solidaridad, empatía, compasión son menos probables.

Las personas con un ethos humanista probablemente pueden formar redes con nexos más fuertes, las personas que se han deshumanizado, no tienen las habilidades psico-sociales para que formen parte de una red de lazos fuertes. Si no priman los valores y principios humanista, las redes de trabajadores se formarán por el cálculo de las ganancias por la elección racional. La dinámica relacional en cada estrato está enmarcada en la normatividad institucional, cada servicio tiene un responsable, no un líder o jefe oficial, porque no existe este cargo. A pesar de eso, el o la responsable de servicio connota jerarquía porque tiene poder de sanción. Aparte de este elemento formal jerárquico existe una gradación de ejercicio del poder que se alcanza por varias formas. En el espacio intersubjetivo donde se encuentran los individuos aparecen interfases, alguna de estas es facilitadas para la cohesión social y otras para el conflicto. Las subjetividades afines, similares tienen su punto de encuentro en la forma de percibirse o en el sentido que dan a su quehacer. Cada estrato tiene una conceptualización de la importancia de su labor, por ejemplo, el personal médico se percibe como si fueran la única pieza clave en el funcionamiento del hospital y dentro de cada subgrupo profesional existe un prestigio diferente que ocasiona segmentación de los grupos de mayor tamaño y posibilita la formación de grupos pequeños.

El personal de enfermería o el personal auxiliar de enfermería son quienes atienden a los pacientes con actividades de atención directa como son: la administración de medicamentos, fisioterapia respiratoria (medidas para facilitar el drenaje de secreciones en caso de infección pulmonar), cuidados de la piel, ayudar en la curación de heridas, etc. El personal de atención directa como son el personal de enfermería y el personal auxiliar está más sensibilizado ante el dolor de los pacientes en forma preponderante, esto genera un relacionamiento empático y en ocasiones de amistad con los pacientes. Esta subjetividad enfocada hacia a emotividad

genera más fácilmente redes de confianza entre los/as trabajadores dentro de las cuales existe apoyo mutuo en las actividades laborales y también genera lazos de amistad y confianza para compartir vivencias fuera del área de trabajo y fuera del hospital.

Los estudiantes tanto de enfermería como de medicina tienen bastante similitud en cuanto a su subjetividad puesto que por el hecho de estar todavía en el proceso de formación académica su rol en las actividades de práctica profesional es restringido. Realizan actividades menos complejas y muchas veces se encargan del papeleo. Este rol subalterno genera redes de confianza precisamente por pertenecer al grupo de formación académica. Esto lo menciona un licenciado en enfermería que afirmó: “o sea, desde hace tiempos éramos compañeros desde la universidad, pues César siempre ha sido una persona leal, una persona con la que siempre hemos trabajado aquí desde que empezamos enfermería, y trabajamos años ya aquí en el hospital, entonces es como que para sea alguien tu amigo tiene que ser leal” (Diego, licenciado en Enfermería, entrevista, Quito HGSF, 7 de marzo de 2022).

En cada grupo de trabajo asignados a determinada área de hospital, la organización institucional facilita la formación de redes espontáneas de confianza. Esto se da por que el horario de trabajo se organiza en turnos periódicos cada cierto tiempo lo que permite establecer lazos de cohesión y la conformación de redes de confianza por las actividades de trabajo. Esto se aplica al personal de enfermería, auxiliares de enfermería, para los estudiantes de enfermería y medicina (internos rotativos). La mayoría del personal médico tratantes trabajan 8 horas diarias, 5 días a la semana, por lo que no tienen grupos de trabajo constantes, su actividad se desenvuelve con personal diferente cada día, a diferencia de lo que sucede en el personal de enfermería o paramédico. También existe personal médico tratante que trabajan las noches y fines de semana que sí pueden establecer relaciones de confianza con las personas porque generalmente coinciden con las mismas personas en los turnos.

Si se logra la sociabilidad las redes de confianza del hospital se reúnen para compartir o incluso se genera equipos de trabajo para el sector privado. Así lo afirma un licenciado en Enfermería: “tenemos un grupo para trabajar, y nos apoyamos, nos ha ido bien” (Diego, licenciado en Enfermería, entrevista, Quito HGSF, 7 de marzo de 2022). El personal de enfermería cuya formación se encamina al cuidado de pacientes, tiene oportunidad para sensibilizarse, especialmente cuando se enfrenta al dolor o a la muerte. Esto genera la necesidad de formar una red para soportar esta carga emocional.

5.3.2. Actividades durante el trabajo

La conformación de las redes sociales de confianza de los trabajadores de salud del Hospital General San Francisco (HGSF) se produce durante el contacto del trabajo cotidiano lo que genera diferentes grados de cohesión social. La cotidianidad, el trabajo compartido, los problemas afrontados son elementos de cohesión social. En el trabajo hospitalario diario hay momentos difíciles como es el afrontar el tratamiento de un paciente críticamente enfermo, por ejemplo, cuando se atiende un paciente con problemas severos como: insuficiencia respiratoria, shock, sangrado, etc. En estos escenarios el equipo de trabajo que da la respuesta de tratamiento tiene una carga emocional muy importante. Cuando se trata de un paro cardio-respiratorio es una vivencia muy intensa con una diversidad de emociones y sentimientos. Esta emotividad puede generar lazos de unión o espacios de discordia. Luego de haber vivido una situación extrema en la que la vida está en peligro, el personal de salud que atendió la emergencia genera vínculos muy fuertes. Estas vivencias compartidas en forma repetida general una red basada en el trabajo conjunto y la emocionalidad que se produce.

El trabajo diario genera espacios de solidaridad. La solidaridad se manifiesta en la ayuda a las compañeras y compañeros en las actividades laborales. Cuando un/una trabajador/trabajadora de la salud esta con muchas actividades que no alcanzará a realizarlas otra compañera o compañero le ayuda. La solidaridad también se expresa cuando un alguien necesita cambiar un turno, otra persona le reemplaza. Todos estos actos generan reciprocidad. Este es un requisito para la conformación de redes de confianza. Cualquiera de estos factores modula las relaciones interpersonales en las que aparece la dinámica del dar y la reciprocidad generada. El dar implica apoyar, ayudar y colaborar en el trabajo, o cuando se requiere un cambio de turno. Mientras se den estos circuitos de dar-recibir se consolidan las redes sociales de confianza de las trabajadoras y los trabajadores de la salud del HGSF.

Por otro lado, la cotidianidad también puede generar conflictividad durante la realización del trabajo diario. Esto impide que se formen lazos de unión y ruptura de la cohesión previa que pudo existir. Para el funcionamiento de un servicio de salud es muy importante la comunicación tanto para la realización de actividades asistenciales como requisito para el trabajo en equipo y también para el relacionamiento afectivo de las personas. Existe un proceso comunicacional formal que es el reporte del estado de los pacientes y el tratamiento instaurado y también hay una comunicación informal. En la comunicación formal se observa un proceso mecánico con un guion preestablecido. En la comunicación informal puede devenir en un intercambio superficial o profundo. Generalmente la información contenida en

el mensaje no llega a ciertos aspectos de la intimidad de la persona que son privados. En este caso la posibilidad de formación de redes es menor, y si se generan son de lazos débiles. En una proporción menor se pueden suceder un proceso comunicacional a un nivel más profundo en el cual exista un intercambio de emociones y saberes. Si esto pasa se produce un rapport (intercambio y confianza) comunicacional en el cual se genera entendimiento de los sentimientos del otro, lo que deviene en la generación de nexos fuertes. Esto modula la significación del trabajo e incluso de la vida, especialmente cuando se confronta la enfermedad, el dolor y la muerte. El hecho de trabajar con la enfermedad y el sufrimiento que ocasiona permite una comunicación más profunda en ciertos momentos de crisis, lo que deviene en la construcción colectiva de nuevos significados. Cuando una red adquiere un nuevo sentido ante la vida y la muerte y si se ha llegado al rapport se puede configurar una red de lazos fuertes.

5.3.3. Jerarquía en la organización formal e informal del hospital

Existe una jerarquía dada por la organización por departamentos, según el organigrama, pero además existe una jerarquía no formal que se va conformando por la interacción diaria y por otros factores con nivel de formación académica, o experticia, conocimiento. En su estudio sobre la jerarquía en la Medicina, Villanueva y Castro (2020) encontraron tres sistemas de jerarquización: uno entre los médicos especialistas en medicina interna con respecto a los médicos generales. Otro nivel de jerarquía se lo encuentra entre subcampos o entre las diferentes especialidades o subespecialidades. Y por último según el prestigio de una institución a la que se pertenece el personal médico (Villanueva y Castro 2020). En cada estrato, en cada grupo de trabajadores de salud se configuran niveles jerárquicos que ocasionan conflictos por la lucha de poderes. Por ejemplo, personal de enfermería y auxiliar de enfermería que es antiguo y conoce los procesos de atención generan una relación asimétrica con el personal nuevo que tiene menos experticia y experiencia. De forma análoga el personal médico genera asimetrías en las relaciones matizando las diferencias, estas se marcan por medio del conocimiento o la experiencia, estos saberes connotan prestigio que lleva a la constitución de poder, lo que genera un espacio de conflicto. Existe una microfísica del poder en el que se ejerce violencia dentro de un mismo grupo y entre diferentes estratos. Esto se torna evidente en el trato de una médica residente de cuarto año de postgrado que con una voz altisonante le llamó a un compañero dijo: “Donde estas Pedro, no bajas a comer mientras no realices todas las curaciones” (Notas de campo, Quito HGSF, 3 de mayo de 2022).

Esta organización jerárquica genera actitudes y prácticas que fragmentan los sistemas sociales e impide a formación de redes. De forma análoga las redes inicialmente conformadas pueden romperse por este relacionamiento jerárquico no formal que aparece en la dinámica de la red. Este relacionamiento jerárquico se hace evidente en la entrega de información entre los grupos de trabajo que entran al trabajo y los que salen. Esto se lo observa en el paso de visita médica y en la entrega de turno de enfermería. El personal de enfermería tiene una sistemática formal de entrega de la información con una metodología determinada que tiene algunos ítems de información obligatoria que no permitiría conflicto porque es un protocolo estandarizado. Pero sin embargo la enfermera que recibe la información puede en ocasiones preguntar sobre teoría, aunque no sea necesario hacerlo. Esto fue evidente en momento de observación, en el que la enfermera empezó a preguntar la compañera sobre como realizó una dilución de medicación, es decir con cuanto de volumen y que tipo de solución fue usada. No se observó una intencionalidad de ayuda o asesoría sino todo lo contrario, el evidenciar que la compañera no sabía. Cuando una persona desea ayudar le enseña y le demuestra cómo realizar el procedimiento y no solamente le llama la atención. Esto es evidente porque cuando la enfermera evaluada era evidente que no conocía el tema, la enfermera seguía preguntando a pesar de que la compañera no contestaba nada y no le indicó la forma correcta de hacerlo, sino le llamó la atención. De esta manera se construye jerarquía con el conocimiento (Notas de campo, Quito HGSF, 12 de mayo de 2022).

Los niveles inferiores de la jerarquía médica también suceden los mismo. En los estudiantes de enfermería y medicina, a pesar de estar en el mismo nivel de formación, los estudiantes que tienen mayor conocimiento se comportan como autoridades sobre las personas que no tienen alguna experticia, que adquieren una posición de subalternidad. Es evidente durante la observación realizada en varios niveles. Tomo como ejemplo representativo el personal de internado rotativo que ingresan unos pocos meses antes, se los llama “internos antiguos” y se les otorga potestad de supervisar a los nuevos. Estos últimos, especialmente si no han tenido oportunidad de realizar prácticas en hospitales, se presentan temerosos, y obedecen al personal de internado antiguo. Estos les ordenan realizar actividades que ellos no quiere realizar.

El personal médico es aún más marcado esta relación de poder dada por el conocimiento que se lo instrumentaliza para lograr control sobre las personas que no lo poseen. En el campo médico existen varias clasificaciones, estandarizaciones, scores de diagnóstico y pronósticos. Estos están agrupados en las guías de práctica clínica, en los algoritmos diagnósticos y de

tratamiento. Durante una observación participante durante el paso de visita el residente de segundo año de formación discrepó sobre una clasificación de una patología, con el residente de cuarto año. Este respondió preguntándole sobre otros temas. Se convirtió esta escena en una contienda para demostrar quien tenía la razón. (Notas de campo, 21 de junio de 2022) La interacción entre residentes debería ser de ayuda del que tiene más experiencia al que no lo tiene. Pero no es así, pues se trata de poner en evidencia el desconocimiento del otro delante de los demás integrantes del paso de visita, especialmente delante del médico tratante, para que este le llame la atención, que es lo usual cuando una persona no conoce sobre un tema. De esta manera se establece una relación asimétrica en función del conocimiento que se tenga. En el análisis de redes sociales se ha categorizado algunos elementos que son necesarios para que se conformen los nexos y uno de ellos es la relación simétrica, entre pares. Si existe una verticalización de la relación entre un dominante y un subalterno dificulta que se formen las relaciones necesarias para la conformación de redes de confianza.

Las personas que tienen conocimiento y experticia tienen varias actitudes, siendo la más frecuente la de ejercer violencia con las otras personas para lograr control. Un médico tratante afirmó lo siguiente: “No entre saludando, usted no tiene por qué ayudar a movilizar un paciente. Yo les tomo la lección a los residentes, porque quiero que me tengan miedo” (Notas de campo, Quito HGSF, 20 de enero de 2022). Esto no solo se aplica a los médicos residentes sino también entre médicos tratantes especialistas de igual nivel de formación. Esto es patente en momentos “docentes”. Cada servicio tiene asignadas durante el horario de trabajo, espacios de encuentro para revisión de temas, realización de lectura crítica de artículos científicos o presentación de casos clínicos de especial interés que se los denomina “casos récord”. Estos espacios aparentemente son un momento de intercambio de saberes, de gestión y transferencia del conocimiento para conformar equipos de trabajo, pero en la práctica son espacios de conflicto en el que rencillas personales afloran y el objetivo de exponer alguna conceptualización es evidenciar que una persona posee el conocimiento y el otro no lo posee. Durante observación participante se evidencio un caso en el que objetivo fue menospreciar al otro. cuando un médico tratante preguntó sobre lo que un residente estaba enseñando al personal de internado, pero con error, pues el residente estaba equivocado. El médico tratante le preguntó al residente quien le responde erróneamente, el tratante le dice “que tiene que estudiar, que no sabe nada, tomando en cuenta que era un residente de tercer año, es decir que está ya entrenado y le manifestó que así no va a llegar muy lejos, que no va a ser competitivo y no va a ganar dinero” (Notas de campo, Quito HGSF, 8 de junio de 2022). Además, este

caso se desarrolló precisamente en presencia de todo el staff de la visita y del personal interno rotativo intensas que estaban recibiendo previamente las enseñanzas del residente. Incluso en ocasiones se emiten palabras displicentes y en tono de burla. Un médico tratante empezó a llamar a un médico residente como “ingeniero” luego de que no pudo contestar una pregunta (Notas de campo, Quito HGSF, 8 de marzo de 2022).

Lo descrito describe la relación jerárquica de facto más allá de la formal institucional. Esto facilita o dificulta la conformación de redes según sea el caso. Las personas que connotan jerarquía tienden a conformación relaciones de alianzas estratégica o para la lograr metas comunes por una racionalidad instrumental. Se conforman redes entre las personas que connotan más poder y conocimiento académico. Por otro lado, los que no detentan este conocimiento y por lo tanto el poder también tienden a relacionarse y formar redes entre subalternos. Se generan grupos de conflicto, es decir entre los que tienen el poder basado en el conocimiento académico y los que no lo tienen. Los primeros en función de este reconocimiento comandan la realización de actividades que no desean realizarlas y existe una lucha dada por la resistencia de los subalternos. Esto es evidente entre el personal de médicos residentes que han adquirido este poder no realizan papeleo. Esta interfase tiene conflictos en la cotidianidad porque el grupo subalterno ejerce resistencia. Esto es observable en las reuniones diarias que se dan generalmente entre las 06:30 y las 07:30 horas en las cuales se reporta el estado de los pacientes y se da seguimiento a los exámenes pendientes. Luego de estas sesiones hay actividades a ser cumplidas. Estas se distribuyen se asignan según el rol jerárquico si está en un nivel superior o subalterno.

La dinámica entre redes de este tipo cuando sucede el contacto hay conflicto en la interfase. Pero también se constituyen lazos de cohesión en cada red. Entre los que integran la red jerárquica se fortalecen los lazos para mantener esta relación de poder. En las redes subalternas también se generan lazos de cohesión y confianza para ejercer resistencia ante la red jerárquica y poder enfrentar esta situación. Esta resistencia se observa de varias formas: la lucha por no realizar determinadas actividades como la redacción de documentos necesarios para realización de transferencias de pacientes que son referidos a otro centro hospitalario, o del seguimiento que se dan a los exámenes solicitados. Esto es evidente durante la observación realizada en que un residente le ordena a un subalterno que no asista a una cirugía como medio de control y dice le aplique el R. R significa antigüedad, viene de R de residentes con el sentido de antigüedad y de jerarquía con la capacidad de sanción (Notas de campo, Quito HGSF, 25 de febrero de 2022). Esto genera resentimiento que evoluciona a

conflictividad futura. Este sentir compartido entre los subalternos es un factor fuerte de cohesión y favorece la conformación de redes.

Esto es evidente durante la observación del trabajo hospitalario, esta dinámica es muy repetitiva, pero referiré a un caso reciente de relacionamiento de médicos residentes de cirugía general. El grupo de residentes estaba conformado por 10 personas, 3 medicas residentes eran de cuarto año, el resto eran residentes de diferentes niveles de primero, segundo y tercer año. Se estableció una línea muy evidente de separación entre los dos grupos, es decir, de los residentes mayores y menores. Las primeras organizaban el trabajo y marginaban de las actividades docentes a los residentes menores. Las residentes mayores impedían que los residentes menores acudan a quirófano para ayudar en los procedimientos quirúrgicos que es parte de su formación. Los residentes menores en una posición de subalternidad solo esperaban que las residentes mayores terminen su rotación y se vayan. Cuando se fueron las residentes mayores, un residente que estaba en rol de subalterno, ahora transitaba a ser residente mayor y dijo “se acabó el sufrimiento, ahora me toca a mí”. Este ciclo se repite una y otra vez (Notas de campo, Quito HGSF, 13 de abril de 2022).

En forma análoga en el personal de enfermería existen dos niveles, es decir: las que ejercen la jerarquía y las subalternas con similar dinámica de antagonismo, conflicto y la generación de redes de “jefes o jefas” y las redes de subalternas, que se autodenominan como “pueblo”. Los sistemas jerárquicos en medicina se basan en el poder, el control y la capacidad de ser escuchados. En los escalones más bajos como los estudiantes es donde la agencia es escasa. Se ha afirmado que este sistema es potencialmente beneficioso tanto para el personal médico y los pacientes porque se refuerzan los roles. Pero esto conduce a la falta de iniciativa, la organización basada en la intimidación (Salehi et al. 2020). Este escenario conduce a que los grupos de trabajo no logren conformar equipos, que no existan metas conjuntas y se generen solo pequeños grupos de confianza.

5.4. Funcionamiento de las redes

El funcionamiento de las redes sociales personales puede ser abordado desde la sociometría, con una metodología cuantitativa que evalúe el número de contactos, la intensidad, la duración, la forma como se difunde una noticia o como se tomen las decisiones. Puede estudiarse todas las redes, las hiper redes o solo una red. La funcionalidad que se busca analizar en este trabajo es la que aporte elementos de juicio para interpretar la forma en que las redes se configuran y como cambian con un evento disruptivo, o una crisis como la

pandemia de covid-19. Debido a esto se realiza un enfoque cualitativo, egocéntrico, para estudiar las redes que se forman alrededor de una persona con capacidad de convocatoria. Los factores para esto son: el sistema de creencias, el mundo simbólico de las personas, los saberes, las actitudes, las prácticas. El objetivo de esta metodología es la evaluación de la conformación de los lazos de unión o de su fragmentación.

5.4.1. Mundo simbólico

En el espacio de relacionamiento de cada servicio existen diversos grupos que al interactuar se reconfigura el sistema de creencias. Esta diversidad reconfigura la subjetividad e identidad grupal ya que se producen nuevos significados en la interacción de los individuos. Estos conforman un mundo simbólico compartido, un sistema de creencias en el espacio intersubjetivo. La identidad, la subjetividad análoga permite la conformación de redes de confianza, así como el caso contrario las dificulta. El sistema de creencias y los relatos de cada persona se modulan según el entorno, según el hecho cultural al cual ingresan. Así el personal de salud al ser designados a un departamento o servicio existe un proceso de interiorización de significados, sentidos. Higuera (2012) menciona con respecto a este tema que el fenómeno cultural implica valores, creencias, mitos que dentro de una empresa se genera nuevas costumbres, lenguajes.

Los servicios de salud que tienen contacto con pacientes estables, sin riesgo vital construyen significados similares. Por ejemplo, en las áreas de Dermatología, es muy improbable que atiendan un paciente críticamente enfermo, por lo que no existe contacto con situaciones en las cuales exista riesgo vital. Además, en esta especialidad, todas sus actividades se desenvuelven en consulta externa ya que no tratan pacientes hospitalizados y si esto sucede es algo muy raro. En esta área no se ven en la necesidad de tomar decisiones que impliquen vida o muerte. En cambio, en las áreas de Cuidados Intensivos o Emergencias en su actividad cotidiana enfrentan situaciones y decisiones en pacientes que están críticamente enfermos, y que fallecen. Este contacto repetitivo con la muerte genera significados compartidos, con diferentes tipos de orientaciones, pero relacionadas con la existencia. Unas personas se tornan indiferentes, cuando fallece un paciente, este solo es un número más, se produce un fenómeno de desensibilización. Otras personas se tornan más empáticas cuando se presencia el fallecimiento de una persona y al ver la despedida de sus familiares hay mucha emotividad y genera un significado sobre qué es lo realmente importante en la vida.

La especialidad de Medicina Familiar tiene mucho mayor contacto con pacientes adultos mayores, tienen que tratar patologías de diferentes aparatos y sistemas por eso tienen una visión sistémica y holística del ser humano y se dan situaciones de apego al paciente. Por la contraparte la especialidad de Anestesiología se tiene muy poco contacto con los pacientes, no se logra establecer una relación médico- paciente cercana. Es una actividad muy mecánica, en la que ingresa el paciente al quirófano, se le explica sobre el procedimiento anestésico y se lo duerme. El despertar del paciente es un período cuyo nivel de conciencia está alterado y no guarda memoria de ese momento. Según este quehacer diferente genera saberes distintos con un sentido diferente. Para la especialidad de Medicina Familiar es importante el contacto humano y para la especialidad de Anestesiología lo importante es mantener al paciente con vida y no una relación con el paciente.

Estas vivencias generan un horizonte de significación determinado que enmarca las relaciones interpersonales en el espacio intersubjetivo. Lo que en unos casos facilita la conformación de redes de confianza y en otros casos no. Cada grupo asignado a un área, departamento o servicio, construyen significaciones, comparten vivencias, tienen códigos semióticos propios. Esto genera una identidad o un sentimiento de pertenencia. Por esto los trabajadores de ciertas áreas manifiestan frases como: “no hay como mi Obstetricia, yo soy de centro obstétrico, aunque este ahora en hospitalización” (Notas de campo, Quito HGSEF, 5 de abril de 2022). Las redes de confianza se forman entre pares, con quienes comparten una identidad y subjetividad similar. Esto sucede porque la interacción, la dinámica esta facilitada por estas analogías y se posibilita la construcción de un “nosotros”. Esta pertenencia se va consolidando con actividades grupales tanto informales como formales. Las actividades informales son espacios de socialización que generalmente es compartir una comida. Las actividades grupales formales se dan en varios escenarios como en cursos, congresos de actualización y presentación de casos clínicos para reflexión sobre el quehacer en la práctica médica. En estas sesiones se compara lo actuado, con la norma, con la estandarización establecida en la comunidad médica, es decir el estado del arte. En estos espacios de intercambian no solo conocimiento sino también las creencias se reconfiguran en el espacio intersubjetivo. Es un proceso que logra una subjetividad análoga con nuevas representaciones adquiridas por el contacto con los integrantes de un servicio de salud.

Algunos servicios o especialidades tienen mayor probabilidad de sensibilizarse. Por ejemplo, en reuniones del servicio de pediatría se analizan casos de niños con patologías complejas y con una carga de sufrimiento importante que configura un conjunto de creencias producto de

un proceso de sensibilización conjunta. En el servicio de neonatología han confrontado muchos momentos en los cuales surgieron conflictos éticos. Esto sucede al tomar la decisión de declarar a un paciente como terminal para instaurar el protocolo de adecuación de esfuerzo terapéutico, es decir se suspende tratamientos fútiles que solo prolongan la vida y el sufrimiento, ya que el paciente no puede ser curado. Esta vivencia impactante de ver los niños críticamente enfermos, todos los días genera sentimientos de dolor porque el personal tiene afectos hacia el paciente y cuando se retira las medidas terapéuticas hay mucho dolor. Esto fue evidente cuando el líder de servicio de Neonatología acudió a diferentes instancias administrativas por ayuda con respecto a conflictos bioéticos. En varias de dichas reuniones el líder manifestó el dilema ético en que se encontraba, que generalmente se resumía en el conflicto entre dos principios, el de beneficencia y el principio de justicia. Se trataba de un neonato que tenía un pronóstico malo, pues se requería una cirugía compleja que no se podía realizar en el hospital y tampoco existía una unidad hospitalaria a donde poder transferirlo, además se utilizaba una medicación especial que era muy costosa que pronto se acabaría y no existía opción de conseguirla. Por lo tanto, existió falta de accesibilidad económica y física a las prestaciones de salud que se requerían. El personal de salud no podía realizar el tratamiento indicado por lo tanto no se podía satisfacer el principio de beneficencia y también no era justo que no se disponga del tratamiento requerido. Era tan importante la emotividad generada por la impotencia y el distrés moral que el Pediatra lloró. (Notas de campo, Quito HGSEF, 27 de mayo de 2022). Luego de que cada caso de este tipo termina hay una diversidad de sentimientos y se replantean creencias, especialmente sobre qué es lo correcto o no. El personal que atendió a un paciente de este tipo, forma lazos más fuertes si es que se consiguió un trabajo en equipo y de aquí se configuran redes de confianza incluso de lazos fuertes. Si no se logró el trabajo en equipo, si hubo discrepancias, disensos, aparecen discusiones sobre el mejor curso a seguir, lo que imposibilita la formación de redes.

También existen reuniones inter servicios que se los denomina “casos récord” que es un anglicismo muy difundido, que describe reuniones donde se analizan los casos complejos con una perspectiva de auditoría para que se concreten en actividades de asesoría dinámica. En estos momentos de contacto cada persona emite sus criterios basados en la evidencia médica pero también hay posicionamientos defensivos. Este es un escenario complejo en la que se dan espacios de conflicto, de antagonismo, de solidaridad, de apoyo, etc. Una forma de posicionarse y emitir un determinado discurso es por un sentido de pertenencia a un grupo. En este contexto se evidencia alianzas, antagonismos, se hace patente las redes personales de

confianza subyacentes en dichas reuniones. Según estas relaciones y dinámica entre los nodos, las redes se lleva la argumentación y contraargumentación de los diferentes grupos con diferente poder. Es tan marcada la diferenciación de las diferentes redes según su subjetividad compartida que incluso se manifiesta en la vestimenta porque diferentes grupos se presentan con diferente vestimenta, por ejemplo, el grupo de pediatría se presenta con uniforme diferente al institucional, con blusas con estampado infantil, o los cirujanos con el terno quirúrgico. Por la necesidad de expresar esta pertenencia a un grupo incluso se usa uniformes no oficiales del hospital sino generados por la iniciativa del grupo, por ejemplo, en el área de cirugía se usa un tipo de camiseta y buzo estampados con determinadas frases que describen las creencias de los cirujanos. Esta construcción de identidad y pertenencia facilita que, dentro de cada servicio, grupo se formen redes de confianza y también explica los conflictos con otras áreas, o servicios (Notas de campo, Quito HGSF, 18 de mayo de 2022).

La dinámica de relacionamiento en el espacio intersubjetivo permite el contacto entre los diferentes trabajadores de la salud, que durante las actividades compartidas en la cotidianidad generan una narrativa con un sentido determinado, constituyéndose “las organizaciones como espacios de significación” (Espinoza, 2017, 107). Este horizonte de codificación generado se da en el contacto entre los nodos de las redes lo que genera un sistema de representaciones estandarizadas. Así Espinoza afirma que “la organización puede concebirse como un espacio socialmente estructurado, con relaciones de poder asimétricas, que posibilitan grados de institucionalización para producir y transmitir formas simbólicas” (Espinoza, 2017, 108). Una organización social se institucionaliza en tanto se implementa una normativa formal o se construye una serie de tareas y asignaciones instauradas por el hábito de la costumbre. Además de este proceso formal, también se estructura de una manera informal un sistema de creencias determinado que en el caso de los sistemas sociales hospitalarios tiene una característica de varios estratos o niveles jerárquicos que son el escenario para la formación de redes personales.

5.4.2. Saberes, actitudes y prácticas

El personal de salud a pesar de estar en contacto con el dolor humano y con la muerte, no reflexiona mucho sobre ello. Existe una aversión a conversar sobre estos temas. Esto fue evidente cuando en el Comité de Ética Asistencial del hospital (que es un espacio donde se debe delibera sobre los dilemas éticos relacionados a la práctica asistencial), se topó el tema de la propia muerte, una integrante dijo “no quiero conversar sobre esto, me da miedo pensar en la muerte” (Notas de campo, Quito, HGSF, 7 de junio de 2022). El personal médico mira el

dolor y la muerte como ajeno a ella, se externaliza y tiene una falsa sensación de poder sobre la vida o la muerte que se evidencia en algunos departamentos o servicios, especialmente los que tratan pacientes críticos como cuidados intensivos, cirugía, emergencias. El personal de salud es un trabajador que da servicios para retrasar la muerte. Por ejemplo, si un paciente diabético acude al médico, el paciente desea ser curado, pero eso no es posible. Lo único que se obtiene con el tratamiento disminuir el daño de los órganos y retrasar el curso natural de la enfermedad. El médico es un ser antinatural porque lucha contra la naturaleza, es decir, un paciente que debió morir por ejemplo con un cuadro de apendicitis, se le opera, se evita este desenlace. Estas situaciones generan una serie de creencias, como que el personal médico es invulnerable, es poderoso. Esto se grafica cuando un cirujano dijo: “uno se siente poderoso, que todo le va bien y resuelve el problema de los pacientes, en cirugía uno es efectivo porque se cura al paciente” (Notas de campo, Quito HGSF, 18 de febrero de 2022). Esta es una falsa percepción de que cuando el/la médico interviene, esta acción es la decisiva, pero no es así. La biología tiene la tendencia a regresar a lo funcional, a la autopoiesis. Ambrosio Paré, padre de la cirugía decía refiriéndose a los pacientes: “yo lo cuidaré y Dios lo curará” (Noguera, 2011.341). Con respecto a esto un profesor de pregrado decía el siguiente aforismo: “Las fases de la vida del médico son: la primera cuando está inexperto está inseguro, luego adquiere experticia y tiene una falsa sensación de seguridad y poder, lo cual le lleva a cometer errores. Es en este momento del error médico en el que se adquiere la madurez” (Nota de campo, Quito 1995).

El encuentro entre el médico y el paciente, existen dos expectativas, el paciente desea obtener la curación total, y el médico desea curarle y solucionar el problema de salud. Pero en la práctica generalmente solo se logra el alivio. Esto es manifiesto en la frase “curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre” (Gonzalez et al 2015, 214) que es atribuida a varios autores como a Hipócrates o a Bérad y Glubler. Muy frecuentemente cuando se presentan eventos relacionados a la muerte, el personal médico no sabe cómo afrontarlo y prefiere no verlo, esto es evidente cuando se apunta en una historia la categoría adecuación de esfuerzo terapéutico, las actividades asistenciales disminuyen, incluso en el lenguaje médico coloquial, se refiere al paciente como “el paciente de cuidados mínimos”. Durante la observación participante en un servicio del hospital donde generalmente están hospitalizados pacientes ancianos, con varias enfermedades, existe un frecuente confrontamiento a la mortalidad de los pacientes. Durante reuniones administrativas se abordaron temas sobre el conflicto de seguir o no implementando medidas terapéuticas, se manifestó que el personal no prescribía la

sedación y analgesia terminal por temor a consecuencias legales. Los problemas en el abordaje de cuidados al final de la vida se torna patente cuando un paciente es “terminal” es decir cuando cualquier medida terapéutica no va a cambiar el pronóstico, generalmente es abandonado, es decir se lo relega, los médicos tratantes no le pasan visita, los residentes entran a la habitación el mínimo tiempo necesario, no se realizan actividades necesarias para el bienestar del paciente. Cuando un paciente es catalogado como terminal se debe implementar cuidados paliativos, se debe adecuar el esfuerzo terapéutico, no realizar intervenciones terapéuticas innecesarias y son fútiles. Esto está enmarcado en el trato digno y sigue las políticas de gestión de la calidad asistencial. Una de estas intervenciones es la sedo analgesia terminal, cuando la muerte está cercana, se debe calmar el dolor, dar sedación, apoyo psicoterapéutico, soporte espiritual según la creencia religiosa que se tenga. Todo esto puede englobarse el término trato digno. La siguiente experiencia representa lo mencionado. Un paciente en el piso de Medicina Interna fue catalogado como terminal, agónico. Estaba respirando con mucha dificultad y con mucha angustia, estaban los familiares alrededor de la cama con mucha angustia a ver a su familiar que estaba en crisis. La médica tratante responsable, afirma que ya están los familiares allí y no se acerca a evaluar al paciente, a pesar de la notificación que la persona que estaba falleciendo estaba sufriendo. Se insiste que hay que administrarle sedación y analgesia, pero no accede a ello. En ese momento una médica de postgrado insiste y sugiere que se le administre esta medicación y que se llame a un sacerdote. Ante esto la médica tratante accede y se procedió así. La médica tratante no acudió a evaluar al paciente, no le administró la medicación que requería, y no miró la necesidad de llamar a un sacerdote para que la persona tenga una muerte digna (Notas de campo, Quito HGSF, 26 de abril de 2022). Estas actitudes ante la muerte generan prácticas de no cuidado a los pacientes que sufren, se realizan prácticas insuficientes de tratamiento, no se ve a la persona en forma holística, lo que disminuye la calidad de atención. Los conocimientos científicos que dictan la Lex Artis y los saberes del personal médico genera una determinada agencia. Por saberes me refiero a los mitos que el área médica tiene como lo afirma Henríquez (2011) que los rasgos culturales llamados memes porque se transmiten de una mente a otra por imitación. Este sistema de creencias científicas o no, determinan actitudes y acciones. Durante una reunión el personal médico no conocía sobre el marco legal, ni los protocolos de actuación al final de la vida, ni tampoco el personal de salud tiene enfocado un manejo de acompañamiento y ni de soporte espiritual (Nota de campo, Quito HGSF, 8 de abril de 2022). Todas estas prácticas relacionadas con el mundo afectivo, emotivo determina una subjetividad que tiene un distanciamiento del Otro, del paciente. Para la

conformación de las redes se requiere que existan un nivel de sensibilización, empatía, compasión y si el personal de salud se ha desensibilizado es un factor que dificulta la conformación de redes.

Este mundo simbólico del personal de la salud agrupa una multiplicidad de identidades, narrativas y subjetividades. Con diferentes sentidos de vida. El relato fundacional por el cual las personas eligieron una carrera en el área médica es el sentido del deber, de ayudar a las personas que lo necesitan. La gran mayoría eligieron carreras en esta área por ayudar a las personas que sufren, a los pacientes, a los dolientes. Algunos médicos escogieron la carrera por presión familiar, o para connotar poder en la jerarquía social. Existe el síndrome del médico herido, es decir, tuvieron en su historia de vida un momento de crisis en la salud de un familiar o de alguien muy importante para ellos, en el que fueron testigos del sufrimiento y de las injusticias del sistema de salud y la deshumanización del personal de salud. Así lo manifestó un médico tratante cuyo padre falleció con cáncer y manifestó que escogió la carrera de medicina para que no se cometan los errores que cometieron con su familiar. (Notas de campo, Quito HGSEF, 20 de enero de 2022). Es decir, fueron violentados en el momento en el que estaban más vulnerables y en riesgo. Este proceso descrito favorece la sensibilización al dolor del Otro, se genera el deseo de ayudar y el sentimiento de entrega y solidaridad. Todo este mundo emocional favorece la formación de nexos interpersonales y de las redes personales de confianza.

5.4.3. Casos de análisis de sitios representativos de las redes personales

Existen algunas áreas o servicios en el hospital que están con un acceso difícil dadas sus características especiales como son: Terapia Intensiva, Quirófano, Neonatología y en cierta medida también Emergencia. En todos ellos existe una planta física que impide el libre acceso a diferencia de hospitalización que no tienen varios filtros de guardias o mamparas que separan los espacios. En estas áreas se limita el acceso por varias razones, en Terapia Intensiva por ser un área que se realizan procedimientos críticos y se requiere que el personal trabaje en las mejores condiciones, además es un área con alta prevalencia de infecciones asociadas a la atención de salud. En el caso de quirófano es un área estéril por lo tanto no pueden pasar sino solo el personal de quirófano, de igual manera sucede en Neonatología y en menor proporción en el servicio de Emergencia. Esto determina un cierto grado de aislamiento del personal que trabaja en dichas áreas. Se produce un cuasi confinamiento que va en contra de la naturaleza social humana. En situaciones aislamiento se observa ansiedad, depresión, trastornos del estado de ánimo, ira, soledad (Gilmartin y Sousa 2013). El

aislamiento o por lo menos alejamiento de los otros departamentos hospitalarios, genera espacios de sociabilidad cerrados, aislados del entorno. Estos elementos generan un tipo específico de red social, en la que hay cohesión mayor por el aislamiento relativo como lo manifestó un médico anesthesiologo que dijo que para entrar y salir de quirófano era “un trámite” por lo tanto en vez de ir al comedor para almorzar prefería llevar un refrigerio o una fruta para comer luego de terminado su turno. Esto sucede porque para salir del área tiene que quitarse la ropa de quirófano, el gorro, la mascarilla, las botas quirúrgicas, vestirse con el uniforme usual para poder salir y luego al regresar se debe realizar el mismo proceso (Notas de campo, Quito HGSE, 25 de enero de 2022). Además de existir mayor posibilidad de cohesión, también existe la posibilidad de mayor conflictividad por el hecho de compartir espacios de cierto nivel de aislamiento. En estos sitios las dinámicas de relacionamiento van desde la conflictividad a la cohesión, se observan las dos dinámicas, la una que facilita la conformación de redes de confianza y otros factores las dificulta. En las áreas en las cuales el personal no sale durante el turno, y son de más difícil acceso configuran un determinado mundo simbólico, donde las representaciones, los saberes del personal de la salud del hospital son una multiplicidad que tienen un denominador común el aislamiento y el distanciamiento del personal de las otras áreas lo que determina una dinámica diferente a la de las áreas con mayor facilidad en el acceso en donde existe mayor movilidad entre el entorno y el servicio de salud.

5.5. La Ética de cuidado y la racionalidad instrumental del personal de salud del Hospital General San Francisco

Las subjetividades del personal de la salud pueden categorizarse según los principios y valores configurados en el mundo de la atención en la salud. Estas costumbres de las vivencias compartidas que se desenvuelven en la red de relaciones de los trabajadores de la salud pueden agruparse como una subjetividad en la que predomina en las decisiones y en las acciones una Ética (Ethos), definiendo este término como Guzmán (2007) lo enuncia de la siguiente manera “un ethos es el espíritu que permea a un grupo social, un conjunto de valores, de hábitos arraigados en el grupo” (Guzmán 2007, 138), Danilo Guzmán afirma que siempre existen ethos dominantes y ethos dominados (Guzmán 2007). En la red de relaciones hospitalarias existe una narrativa prevalente que tiene unas representaciones determinadas que modulan los saberes y la emotividad y se expresan en acciones que permiten o no la formación de nexos que permitan expresarse en solidaridad, ayuda mutua. Bajo esta

perspectiva he categorizado el ethos del personal de la salud en dos tipos: ethos del cuidado y ethos de la racionalidad instrumental.

El Ethos o Ética del cuidado del personal médico se basa en satisfacer las necesidades de la persona que busca atención, no solo en la esfera biológica, sino también psicológica, social, cultural, espiritual. Es un quehacer basado en el servicio, la solidaridad, el altruismo y tiene que ver con el proceso de desarrollo de la moralidad. El modelo propuesto por Kohlberg citado por Barra (1987) sobre el desarrollo de la moralidad que categorizó el desarrollo moral en varias etapas: La primera es la preconvencional en la que primero existe la moralidad heterónoma, es decir, orientada por el castigo, y luego por el individualismo en el que se busca satisfacer los propios intereses. La segunda etapa es la convencional, la persona se conduce por las expectativas interpersonales y luego para cumplir con los deberes sociales plasmados en la ley. La tercera etapa es la posconvencional la persona se guía por principios éticos universales como de justicia, igualdad, respeto (Barra, 1987). Este último nivel de desarrollo moral no lo alcanzan todas las personas. Este proceso es necesario para que se concrete una Ética de cuidado en la que una moral posconvencional es parte esencial para que el personal de salud supere el contrato social y se guíe por principios universales (Alvarado 2004). Kohen (2005) en Faerman (2015, 126) para describir las características de la Ética del cuidado y menciona las siguientes: “subjetividad, cuidado, responsabilidad, comunidad, atención, respuesta activa al otro, interdependencia, evitación del daño y satisfacción de las necesidades de todos”. La ética del cuidado se basa en las relaciones para que se respeten estos principios en forma comunitaria, es decir quienes hayan alcanzado el desarrollo ético post convencional podrán construir lazos de cohesión basados en la responsabilidad comunitaria.

Por otro lado, el personal de salud puede desarrollar sus actividades guiados por la racionalidad instrumental. La práctica profesional gira en torno a diversos paradigmas de entendimiento de la realidad. Adler (2013) se refiere al esquema de Max Weber que plantea que las actividades primarias profesionales están orientadas hacia los valores, pero también existe una conducta orientada a la racionalidad instrumental o la tradición. Adler (2013) afirma la racionalidad orientada a los valores se compromete con la justicia, la salud y la educación. Por otro lado, la racionalidad instrumental genera una acción orientada a la eficiencia. Algunas profesiones como jurisprudencia, educación y medicina se han orientado hacia la racionalidad instrumental y se ha dejado de lado el Ethos comunitario (Adler 2013). En la racionalidad instrumental se orienta a la eficiencia, orientada a la productividad, es decir

a un número determinado de actividades. Las evaluaciones que se realizan al personal de salud tienen esta lógica, es decir, número de actividades sobre la unidad de tiempo, pero no se evalúa la calidad de atención, es decir la pertinencia médica, la coherencia en el tratamiento, el trato digno a las personas, respeto a los valores, a las culturas, a la diversidad, etc.

Cuando existe un predominio de la racionalidad instrumental prevalece el individualismo en contraposición con la lógica comunitaria. Este conjunto de representaciones del personal de salud hace que no se mire al paciente en su integralidad, sino como una actividad más a realizar. Esto es evidente cuando se informa al paciente o a los familiares sobre el diagnóstico o sobre los exámenes que se realizarán. La comunicación es muy sucinta, no clara, el emisor no verifica que el paciente haya comprendido adecuadamente el mensaje. O en ocasiones ni siquiera se le comunica al paciente, es decir, no se le dice absolutamente nada (Notas de campo, Quito HGSF, 15 de febrero de 2022, 24 de marzo de 2022). Esto es parte de un problema mucho mayor en el campo de la Obstetricia. Araujo (2019) define como violencia obstétrica cuando se realizan procedimientos invasivos o el uso de medicación que no está justificada, o en situaciones en las que las posibilidades de nacimientos no son respetadas. Araujo (2019) refiere al estudio de Castellanos et al que en un 66,8 % de mujeres se realizaron procedimientos sin consentimiento informado, 49,4% hubo un trato deshumanizado (Araujo 2019). El número de cesáreas realizadas en un servicio de salud es un indicador de calidad. La OMS estableció como límite 10 a 15 del total de embarazadas atendidas. Pero este indicador en América Latina es muy alto, por ejemplo, en hospitales de Brasil y Argentina, las cesáreas suben hasta el 90%. Las causas para explicar estos datos son variadas, entre ellas, la solicitud de las madres. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos que existe razones no médicas para la decisión quirúrgica y no hay justificación ética para esta conducta. Además, cuando se decide por la cesárea se incrementa la morbilidad tanto para la madre como para el niño (Vanegas, Pávez y Muñoz 2021).

La racionalidad enfocada a los valores genera una actitud en el trabajo, con sentido humanitario de respeto y enfocada al paciente visto como un ser integral. Este proceso de sensibilización y de práctica médica establece un contexto favorable para la escucha empática, el apoyo mutuo, la solidaridad, la reciprocidad. Por el contrario, la racionalidad instrumental que se enfoca en la productividad fragmenta la visión del ser humano que tiene una dolencia y se preocupa solo de la esfera biológica. Esta racionalidad no es muy favorable para la formación de espacios de sociabilidad que puedan generar redes de confianza mutua y apoyo.

Esta subjetividad del personal de salud tiene esta polaridad, es decir, una humanista y otra instrumental, esta última tiene como característica la elección racional, el individualismo, la preponderancia del ego. Entre estos dos polos existe una amplia variedad. Dentro de este abanico de posibilidades se observan conductas de altruismo, solidaridad, lo que permite un mayor relacionamiento entre el personal de salud y posibilita el apareamiento de redes de confianza de apoyo mutuo y también se observa egoísmo, el cálculo de las ganancias que generan nexos de otro tipo y generalmente débiles.

La subjetividad del personal (personal de enfermería y de medicina) de salud puede estar enmarcada por el Ethos enfocado a los valores, con dedicación al cuidado del paciente que es reconocido en forma holística o también puede ser un Ethos basado en la racionalidad instrumental. Dentro de estas dos categorías grandes existen subtipos según el área de experticia y profesión de la salud. Los roles de diferente tipo facilitan o dificultan la formación de lazos de unión y redes personales. La toma de decisiones se viabiliza según estas dos subjetividades. Las decisiones institucionales se realizan en el nivel gerencial y los mandos medios. Las decisiones a nivel operativo en cada servicio o área se las toman de dos formas, en algunos servicios donde hay mejor cohesión, se lo realiza con la construcción de consensos y en los servicios donde hay fragmentación, las decisiones son centralizadas en los jefes de servicios.

Esta red organizativa conduce el funcionamiento formal del hospital. Además de esto las diferentes redes de trabajadores de salud tienen personas que ejercen liderazgo y forman puentes con otras redes para solicitar lo que se necesite como departamento o área. Los flujos de información dentro de cada departamento o servicio se canalizan por el jefe de servicio y dentro de cada red de confianza existe generalmente una persona que lidera, comunica, informa y logra convocar a los integrantes de la red de confianza. En los servicios en los cuales existe la coyuntura para construir acuerdos mediante el dialogo, se generan redes con mayor cohesión, pero en los servicios en los que existe una brecha entre las personas o los grupos, la formación de redes es menos probable. Las decisiones pueden ser administrativa o médicas, en cualquiera de ellas está presente los dos ethos mencionados. Decisiones de cómo se organiza el servicio de salud pueden ser construidas enfocadas en los pacientes con la guía de los valores o en el servicio de salud puede conducirse orientados a la productividad.

En el campo médico de las decisiones clínicas, es decir las que se toman para el diagnóstico o tratamiento se realizan en escenarios de incertidumbre y de riesgo. Bajo una lógica instrumental se utiliza la estrategia de medicina basada en la evidencia para lograr eficiencia,

es decir lograr el mejor costo con el mejor resultado con criterios de Economía de la Salud (Meng et al. 2021). Esta perspectiva deja de lado muchas veces el enfoque hacia la persona. Dentro de las dos subjetividades mencionadas existen dos roles, el uno de decisor y otro de cuidado directo al paciente. El rol decisor es quien da la pauta de los procesos diagnósticos y de tratamiento. Dentro de este rol se agrupan el personal médico tratante, que es quien trata y es responsable de la atención a los pacientes. Este nivel decisor tiene dos tipos de profesionales, el uno clínico y el otro cirujano. El primero es quien realiza el tratamiento de los pacientes sin realizar intervenciones quirúrgicas que el segundo si puede realizarlas.

El perfil del cirujano/a connota habilidad, aplomo, mayor seguridad en la toma de decisiones, capacidad de resolución de las patologías más frecuentes. Martínez (2016, 209) afirma que “el cirujano combina el ejercicio intelectual de la toma de decisiones con la habilidad de realizar tareas mecánicas”. Según Martínez (2016) el personal cirujano es agresivo, seguro, dominante y tiene necesidad de poder. El o la cirujano tiene mayor tendencia al síndrome de Hybris, es decir a la desmesura debido al ego desmedido. Pues él o el cirujano tiene mayor tendencia al narcisismo, a preocuparse por la imagen personal, a tener excesiva confianza, a tener la creencia que no debe rendir cuentas a sus pares (Carvajal 2014; Gonzales 2019). Esta narrativa y su patología narcisista determina que exista dificultad en la conformación de redes de confianza.

El síndrome de hybris es el que algunos médicos tienen una percepción errónea de sí mismos (self) en el que creen que poseen poder incluso sobre la muerte (Young 2016). El o la afectada de este síndrome tiene las siguientes características: “(1) evalúa una situación con ideas fijas preconcebidas-rechaza todo signo contrario a sus ideas (2) es incapaz de cambiar conducta-no saca provecho de la experiencia, (3) trata a los demás con prepotencia y (4) tienen una conducta marcadamente narcisista” (Young 2016, 100). Todas estas características de este tipo de subjetividad hacen muy difícil que se formen redes de apoyo y que los nexos interpersonales sean íntimos. Si una persona con este tipo de subjetividad forma parte de una red será como una estrategia para lograr beneficio individual.

El médico clínico, es quien que no realiza procedimientos quirúrgicos. Puede también caer en el síndrome de Hybris. La destreza del profesional clínico se basa en su capacidad de análisis sistémico. El médico clínico es experto en el proceso diagnóstico especialmente de casos complejos. Esto determina una relación asimétrica con las personas que no tienen esa experticia técnica. El perfil de clínico o cirujano con sus particularidades pueden enfocarse hacia el ethos de valores o el utilitario. En cualquiera de estos roles si predomina lo utilitario y

se deja de lado el humanismo, se dificultan las relaciones interpersonales, el trabajo diario y además es menos probable que se formen espacios de sociabilidad que permitan una escucha empática, una comunicación efectiva que permita un contacto más cercano. En este escenario la formación de redes se torna más difícil.

Por otro lado, el Ethos dirigido al cuidado agrupa al personal que realiza atención directa al paciente y es el personal de enfermería y paramédico. Este personal tiene un self colectivo enfocado a aliviar el sufrimiento de los dolientes que experimentan alguna patología. La identidad grupal en el personal de salud tiene como meta la atención del paciente para lograr su bienestar en la esfera biológica en forma primaria, pero también en las esferas psicológica y social. El trabajador de la salud de este grupo además de lo anterior tiene interiorizado un enfoque de defensa de los derechos de los pacientes. Esto genera actitudes y prácticas dirigidas por el valor de respeto a la vida y con principios que operativizan esto (Parkers 2013).

Al respetar los derechos, uno muy importante es la libertad de culto, el derecho de la persona a recibir atención espiritual según su creencia. En concordancia con esta descripción, se observa la dedicación al paciente y la perspectiva de valores en lo siguiente, la enfermera ST afirma lo siguiente: “soy muy apegada a Dios entonces, si rezaba y ahí había muchas personas que lloraban y decían que se sentían solos, igual me tomaba dos minutos y les decía que no estaban solos, tienen a Dios que se refugien en El, les da tranquilidad que uno necesita” (Sofía, licenciada en Enfermería, entrevista, Quito 31 de enero de 2022). De forma similar al personal de enfermería, el personal auxiliar de enfermería, paramédico, camilleros, tiene analogías a este tipo de identidad y subjetividad enfocada al cuidado del paciente no solo en el área biomédica sino en lo emotivo y espiritual. Esta identidad y subjetividad similar permite mayor cohesión y facilita la conformación de equipos de trabajo que evolucionaron a redes de confianza, así un camillero manifestó “todos los camilleros éramos del mismo grupo y pertenecíamos ahí mismo y teníamos que hacer todo” (enfermeros y enfermeras, Grupo focal, Quito HGSEF, 28 de abril de 2020).

Este sentido del deber dirige al personal de salud que se dedica al cuidado incluso en contra de su bienestar biológico, psicológico y social. El personal de salud dedicado al cuidado por el sentido del deber se expone a riesgos, como por ejemplo el atender a pacientes críticamente enfermos sin las medidas de bioseguridad por la premura en la atención de una emergencia. Por este sentido del deber el personal de salud de cuidado se queda más allá de su horario de trabajo porque es un imperativo Deontológico. Además de lo anterior es por un proceso de

sensibilización, en el que la empatía con el doliente es la motivación para trabajar fuera de su horario.

La empatía se evidencia cuando se realizan actividades de cuidado y de transporte en él o la paciente estable un contacto humano un nivel de comunicación en el que se expresan los miedos, y se produce un intercambio psico-social entre los dos seres humanos el que ayuda y el que recibe el cuidado, se logra en ocasiones el rapport entendiéndose como la mezcla de emociones logrado esto en el proceso comunicacional. En este caso el personal de salud trata de solventar los problemas del área biológica, psicológica y social. Esto se observa en el relato de un auxiliar de enfermería cuando transportó a un paciente al servicio de rayos x. En este contexto emerge la mentira al paciente para hacer más llevadera su proceso de enfermedad. Por ejemplo, cuando él o la paciente le pregunta al camillero, si va a recuperarse y aquel le contesta “que sí, que va a salir bien de la enfermedad, pero sabe que muy probablemente morirá” (enfermeros y enfermeras, Grupo focal, Quito HGSEF, 28 abril de 2022). Estas vivencias emotivas tan intensas pueden sensibilizar ante el dolor. Esta Ética de cuidado en que se busca la protección del vulnerable, del paciente, donde prima el cuidado, la beneficencia y la empatía. Se trata de una Ética con una comprensión desde la atención y el servicio (García 2004).

Las redes personales se constituyen en un contexto psico-social diferente según el caso, pues según sean las características de los individuos integrantes de la red se facilita o se dificulta la formación de nexos. La subjetividad de los actores sociales determina la dinámica de los espacios de sociabilidad, porque las características psico-sociales de individuos si se alinean a un modo comunitario, es decir a un ethos del cuidado pueden formar nexos más fuertes. Por otro lado, si los individuos se guían por la racionalidad instrumental, y tienen una perspectiva de individualidad, forman nexos débiles por lo que las redes en las que participan son fragmentadas y no persisten a través del tiempo. La calidad de los nexos depende del Ethos de cada persona y grupo.

5.6. Conclusión

Las redes de confianza del Hospital General San Francisco están estructuradas según el tipo de nexos o lazos que se han formado, estos pueden ser superficiales o íntimos. Las redes personales constituyen una estructura social con flujos de relacionamiento en el espacio intersubjetivo. Las redes de sociabilidad se forman por varios factores como la cotidianidad compartida durante el trabajo, la subjetividad análoga permite un relacionamiento funcional.

Esto sucede en el nivel operativo, así como también en los niveles jerárquicos se forman estratos en los cuales se forman diversos tipos de redes. La dinámica de las redes de confianza se modula por el sistema de creencias que permiten coincidencias para encontrar un mínimo común para a formación de nexos. Los diferentes departamentos según su área de especialización acumulan saberes que generan prácticas, si estas coinciden con las de otros se facilita la conformación de espacios de sociabilidad. La dinámica de estos sistemas y subsistemas sociales tiene un abanico de caminos, que van desde la racionalidad instrumental hasta la Ética del cuidado. En otras palabras, el ethos del personal de salud que modula la formación de redes de confianza puede basarse en la racionalidad instrumental, en función de las ganancias que puedan obtenerse por pertenecer a una red. Por otro lado, está el Ethos del cuidado, de contribuir al bienestar del Otro, ya sea el paciente o el compañero. Cuando prima los principios y valores del cuidado las redes de confianza tienen nexos más íntimos y fuertes.

La subjetividad y la identidad modulan las relaciones de los actores sociales y estos son factores que dificultan o facilitan el agrupamiento de personas dentro de una red. Debido al rol social y a las funciones del perfil de puestos, se identificó dos tipos de subjetividad en torno a la capacidad de toma de decisiones. Existe el personal de enfermería, auxiliares y paramédicas que configuran su identidad en torno al cuidado de los pacientes y tienen muy interiorizado el rol de subalterno que espera las órdenes médicas. Por otro lado, existe el personal cuya subjetividad está configurada para decidir, comandar incluso en situaciones de vida o muerte. Este personal cuya función es de ser decisor es el personal médico. Estos dos tipos de subjetividades facilitan la formación de redes de confianza cuyo elemento de cohesión es diferente. Para el personal de atención directa que se guían por una ética de cuidado tienen su espiritualidad y su emotividad facilitada para conformación de redes de apoyo mutuo. Para el personal decisor con poder en la pirámide social hospitalaria, más bien se guían por la racionalidad instrumental, por lo que más difícilmente forman redes de apoyo con nexos íntimos o fuertes.

Capítulo 6. La reconfiguración de las redes sociales personales en la pandemia covid-19

El evento disruptivo de la pandemia covid-19 impactó en diversas esferas del funcionamiento del tejido social. La sociabilidad se afectó la dinámica de las redes de apoyo del personal de salud con la pandemia covid-19 Como hemos visto arriba, las redes informales sociales que comparten una identidad análoga por diferentes factores como el relacionamiento previo o por lazos formados en el sitio de trabajo y por el compartir momentos críticos durante la actividad dentro del hospital, como el haber atendido a un paciente en el quirófano que está en riesgo de muerte. Estas redes se forman generalmente entre 3 a 5 personas del mismo grupo o estrato de la misma profesión u oficio. Las redes rara vez incluyen a personal de otros estratos.

Las representaciones con respecto al proceso salud-enfermedad fueron diversas con respecto a la forma de contagio, sobre la eficacia de las medidas de bioseguridad, con las vacunas. En todos los grupos se dieron ciertos rituales para evitar el contagio que fueron desde medidas exageradas de desinfección, antisepsia y asepsia, o el llevar una oración en el pecho, o llevar un frasco de óxido de cloro en el cuello, así como ademanes de fortaleza antes de entrar en el área covid. Cuando no se tiene una explicación lógico-racional de un fenómeno, se recurre a una explicación mítica, pero se manifiesta por medio de símbolos, incluso con una mentalidad mágica.

Las redes sociales de confianza tuvieron dos formas de comportamiento, una de solidaridad, empatía, apoyo mutuo y otras de fragmentación, conflictividad, egoísmo, ciertos lazos se fortalecieron y otros se debilitaron o se rompieron. Los lazos fuertes o bonding permanecieron más fuertes generalmente, pero los lazos débiles o bridging se debilitaron o desaparecieron. Según Granovetter la importancia para la cohesión social está en los lazos débiles que forman puentes de interacción entre individuos y entre las redes. Lozares et al (2013), se refiere a Putnam que además de los lazos de unión existen dos formas de distribución del capital social. Para Putnam afirma que el capital social bonding es el que está dentro del grupo o la red. En el bridging también se distribuye el capital social en las relaciones entre agentes de colectivos diferentes (Lozares et al 2013). La fragmentación de los nexos se produce cuando el capital social deja de distribuirse y ciertos actores pueden ser excluidos, aislados o marginados.

También en ciertos grupos se incrementó la conflictividad en el trabajo, ya sea por la movilidad del personal de un servicio a otro o la reconfiguración de la jerarquía, el ejercicio del poder. Todo esto generó violencia y desigualdad. La jerarquía formal o de facto generó

relaciones de dominación en las redes tanto dentro de la estructura organizativa como en las relaciones interpersonales en las que se configuraba relaciones de poder en el mismo estrato. Estas relaciones de poder dan el contexto para que la conformación de redes exista la racionalidad utilitaria, es decir la motivación para pertenecer a una red es el probable beneficio o para evitar la marginación o estar en desventaja.

El sistema de creencias como las religiosas se fortalecieron y esto fue un factor protector para soportar el sufrimiento y dar sentido al trabajo. Este sistema de creencias reconfiguró las redes, cuando las personas se sintieron identificadas con la misma creencia religiosa hubo ocasiones que rezaban en grupo y esto generó nuevos nexos para las redes. Por otro lado, la creencia de que hay que cumplir el trabajo y evitar el contagio por el distanciamiento entre compañeros provocó una fragmentación de los nexos porque no se formaron nexos a pesar de trabajar en una misma área sea de atención para pacientes con covid-19 o en otras áreas en las que la posibilidad de contagio era menor.

Las redes de confianza se demarcaron, es decir, los contactos con otras redes eran de menor frecuencia e intensidad. La retroalimentación de las redes con el entorno disminuyó porque la falta de contacto con otras redes debido a varias circunstancias, por ejemplo, la rotación de personal por diferentes servicios y departamentos del hospital. Las redes se comportaron como sistemas pequeños cerrados. Los espacios de interacción como tomar un café que era lo acostumbrado antes de la pandemia desapareció por el riesgo de contagio. Toda red que no tiene relación con su entorno se desorganiza en diferentes aspectos como por ejemplo en el acceso a información, que ocasiona que no se obtengan beneficios por el no estar en contacto con otras redes. Existe un menor contacto con personas que cumplen la función de puentes que son quienes son parte de los flujos de información que posibilitan el acceso a recursos. La retroalimentación escasa o ausente condujo a que el equilibrio de las redes se pierda con el incremento de la entropía lo que produjo rupturas dentro de cada red, así como también las oportunidades de contacto entre las diferentes redes se redujeron.

El proceso comunicacional se dificultó tanto por problemas en el emisor, en el receptor, la codificación del mensaje y el entorno. Debido al uso de los trajes de bioseguridad todos estos elementos se comprometieron por lo que se produjeron muchos errores de comunicación, porque no se podía leer el rostro, o los movimientos corporales del lenguaje no verbal también estaban limitados. También existía problemas para oír adecuadamente y sin errores los mensajes de los otros porque la mascarilla y el protector facial tienen un efecto aislante sonoro.

El evento de crisis que afectó a las redes reconfiguró el sentido de la vida, la forma de comunicarse, se resignificó los tipos de relaciones consideradas como valiosas o no. Todo esto en un contexto de carencia de recursos, insumos, medios de bioseguridad, falta de acceso a los servicios de salud, medicamentos genero mayor resiliencia tanto individual y grupal.

6.1. Cambios en la organización del hospital por la pandemia de covid-19

La demanda incrementada de pacientes con problemas respiratorios fue súbita y en un número muy importante lo que ocasionó que el sistema de salud colapse y sea catalogado como desastre. Cuando existe una amenaza para el sistema de salud o unidad hospitalaria, la capacidad de resistir y responder a esto depende de la vulnerabilidad del sistema. Si los recursos habituales para atender la demanda incrementada de pacientes no son suficientes, o si se tiene deficiencias estructurales o el talento humano es insuficiente, el hospital se lo cataloga que está en “desastre” (Villalibre 2013). Este es el caso en la pandemia de covid-19 porque la demanda de atención en los servicios de salud se incrementó vertiginosamente y los sistemas sanitarios no pudieron hacer frente a esta crisis porque contaban con escasos recursos.

Hasta junio de 2022 se confirmaron 885.318 casos confirmados y 233.322 casos probables, los fallecimientos tanto de casos confirmados y probables en el año 2020 fueron 23.793 en el año 2021 el registro fue de 10.513 y en año 2022 fueron 1.343 casos (MSP 2022). Con esta demanda de atenciones era imposible satisfacer todas las atenciones de salud requeridas. La escasez de camas disponibles tanto de hospitalización como de terapia intensiva fue manifiesta en la región. En América Latina y el Caribe. A pesar de que se incrementaron el número de camas de cuidados intensivos en un 103% entre marzo de 2020 a julio de 2021, eso fue insuficiente, y se saturó el sistema de salud. Esto ocasionó la no satisfacción de las necesidades de salud de la población (CEPAL-OPS 2021).

El incremento de la necesidad de brindar atenciones a pacientes con patología respiratoria obligó a que se implementen medidas emergentes en cada hospital. En el HGSF fue necesario cambiar procedimientos, procesos, flujogramas, se habilitaron nuevos espacios para atender pacientes sintomáticos respiratorios. El hospital en un inicio se lo categorizó como hospital limpio, es decir fue designado para atender la patología usual y no para tener hospitalizaciones por covid-19. Para ello se habilitó una carpa grande ubicada junto a la entrada del hospital para allí realizar la evaluación de los pacientes con problema respiratorio. El proceso de atención se llama triage, es decir, se clasifica o categoriza al paciente según su

gravedad. Si era leve se daba tratamiento y se lo enviaba a la casa. Si era grave se lo debía transferir a otro centro hospitalario que disponga de camas de terapia intensiva por la necesidad de ventilación mecánica. Esta era la disposición administrativa cuando la capacidad instalada no era suficiente para dar atención a estos pacientes. En la práctica varios pacientes no pudieron ser transferidos porque el sistema de salud se saturó, no se disponía de espacios en las unidades de terapia intensiva. Ante esta circunstancia en la carpa se instaló dos ventiladores para atender a los pacientes críticos (Notas de campo, Quito HGSF, abril de 2020).

Se incrementó la necesidad de recursos, insumos, talento humano. Se movilizó el personal de diferentes áreas, lo que llevó a que personal inexperto se vea obligado a atender pacientes sin tener las competencias y destrezas necesarias. Esto se observa en lo que declara un médico residente:

nos tocó quedarnos con algunos pacientes intubados y todo eso y en realidad no es que uno maneje eso del monitor y todo porque en realidad se estaba en otras áreas. No es que no se maneje eso y obviamente uno se va aprendiendo en el área que se está [...] entonces la cuestión del monitor, algo se aprendió a utilizar y hacer y todas esas cosas (Ángel, médico residente, entrevista, Quito HGSF 15 de febrero de 2022).

Los Auxiliares de enfermería, Licenciados en Enfermería, personal paramédico, personal médico que estaban en un área determinada, conocían los procesos de atención de un servicio y también el marco teórico necesario como guías de práctica clínica, protocolos de atención, algoritmos diagnósticos y de tratamiento específicos a un área del conocimiento y que eran propios del servicio donde trabajaban. Al ser cambiados a una especialidad diferente, tanto en la planta física como a otro campo del conocimiento, no podían realizar sus actividades con eficiencia. A pesar de que el personal tenía un título habilitante, el personal no tiene las competencias para atender pacientes con covid-19, especialmente en lo que compete a la identificación de un paciente crítico sintomático respiratorio o en shock. Por ejemplo, se movilizó médicos residentes que están trabajando en pediatría para atender pacientes adultos, lo que es totalmente diferente o se movilizó a médicos residentes de Traumatología que fueron asignados a emergencias. Esta movilidad incrementada del personal fue un elemento de dificultó la formación de lazos de unión. La sociabilidad, según el concepto de Maurice Aghulon, fue afectada, es decir se dificultó “la aptitud especial para vivir en grupos y para consolidar los grupos mediante la constitución de asociaciones voluntarias” (Chapman 2015. 5). La sociabilidad que permite la configuración de lazos que permite la formación de redes se

dificultó por la movilidad del personal entre los diferentes departamentos y por la rotación alta, porque no solo se les cambió de espacio, sino que esto se realizó con mucha frecuencia, lo que imposibilitó un relacionamiento mayor entre las personas. Además, el uso del traje especial de bioseguridad denominado hazmat suit (hazard material suit), limitaba la interacción debido a que no se podía ver el rostro, las expresiones. Incluso el personal no identificaba con quien estaba trabajando.

En el segundo semestre del año 2020, se dio la disposición de que el hospital se constituya como de atención tanto a pacientes covid-19 como de patología general, es decir debía atender y hospitalizar a pacientes con covid-19 y también de otro tipo de patologías. Para ello se realizaron cambios en la planta física del cuarto piso donde se hospitalizaban pacientes de la especialidad de Medicina Interna. Se instaló un sistema de presión negativa (un compresor evacúa el aire de la habitación 20 veces por hora), que es necesario para atender a los pacientes con patología respiratoria que producen aerosoles (partículas muy pequeñas que permanecen en el aire luego que un paciente tose). Se habilitó una unidad de cuidados intensivos destinada para pacientes con covid-19 con 2 camas de terapia intensiva, es decir con disponibilidad de ventilador mecánico. En la carpa se atendían también pacientes que requerían ventilación mecánica, hasta con 4 camas con ventilador. En la carpa se atendían en forma sincrónica en promedio 40 pacientes (Nota de campo, Quito HGSEF, 15 de abril de 2022).

El número de personas asignadas para atender los pacientes covid-19 fue insuficiente. Además, el personal experto para atender este tipo de pacientes, es decir los médicos especialistas en Cuidados Intensivos fueron escasos, por lo que los pacientes eran tratados por médicos residentes asistenciales (que no estaban en un régimen docente de postgrado) que no tienen la competencia para enfrentar este tipo de pacientes (Notas de campo, Quito HGSEF, abril de 2020). Como resultado de esto la calidad de atención disminuyó en lo que respecta a la eficiencia técnica del proceso de atención. Esto se trató de compensar con el seguimiento de los protocolos oficiales de atención para pacientes con covid-19, pero esto fue insuficiente porque con un protocolo no se puede compensar la falta de las competencias necesarias que el personal tenía. Por otro lado, los algoritmos de diagnóstico y tratamiento cambiaban vertiginosamente.

En el inicio de la pandemia por covid-19 se conocía muy poco de esta nueva enfermedad. Se publicaron las primeras experiencias, con resultados discordantes, lo que generó mucha ansiedad en el personal de salud que tuvo que atender estos pacientes. Un ejemplo de esto fue

las discrepancias en cuanto a la forma de transmisión. Inicialmente se pensaba que se transmitía por aire por medio de gotas (partículas líquidas de más de 5 micras de diámetro) y luego se comprobó que se transmitía por aire por medio de microgotas (partículas líquidas de menos de 5 micras de diámetro). Esto tiene impacto porque si se transmite por gotas, el distanciamiento social es una medida adecuada para prevenir el contagio, porque la gota cae al piso. En cambio, si se transmite por microgotas, están quedan suspendidas en el aire por un tiempo determinado y el distanciamiento social no sería efectivo. Otro problema fue el no contar con las mascarillas adecuadas, por lo que el personal de salud tuvo que comprar a precio elevado las mascarillas que existían que no eran las adecuadas para estos casos.

Los insumos y medicamentos necesarios eran escasos y en muchas ocasiones inexistentes. Los turnos de trabajo en el área covid eran de 12 horas en forma continua como se refiere en el grupo focal de enfermería en que una licenciada en enfermería refiere: “no hicimos turnos de 24 horas, yo salí en el turno de 12 horas [...] murieron 13 pacientes en ese día” (enfermeros y enfermeras, Grupo focal, Quito HGSF, 28 abril de 2022). Los turnos prolongados generaron problemas por ejemplo si se requería ir al servicio higiénico, porque se tenía que sacarse y ponerse el traje. Este era el momento en que, si no seguía el protocolo de cambio de vestimenta, el personal se podía contagiar de la enfermedad. Por este motivo el personal trataba de comer muy poco y no ingerir mucho líquido para no tener la necesidad de acudir al servicio higiénico.

Todos estos hechos sometieron al personal a un nivel de estrés importante, que se acompañó de una serie de emociones y sentimientos al estar en contacto con el dolor, la enfermedad y la muerte. Se observaron dos tipos de respuesta, la una en la que se enfrentó la posibilidad de contagio con aplomo y sin pensar en la mortalidad; y la otra forma de respuesta fue la de temor. Concordante con la primera opción una licenciada enfermería afirma lo siguiente:

yo no temía contagiarme del virus [...] nosotros de pronto no teníamos miedo de que nos contagiemos nosotros, pero si teníamos miedo de contagiar a mi casa, a la familia a mis hijos, a mis padres [...] de pronto no teníamos miedo porque ya, un poco como que estábamos acostumbrados a ver y a vivir en esta situación, pero llevar a mi casa, a infectar y contagiarles en mi casa si (enfermeros y enfermeras, Grupo focal de personal de enfermería, Quito HGSF, 28 abril de 2022).

Una reacción de temor puede observarse en lo expresado por una licenciada que expresó lo siguiente:

Bueno yo estuve desde el principio porque se inició la pandemia desde marzo en el área de emergencia entonces para mí sí me cogió un poquito duro por el hecho de llegar a la casa y tener que no abrazar a mis hijos que ellos son los que salen a recibirme en mi casa, era una situación difícil para mí, por el sector, el lado de mi casa, el hecho de venir a trabajar en el área a una parte muy dura para nosotros ver tanto paciente fallecer en la silla (Anita, licenciada en enfermería, entrevista, Quito HGSF, 1 de abril de 2022).

Cada persona, cada red busco su forma de enfrentar la muerte, así un médico tratante de área crítica menciona lo siguiente:

las emociones de las personas de alguna manera ha trastocado, su modo de comportamiento, su capacidad de respuesta a las situaciones de tensión, nosotros de alguna forma estamos formados para situaciones de tensión trabajamos en cuidados intensivos, incluso podemos desafiar escenarios la vida y la muerte, las complejidades lo que está dentro de tus manos, resolver lo que no está dentro de tus manos, pero obviamente nadie de se podría imaginar que se iba a desbordar por un tsunami de condiciones que eran muy difíciles, y sostenidas durante mucho tiempo (Grupo focal a médicos tratantes, Quito HGSF, 27 de abril de 2022).

Las áreas del hospital que no atendían pacientes covid también tuvieron impacto por la pandemia. En estas también hubo falta de insumos, medicamentos y talento humano lo que sobrecargó de trabajo al personal. Además, varios pacientes inicialmente catalogados de otras patologías no covid ingresaron a hospitalización al área designada para los pacientes no covid, pero luego de los estudios diagnósticos y por la evolución de su cuadro clínico, se concluía que también tenían este diagnóstico. Esto generó ansiedad en el trabajador de la salud de todo el hospital, porque había realizado la atención sin las medidas adecuadas de seguridad.

La crisis del covid-19 generó un ambiente de sufrimiento, el personal de salud estaba en medio de una gran incertidumbre, tenían temor de tener contacto cercano con los compañeros, por lo que la interacción era mínima. Una paramédica menciona lo siguiente “la preocupación obviamente por el contagio, el tema de los conocimientos, la duda [...] el tema del contagio entre compañeros” (Entrevista a paramédica Ivonne, Quito HGSF, 25 de enero de 2022). En un comienzo durante la hora del almuerzo no se admitió al comedor a las personas que trabajaban en el área covid, que les tocó comer en un área anexa a la carpa. El temor al contagio disminuyó el contacto y por este motivo los nexos de las redes previas se deterioraron y no hubo oportunidad para que se formen nuevos lazos (Notas de campo, Quito HGSF, abril de 2020). Los trajes de bioseguridad hazmat suit y las mascarillas N95 no se disponía en cantidad adecuada y se acabaron prontamente. Y por esta escasez el personal dejó de utilizar estas medidas de bioseguridad, que retrospectivamente se las consideró

innecesarias. Luego de esta disposición el personal notó que no había tantos contagios como se esperaba y que no eran graves. Esto disminuyó la tensión emocional, lo que facilitó nuevamente la interacción. En este momento se fortalecieron los nexos de cohesión que se habían debilitado.

6.2. Dinámica del tejido social del hospital

En las áreas destinadas para atender pacientes covid-19 se reconfiguraron los roles y funciones. El equipo de trabajo constaba de médicos residentes asistenciales, personal de enfermería, personal auxiliar, personal paramédico. No ingresaron a trabajar médicos tratantes por lo que este rol decisorio recayó en el personal de médico con funciones de residente asistencial que trabajaban bajo la forma legal de un contrato y no tenían nombramiento. Durante la pandemia se contrató nuevo personal de médicos residentes para asignarlos al área covid. Cuando esto sucedió se estableció una jerarquía entre el personal médico residente antiguo con respecto a los médicos nuevos y los antiguos. Estos empezaron a comandar y a delegar actividades a los nuevos. Esto produjo dos estratos que impidió formar lazos de cohesión para la conformación de nuevas redes de confianza. El personal no médico tuvo un comportamiento similar al de antes de la pandemia ya que cada grupo siguió cumpliendo las funciones que les correspondían.

Por aproximadamente un año el área covid funcionó de esta manera. Por la necesidad de que en la misma exista personal tratante entrenado, se asignó para este puesto a una médica tratante de Emergencia que trabajaba 8 horas diarias de lunes a viernes, pero en las noches y los fines de semana no existía en el área ningún médico especialista. El permanecer en una unidad crítica, sin personal entrenado, sin médicos tratantes, sin conocer sobre la mejor forma de tratar este tipo de pacientes; generó en el personal mucho desánimo, ansiedad, depresión, ira, sensación de estar solos y abandonados. Esta emotividad no propició espacios de interacción donde pueda existir una oportunidad para realizar catarsis. Ni tampoco para conversar entre pares y peor aún para constituir lazos de cohesión. El personal buscó refugio en las redes sociales a las cuales pertenecían previamente o en la familia.

En el área covid hubo incrementó en la conflictividad, debido a varios factores: la falta de recursos como medicamentos, insumos, instrumentos, ventiladores mecánicos, el espacio físico reducido y en una carpa donde no existían las condiciones adecuadas para realizar la atención porque era un sitio adaptado y donde la temperatura era baja especialmente en las noches. La falta del conocimiento necesario para enfrentar el diagnóstico y tratamiento de los

pacientes covid incrementó la tensión nerviosa. En el área no covid los diferentes grupos tuvieron una dinámica similar al momento en que no hubo la pandemia. Pero la rotación de personal por la necesidad de cubrir el área nueva provocó que la cohesión social en el resto de hospital disminuyera. La espacialidad, la territorialidad fue afectada porque físicamente se reordenaron áreas, el servicio de emergencia ubicado inicialmente en la planta baja junto a la puerta principal. Se habilitó el área de atención a pacientes respiratorios en una carpa junto al acceso al parqueadero. Pero por la demanda incrementada también se asignó como área de emergencia respiratoria el área que estaba designado para esto desde antes de la pandemia. Para atender a los pacientes que no tenían cuadro respiratorio se habilitó otra área en el interior del hospital que era el centro de endoscopía del servicio de Gastroenterología que dejó de realizar procedimientos endoscópicos. Esta área es muy reducida para poder atender la demanda de atención. Tanto en la carpa, el área covid de emergencia, y en la emergencia no covid existió falta de espacio físico, pues en todas estas áreas, se colocaron camillas muy juntas e incluso muchos pacientes no tenían camillas sino a lo sumo una silla. En las tres áreas el acceso de los familiares estuvo restringido. En la emergencia no covid no podían acompañar a su familiar por el espacio restringido y por el gran número de pacientes, porque se dificultaría el proceso de atención médico.

En todas estas áreas se entregaba la información a los familiares a veces en la puerta de acceso o por teléfono. Este tiempo dedicado a esta actividad era muy pequeño porque el personal tenía su tiempo saturado. Las actividades de atención directa a los pacientes son numerosas, debido a que los pacientes con insuficiencia respiratoria (el paciente no puede respirar en forma adecuada y la oxigenación no se efectúa normalmente) se deterioran en forma rápida, por lo tanto, el monitoreo o vigilancia es estrecha minuto a minuto. Esto puede evidenciarse en el siguiente relato de una Sra. Auxiliar de Enfermería que dijo: “había un grupo que estaba bien y al otro día se deterioraba, los ponía por grupos iban entrando con las personas con uno o dos litros de oxígeno qué las ponían en un lugar después iban con la gente que ya estaba agravándose, pero si se veían pasos que qué de un momento al otro totalmente se deterioraban y llegaban de mucho a 8, 10 litros y hubo un joven que llegó de 35 años que recuerdo que pedía que no lo dejen morir él estuvo el ingreso con 6 litros después fue empeorando y le pusieron una mascarilla de alto flujo porque no había cama en UCI y él había fallecido ” (Entrevista a auxiliar de enfermería, Quito HGSF, 16 de febrero de 2022).

Un paciente con problema respiratorio requiere recibir oxígeno en forma permanente y solo al cambiar el tanque de este gas, varios pacientes fallecieron. Esto lo narran en el grupo focal de

Auxiliares de enfermería. Se manifestó lo siguiente: “lo más fuerte que como Auxiliar adentro (del área covid) era lo que teníamos que hacer y la angustia más impotencia que se tenía porque nos faltaba oxígeno, murieron 6 pacientes por falta de oxígeno, porque teníamos que cambiar los tanques de oxígeno, cambiábamos a uno (paciente) y luego tenías ya que cambiar al otro (paciente) que se estaba acabando, iba corriendo y cambiaba ese tanque y hasta cambiarlo el paciente ya había fallecido porque se le acabó el oxígeno, y pasaba mucho tiempo hasta que nos traigan los tanques que pedíamos”(Grupo focal Auxiliares de Enfermería, Quito HGSF, 18 de abril de 2022).

Además de esto el personal de salud tenía que llenar una serie de formularios, no solo de la historia clínica, sino las fichas epidemiológicas donde se registra la información para realizar el control estadístico y la toma de decisiones de Salud Pública. Todas estas actividades, el impacto en la emotividad por la atención a pacientes críticamente enfermos y por haber presenciado la muerte; se configuró una circunstancia no favorable para la interacción social y tampoco pudo generarse nexos de unión. Por el contrario, estos factores facilitaban la conflictividad entre el personal de salud.

Cada servicio del hospital es un territorio con un complejo sistema de relaciones de los actores sociales donde se producen coincidencias, empatías, fricciones, conflictos. Este sistema de relaciones que crean significados múltiples. El personal al ser movilizado de sus servicios de origen, están desterritorializados porque salen de su espacio físico y psico-social e ingresan a un entorno nuevo tanto en el espacio físico como en el sistema de relaciones que es extraño y con nuevos códigos comunicacionales. El trabajador de la salud cuando están en otro ambiente recuerda y añora el sitio de origen que lo perciben como su casa, por lo que mantienen el sistema de relaciones con el servicio de origen, pues allí se reconfiguró la identidad. El personal trabajador de la salud al ser asignado a otros servicios es desterritorializado de su sistema de relaciones con las personas con las cuales comparten un mismo horizonte de significación. Las redes sociales de trabajadores de la salud están en contacto con otras redes, grupos tiene una relación en la frontera, que es un límite que circunscribe un espacio, un sistema de relaciones, un sistema de creencias. Esta frontera o interfase de contacto es un espacio en el cual se observan conflictos. El personal movilizado fue desterritorializado de su área de origen de su lugar de pertenencia e identidad y tuvo que interactuar con otras personas movilizadas. En ocasiones se encontraba además en un sitio en el cual existía un sistema jerárquico de facto en personal de igual oficio, saber y experticia. Esto sucedió en la carpa de pacientes sintomáticos respiratorios. Se asignó el personal de

enfermería de diferentes áreas y también personal médico. Las personas que primero trabajaron en dicha área conocían el proceso administrativo de llenado de formularios, y por esa pequeña ventaja asumieron un rol jerárquicamente superior sobre el personal nuevo. Pues los primeros delegaban al personal nuevo tareas que deseaban realizar, lo que llevó a conflictos, discusiones en la repartición de tareas. Estos problemas se solventan en las redes de confianza por medio de negociación o mediación, pero en este contexto no había espacio para ello. Tampoco existió una instancia dirimente, es decir un árbitro con autoridad para que decida porque a esta área no ingresó personal médico especialistas tratante. En el resto de las áreas o departamentos que no atendían pacientes con covid-19 hubo cambios en el personal de enfermería, auxiliares, paramédicas, esto generó una situación análoga a lo descrito, las personas se sentían fuera de su lugar de pertenencia y además por el temor de contagio se suspendieron ciertas prácticas sociales como el ritual de tomar café con pan a media mañana y a media tarde. Todos estos elementos provocaron distanciamiento no solo físico sino afectivo. Cada quién cumplía con su trabajo y punto.

El personal médico con rol de residencia asistencial fue movilizado y se los asignó al área para atender los pacientes con covid-19, en cambio el personal médico con rol de residencia de postgrado no fue movilizados y permanecieron asignados a sus áreas. El personal con rol de médico tratante no fue asignado a las áreas de atención para covid-19, lo que si sucedió es que tuvieron un cambio de horario, pues antes de la pandemia una gran proporción de médicos especialistas trabajaban 8 horas diarias de lunes a viernes y una menor proporción realizaban turnos rotativos. Con la pandemia todos y todas realizaron turnos rotativos generalmente una guardia cada cuarto día, es decir turnos de 12 a 24 horas seguidas. Este cambio en la forma de trabajo condujo a que ciertos vínculos débiles se fragmenten, ya no existía el contacto diario, ni tampoco los escenarios de discusiones de caso, las sesiones docencia, ni tampoco se podía compartir un refrigerio en un grupo mayor. El personal médico con trabajo en turnos rotativos trabajó con el mismo grupo de personas y por este motivo los grupos de trabajo se convirtieron en equipos y algunos de estos se constituyeron en redes de confianza. Por ejemplo, en el área de cirugía se asignaron dos cirujanos por turno y estos realizaban los procedimientos quirúrgicos en forma conjunta lo que antes de la pandemia no sucedía esto. Debido a este compartir se estrecharon los lazos de unión entre el personal que coincidía en las guardias, por el apoyo brindado o recibido durante el trabajo.

La dinámica durante la pandemia evidenció que los roles asumidos no estaban acordes con el reto que presento el covid-19. Pues se requería un nivel de competencia en cuanto a

conocimiento y destrezas que el personal que atendió esta emergencia, no las tenían. Relata un médico tratante:

a nosotros en medicina hacemos ATLS, ACLS, PALS (son cursos estandarizados mundiales de reanimación cardiopulmonar de adultos y niños, soporte vital avanzado en trauma) cursos ya no nos atrevemos a hacer un cinco de cada curso, es decir nada de nada, entonces yo por ejemplo le comenté de manera (a un médico residente) muy sucinta para que el también haga (los cursos) pero de manera general somos un poquito cerrados en autoformación (Xavier, médico tratante, entrevista, Quito HGSF, 28 de marzo).

Los cursos mencionados son esenciales, pero tienen un costo elevado por lo que el personal no los realiza, además la institución tampoco los financia. La mayoría del personal de todo el hospital no tiene estas competencias necesarias para la atención de cuadro clínicos críticos. En ese escenario aparece una enfermedad con afectación multisistémica que requería una atención altamente especializada que no estuvo disponible. Esto generó errores en el proceso de la atención no solo por la falta de competencia del personal sino también por la falta de recursos e insumos, especialmente la no disponibilidad de ventiladores mecánicos. Estos factores que general ansiedad condujeron a que el personal sin las habilidades psicosociales necesarias para enfrentar los retos de la atención no pueda soportar la carga psicológica de la atención y aumente la conflictividad en el trabajo diario. Todas estas variables fragmentaron los lazos de unión y cada vez los espacios de contacto sean menores. Así un médico tratante afirma lo siguiente,

fue tremendamente difícil, complejo, hubo qué, momentos de mucha angustia, hubo momentos de escenarios desesperantes, porque no sabía que enfrentar la enfermedad que era mortal, sino la pobreza, la falta de capacidad organizativa, nunca estuvimos preparados para, yo creo que nadie estuvo pero si es que hay niveles de estar mal preparados nosotros lamentablemente estuvimos en una situación muy muy precaria, entonces claro, entonces, ya llevamos presiones a todos los lados, presiones hacia arriba desde el punto de vista digamos administrativo, direccionamiento a las autoridades estoy hablando desde pacientes, rectores del sistema sanitario y por otro lado los colegas (Grupo focal de médicos tratantes, Quito HGSF, 27 de abril de 2022).

Lo descrito puede ser interpretado desde la Psicología, pues en una crisis en la cual hay carencias y las personas si no tienen recursos psicológicos no pueden afrontar estas demandas del entorno lo que ocasiona a la inmovilidad, o desesperación, al aislamiento. Desde el punto de vista social, en situaciones de desorden, falta de reglamentación, donde la presión

administrativa es importante, genera un clima de conflictividad. Todo esto es desfavorable para la formación de vínculos afectivos o dificulta la formación de espacios de sociabilidad.

Los cambios observados en la dinámica de las redes personales afectaron diversas esferas en la interacción del espacio psico-social. En el sistema de posiciones y relaciones del tejido social se forman espacios de sociabilidad y convivencia que permiten formar redes sociales personales. Pero también se generan espacios de conflictividad. Concordante con la literatura especialmente con Mark Granovetter los círculos de confianza están conformados entre 3 a 5 personas. Estas relaciones ya sean de confianza o antagonismo emergen en el relacionamiento con el Otro. En los servicios de salud a priori se piensa que existe bastante homogeneidad en cuanto a las subjetividades, o identidades. Pero no sucede así, pues existen diferentes grupos con diferentes sistemas de creencias, diferente autopercepción, diferente identidad y subjetividad dadas por la organización institucional departamentalizada y por la división que existe entre el personal por su profesión u oficio. La presencia de sociabilidad o conflictividad se presenta si existe o no el reconocimiento por el Otro como un par o igual. Estos espacios de contacto requieren que exista empatía, compasión por quien sufre, sea un paciente o un compañero trabajador de la salud. A más de esta esfera emotiva las personas requieren un mínimo común de coincidencia en cuanto a principios, valores, creencias, subjetividades. Si existe este espacio mínimo que permite la sociabilidad y la convivencia se puede formar redes sociales personales, basadas en la confianza mutua que genera apoyo colectivo. En el relacionamiento heterogéneo de diferentes individuos cuando están asignados a determinadas áreas si tener opción para elegir. Este grupo de personas por el diario compartir en el trabajo construyen una identidad colectiva al cabo de un tiempo. Esto sucede porque en ciertos momentos de la vida hospitalaria se está en frente del dolor humano, de los más frágil de la naturaleza humana. En esos momentos pueden surgir conversaciones que puedan llegar al rapport (intercambio en la que se genera empatía) y a partir de eso se configuran nexos basados en la emotividad. Pero también sucedió lo contrario cuando no existe ese mínimo común de coincidencia y el personal no está sensibilizado ante el dolor humano, no existe un espacio para la comunicación efectiva que llegue al rapport a la empatía y por lo tanto no se forman lazos, sino más bien situaciones de antagonismo y conflicto entre los individuos. En este último caso se dan relaciones jerárquicas con juegos de poder en los cuales hay roles de dominio y de subalternidad. La sociabilidad generada busca el beneficio común, cuando la red tiene una misma meta, donde los integrantes de la red pueden acceder a diferentes recursos, capitales. Esto genera uniones débiles y fuertes según la frecuencia y la intensidad de los

contactos interpersonales. Los departamentos o servicios del hospital guardan una analogía con las categorías de Tönnies (1947), pues existen dos lógicas, una que prima lo comunitario, los nexos son basados en la emotividad en la solidaridad y por otro lado lo que se llama una sociedad mecánica en la que los individuos interactúan por una razón instrumental. La categoría comunitaria se relaciona con una Ética dirigida al cuidado del Otro, ya sea este paciente o personal de salud. La categoría de sociedad mecánica se relaciona con un ethos basado en la jerarquía, en relaciones de poder asimétricas, en la productividad, en la libre elección, en la razón instrumental.

6.3. Gestión de la información

La información de los pacientes necesaria para el trabajo diario, es decir con personal que cambia aproximadamente cada ocho horas, se debe informar al personal que entra varios puntos importantes como el diagnóstico, los exámenes pendientes, los riesgos, el tratamiento instaurado, etc. Este proceso se dificultó porque el personal no pudo entregar estos informes en forma completa, coherente porque el número de pacientes era muy alto y además por ser personas críticamente enfermas la información en cada paciente era extensa. El proceso de atención clínica empieza con la categorización de la gravedad de la patología del paciente, luego con el interrogatorio que realiza el profesional a cargo, se realiza entonces el examen físico, se toman las decisiones y se registra en la historia clínica. Esta documentación se la realiza de forma electrónica en un programa específicamente diseñado para ello. Además de toda esta documentación usual, en la pandemia se tenía la obligación de llenar varios formularios que servían para la vigilancia epidemiológica. Esto se realiza en cada paciente. Luego de esta primera fase se debe registrar notas de evolución, donde se narra los problemas del paciente. Por problemas se entiende un síntoma, un signo o cualquiera circunstancia que aparte del equilibrio al paciente. Estas notas de evolución son varias que se las redacta según la necesidad cuando existe un cambio en el estado del paciente. Además, existe un instrumento de registro de la información de los pacientes que se llama “bitácora” donde se apunta en forma resumida el cuadro clínico de la persona, los planes diagnósticos, el tratamiento y la evolución. Esto toma mucho tiempo, sumado al poco personal y al número de casos atendidos dificultó el trabajo (Notas de campo, Quito HGSF, abril de 2020).

Durante el periodo más crítico de la pandemia el registro de la información fue incompleto y erróneo. Este proceso de llenado de la historia clínica y la entrega de la información entre el personal que termina su turno al que ingresa se dificultó porque lo prioritario era la atención y cuidado directo a los pacientes. Este fue un espacio de conflicto porque existían errores en la

documentación clínica que estaba incompleta o la información no era coherente o pertinente, por lo que las personas que entraban a su turno a trabajar reclamaban sobre este punto. Este hecho generó un ambiente poco propicio para la construcción de nexos, requisitos para la formación de redes, porque el momento que se realizaba la transferencia de la información se convirtió en un espacio de conflicto. Antes de la pandemia el trabajo se realizaba en horarios en los cuales se acudía al hospital todos los días, por lo tanto, el conocimiento del estado de los pacientes era mejor, porque cada día se analizaba la evolución de cada caso. Con el trabajo por turnos cada cuarto o quinto día el seguimiento de los problemas clínicos de los pacientes era incompleto. Para compensar este problema se realizaron encuentros virtuales utilizando las tecnologías de información comunicación, además por medio de chats se interactuó para la decisión médica, con el envío de resultados de exámenes de laboratorio y estudios de imagen. Esta forma de interacción se constituyó también en una forma de compensar la falta de contacto físico. Las redes de confianza de trabajadores de salud por este medio mantuvieron un flujo de información no solo del trabajo sino personal. Estas plataformas también permitieron el contacto entre diferentes grupos como de médicos residentes y médicos tratantes. Estos espacios virtuales generaron espacios de encuentro para personas que antes no interactuaban, pero también disminuyó la calidad de los mensajes y la interacción entre personas que antes de la pandemia tenían un nivel de comunicación más cercano. Esta interacción virtual dificultó la formación de lazos de unión, porque se comunicaba de otra forma, con mensajes cortos y mensajes ambiguos, especialmente cuando se respondía con emoticones.

El proceso de la entrega de guardia tuvo varios problemas debido a la sobrecarga de trabajo por el número incrementado de pacientes y el personal escaso. Así refiere un médico residente que afirma “yo tuve hasta 54 pacientes en 12 horas y nos tocaba entregar...tocaba sacar exámenes, tocaba también entregar la guardia, entonces entregar la guardia también tomaba su tiempo” (Ángel, médico residente, Quito HGSE, 15 de febrero de 2022). Las numerosas actividades ya sean de atención directa o administrativas (llenado de formularios) tomaba tiempo, tanto que el personal tenía que permanecer más tiempo en el hospital fuera de su horario de trabajo. Esto lo expresa un médico residente que afirma lo siguiente: “ahí si salimos realmente tarde y ahí si estaba cansado, si estaba cansado porque también con el traje, eso no es que uno puede salir” (Francisco, médico residente, entrevista, Quito HGSE, 27 de abril de 2022). El tiempo necesario para la transferencia de información era escaso. No quedaba tiempo para una conversación informal, que era lo que siempre sucedía antes de la

pandemia. La falta de este espacio de interacción obstaculizaba la formación de lazos y por lo tanto el espacio de socialización no existió.

6.4. Comunicación

El personal tuvo que aprender una serie de palabras técnicas necesarias para el manejo de los pacientes con covid. Unos términos ya existían, pero eran del dominio de ciertas especialidades, y otros términos fueron creados a partir de la pandemia. Este aprendizaje implicó que en un inicio no se comprendieran en su correcto significado muchas expresiones. Esto provocó problemas en la decodificación del mensaje por el receptor, y por otro lado el medio utilizado por el mensaje tenía también problemas. Por el uso de la mascarilla no se escuchaba adecuadamente y por la máscara facial de plástico o las gafas no se podía leer la expresión facial. Todos estos elementos dificultaban la interacción, por lo que los lazos de unión eran débiles. En el sitio de trabajo previo a la pandemia existía tiempo en el cual se podía compartir, conversar, pero con todas estas dificultades de comunicación, no se podían formar nexos para lograr cohesión.

Los códigos de interpretación de los signos utilizados son diferentes en cada departamento, a pesar de que el vocabulario médico aparentemente está estandarizado, este adquiere nuevas significaciones (relación entre el significado y el significante) según la especialidad y el área de trabajo. Por otro lado, la terminología médica es muy extensa lo cual dificulta que se domine los significados de los términos. Cada especialidad tiene una cantidad importante de terminología que se usan en la práctica diaria que no es comprendida por el resto de las especialidades. Cuando se movilizó al personal de salud de diferentes áreas, cada uno de ellos tenía un número determinado de términos diferentes al de los otros, lo que dificultó la adecuada comprensión-decodificación del mensaje. Incluso términos comunes como “fiebre” se presta a confusiones. Esto se observó en una reunión de análisis de un caso clínico, cuando se preguntó la definición de esta y a partir de cuantos grados de temperatura corporal se considera fiebre, se obtuvo varias respuestas, con diferentes definiciones, con diferentes puntos de corte, o umbrales (Notas de campo, Quito HGSF, 10 de marzo de 2022). Este error en codificación se observa en otro término común como es el de “shock”, de igual manera se preguntó sobre la definición, unas personas respondieron que era la presión baja, no hubo acuerdo en el límite, otras personas se refirieron a un concepto fisiológico-metabólico (Notas de campo, Quito HGSF, 26 de marzo de 2022). Este error en la decodificación produce problemas en la operatividad y funcionamiento del hospital, se generan prácticas distintas entre las diferentes personas del hospital. En el trabajo diario una persona con un concepto

diferente actuará de diferente forma, lo que genera o bien espacios para formación de alianzas o la aparición de conflictos. Se generan nexos cuando los códigos son similares y conflictos cuando los códigos de interpretación son diferentes.

Esto se evidencia cuando un paciente estaba críticamente enfermo, el enfermero da la alerta al médico, los dos tienen diferentes definiciones de una patología. El enfermero le indica que el paciente tiene problema respiratorio y necesita oxígeno a una dosis alta, pero el médico tiene otra conceptualización del concepto de insuficiencia respiratoria y le indica que administre oxígeno a una dosis baja. El médico no le presta atención a lo que dice el enfermero, este se siente incómodo y busca a otro médico para que resuelva el problema. El segundo médico está de acuerdo con el enfermero y se procede a dar tratamiento (Notas de campo, Quito HGSEF, 13 de mayo de 2022). En este relato se genera ulteriormente una liga entre el enfermero y el médico que estuvieron de acuerdo y las próximas veces el enfermero le llama a este médico, esto genera un nexo que puede generar lazos de unión para conformar redes sociales, en cambio con el primer médico esta diferencia de entendimiento del problema del paciente, genera distanciamiento que impide ulterior interacción. En la pandemia al trabajar personas con diferentes códigos, diferentes experticias, diferentes significados, generó distanciamiento y por lo tanto no hubo un escenario para formación de nexos para la conformación de redes. De acuerdo con Acha (2016) comunicación efectiva debe ser: un circuito cerrado de comunicación en el que el emisor identifica claramente al receptor y viceversa, los mensajes deben ser claros, los roles-responsabilidades claros, debe conocerse las limitaciones para pedir ayuda, el conocimiento debe ser compartido, se debe realizar retroalimentación constructiva y finalmente resumir y reevaluar. La comunicación efectiva, asertiva es una meta que el personal lo tiene claro cómo se observa en el relato de una paramédica que afirma:

considero que la comunicación asertiva fue (en la pandemia) muy importante, en realidad como lo han mencionado algunos médicos, cada persona cuando viene al turno no sabe con qué condiciones llega, algunos compañeros vienen enojados, peleados, otro bien felices, o sea, depende mucho también de la actitud (Paramédica, entrevista, Quito HGSEF, 25 de enero de 2022).

Si la comunicación no es efectiva o asertiva existen problemas en la emisión-recepción del mensaje y este es un momento que sucede fragmentación de los vínculos.

6.5. Subjetividad e identidad en la pandemia covid-19

La ética del cuidado constituye la subjetividad de una gran proporción de trabajadores de la salud, existe mucha empatía, compasión, deseo de ayudar. Este evento generó momentos de reflexión sobre la atención sanitaria, especialmente al inicio de la pandemia. Se confrontó la probabilidad de muerte cuando se atendía a pacientes con esta enfermedad. Hubo mucho temor, que se manifestaba con frases como estas: “si me piden que ingrese al área covid, yo renuncio” (Notas de campo, Quito HGSF, abril de 2022). Inicialmente se dispuso que todo el personal independientemente de la especialidad o servicio a que pertenezca, tenía que atender pacientes con covid-19. En ese momento el argumento para evitar atender pacientes con covid fue que el personal no tenía las competencias técnicas y destrezas para dar el tratamiento eficiente requerido. Estos datos revelan el conflicto, el temor, el no desear atender a pacientes y la confrontación a la probabilidad de muerte modulan la identidad, la subjetividad. El personal de salud tiene como parte importante de su identidad el ethos del cuidado, pero esta parte importante de la subjetividad cambió porque, tal vez por primera vez se pensó en preservar la seguridad personal. Esto da un giro al sentido de vida del equipo de salud.

En el imaginario de salud, se asumía que el personal de salud era inmune porque en muchas ocasiones no se respetaban las medidas de bioseguridad al atender pacientes y no se observó ninguna consecuencia para el personal. Con las anteriores epidemias ya se trató pacientes sintomáticos respiratorios que requerían terapia intensiva para recibir soporte ventilatorio mecánico, pero el impacto psico-social fue de poca intensidad. Se lo vivió como rutinario y sin mayor problema como así lo manifiesta una enfermera de cuidados intensivos que dijo “cuando hubo la epidemia de la H1N1, si atendimos pacientes en terapia intensiva, no tuvimos temor, nos daban los trajes de protección y no pasó nada” (Notas de campo, Quito HGSF, 10 de febrero de 2022). Pero con la pandemia de covid-19 fue diferente por la morbimortalidad elevada. Esto cambió la subjetividad en la que prima la supervivencia individual, el bienestar del personal de la salud y de su familia. Varias personas manifestaron que con este evento se cambió el sentido de la vida, al direccionar el foco de toda la atención a la familia. Los amigos quedaron en segundo lugar, y concordante a esto las redes de confianza ocuparon un lugar subsidiario, por lo que los nexos de unión se tornaron más débiles, las redes de confianza se fragmentaron, los nexos fuertes se tornaron débiles.

Pero también ciertas redes de confianza se fortalecieron, nexos fuertes se intensificaron. Esto sucedió en algunas redes que se consolidaron, se protegieron mutuamente. En estos casos el bienestar individual estaba después del bienestar colectivo. En estos casos cuando un

compañero se enfermó, los integrantes de la red realizaron actividades de cuidado, a pesar del riesgo de contagio. Otros grupos tuvieron otro giro en la subjetividad, pues se reconfiguró hacia una racionalidad instrumental, durante la pandemia, se formaron redes de compañeros con lazos internos débiles pero que posibilitaban mayor capacidad de supervivencia. Se produjo un proceso de sociabilidad motivado hacia la consecución de recursos que siempre son escasos en salud y más aún en la pandemia. Se organizaron grupos para buscar trajes de protección, mascarillas, etc. La motivación para ser parte de estos grupos fue la de obtener beneficios grupales. Esta dinámica también se producía antes de la pandemia en la que un sujeto se adscribía a una red para no ser marginados, para tener beneficios o puestos jerárquicos.

6.6. Dilemas éticos en el trabajo hospitalario

Los seres humanos somos una mezcla entre cognición y emotividad. Esta emotividad está alineada a el relato personal constituido por el conjunto de significaciones que conforman la subjetividad que puede ser funcional, equilibrada o tener una constitución patológica como el de la alienación y la pérdida de sentido (Angelcos 2016). Durante la pandemia se replantearon este sistema de significados y sentidos por el evento disruptivo en la cotidianidad, ya sea por la carga de trabajo o por estar en contacto más cercano con la muerte. Por un lado, existía el temor a morir si se contagiaba de covid 19 y por otro lado estaba la razón de ser de personal que es ayudar al paciente, curar, aliviar o acompañar. Existió un conflicto ético entre la beneficencia, es decir hacer el bien, velar por el derecho del paciente a recibir atención y el derecho del personal a preservar su vida. El equipo de salud tiene el deber de atender a los pacientes, pero también el deber de cuidar a su familia. Si el personal de salud fallecía por cumplir su deber, la familia quedaba desprotegida y no existía un seguro de vida para el personal de salud. Además, el personal que no aceptaba trabajar en área covid podía perder su trabajo.

Este conflicto afectó la cohesión social y la formación de lazos, porque las personas en las que prevalecía el deseo de autopreservación tomaban conducta para evitar ser asignados al área covid y lo conseguían de diversas formas. El resto de las personas, incluso las que eran parte de sus redes de confianza, no estaban de acuerdo con esto, lo que generó conflictos interpersonales. Por otro lado, se asignó a determinadas personas exclusivamente para el área covid-19 pero el resto del personal que debió ir nunca fue asignado lo que generó fragmentación de las redes. Esta asignación inequitativa resquebrajó el tejido social porque

unas personas fueron tratadas de una forma injusta y otras fueron ubicadas en áreas de menor riesgo.

6.7. Ideación con respecto a la muerte

El personal de salud a pesar de tener un contacto con la imperfección humana, con su finitud, evita el reflexionar sobre esto. Por este motivo el personal de salud no sabe cómo afrontar estos temas. Se produce un alejamiento del dolor humano por medio de una conducta mecánica en el proceso de atención del paciente. Cuando un paciente fallece el personal de salud evita hablar del tema, no se realiza un momento de introspección, lo cual explica un comportamiento frío, no emotivo en muchas ocasiones. Además, en la malla curricular de las universidades, a pesar de tener cátedras sobre Bioética, los egresados no logran alcanzar los objetivos de aprendizaje ni cognitivos, tampoco procesuales y tampoco los actitudinales con relación a temas de atención a pacientes al final de la vida. La categoría muerte debe ser trabajada y más aún cuando se labora en una casa de enfermedad que es el hospital, donde las personas mueren. En una algunas reuniones organizadas por el comité de Ética asistencial del Hospital cuyo objetivo era la adecuación del esfuerzo terapéutico para decidir cuándo se deben suspender los tratamientos que son inútiles, fútiles. Se preguntó sobre el testamento vital, que es un documento legal que debe realizarlo cuando la persona está en pleno uso de sus facultades mentales. Este documento también se le llama voluntad anticipada, en el que se registra ante un notario los tratamientos que autoriza o no realizarlos en situaciones de gravedad de una enfermedad, porque en aquel momento la persona no tendrá las condiciones mentales adecuadas para poder decidir. Este documento guía la atención que brinda el personal de salud. Por ejemplo, en el documento de voluntad anticipada se puede registrar que el paciente no acepta diálisis. De ser el caso que el paciente no pueda decidir porque esta inconsciente, si se tiene este documento legal tanto el personal de salud como la familia tiene que respetar esta decisión.

Cuando el personal de salud asistió a estas reuniones, el personal no deseaba hablar al respecto, al confrontarles con el hecho de todos moriremos, se observó expresiones de malestar, ansiedad. Una médica tratante expresó con el ceño fruncido y los párpados caídos; dijo “yo no quiero hablar de estos temas porque me angustia” (Notas de campo, Quito HGSE, 11 de abril de 2022). Cuando un/a paciente fallece, se lo percibe como externo, es algo que le pasa al Otro, se evita pensar en la propia finitud. Esta representación de ser ajeno a la mortalidad permite al trabajador de la salud mantenerse en pie. Un licenciado dijo “no tuve nunca miedo a morir no tengo hasta la actualidad porque yo antes quería ser sacerdote y mi

lema era, no salvo vidas, pero salvo almas, ese era mi lema, pero no se dio porque ser sacerdote es muy cara [...] ahora salvo vidas y no almas, esa es mi mentalidad” (César, licenciado en Enfermería, entrevista, Quito HGSF, 8 de abril de 2022). Además de este alejamiento de la muerte se observa un sentido de vida un propósito trascendental que es velar por la vida de los seres humanos. Este licenciado también ha participado en brigadas de apoyo en forma voluntaria en levantamientos de movimientos sociales, y tampoco le ha importado salir lesionado. De esto concluyo que el sentido que da a su vida le otorga la motivación para ayudar siempre a pesar del riesgo.

El personal de salud de un hospital tiene un contacto cercano y constante con el dolor y con la muerte. Ante estos eventos el personal de salud puede caer en la incertidumbre moral, es decir, no saber si la conducta a tomar es buena o mala (especialmente en casos al final de la vida), o puede tener un dilema ético, es decir una contraposición de principios y valores en una decisión clínica. El personal de salud también puede llegar al distrés moral, cuando sabe lo que tiene que hacer, toma la decisión basada en su experticia y alineada a su marco ético, pero no puede ejecutarlo por falta de recursos o por una normativa que le impide. Esta encrucijada vital puede ser confrontada con la empatía, valorando la alteridad, con compasión, por lo que se produce un proceso de sensibilización, pero también puede suceder que se agote la compasión y se produzca la desensibilización ante el dolor y el sufrimiento.

6.8. Desensibilización del personal de salud durante la pandemia de covid-19

Para poder soportar la carga afectiva de estar junto al dolor y la muerte de los pacientes una estrategia fue el aislarse, el externalizarse del entorno para construir una defensa psicológica. Esto se hace evidente en el relato de una médica residente del área covid que manifestó: “fue bastante cansado, mi actitud era como que ya no me importaba nada [...] antes sí me ponía en los zapatos de ellos [...] pero la última vez ya no me importaba” (Danny, médica residente, entrevista, Quito HGSF, 16 de marzo de 2022). Los turnos de trabajo duraban 12 horas, en una planta física inadecuada y sin los recursos para realizar una adecuada atención impactaron en la emotividad, en el estado de ánimo de personal de salud. Lo que causó más angustia en el personal fue la falta de ventiladores mecánicos y la falta de oxígeno. Por este motivo muchos pacientes fallecieron porque el sistema de salud no pudo enfrentar la pandemia.

El impacto psicológico de ver morir aproximadamente 5 personas por turno es alto. Cada persona se convirtió en un número más en unos formularios más que tenían que ser llenados. Se requería amortajar el cadáver rápido para desinfectar la cama con prontitud porque otro

paciente requería ocupar la cama. Este alejamiento consciente o inconsciente del dolor humano, no solo se lo observa en los momentos en que el paciente está críticamente enfermo y muere, sino también disminuye la emotividad en las relaciones humanas, tornándose distantes. Las relaciones se convirtieron en algo muy operativo, es decir lo mínimo necesario para funcionar en el trabajo. De esta manera la formación de nexos interpersonales era superficiales o se constituían.

6.9. Sensibilización del personal de salud durante la pandemia de covid-19

El asistir a pacientes muy enfermos y luego verlos morir sin poder hacer nada en forma repetida en un mismo turno y cada día en el trabajo hospitalario impactó la emotividad y la actitud ante la vida en el personal de salud. Algunas personas trabajadoras de salud se involucraron afectivamente con algunos pacientes especialmente los que permanecieron en ventilación mecánica algunos días. En cambio, otros pacientes cuya estancia era corta no había un espacio de tiempo necesario para que se genera la liga afectiva. Esto sucedió especialmente en la carpa de atención a pacientes sintomáticos respiratorios, en la cual la rotación de camas fue alta.

En cambio, en el área de emergencia covid que se habilitó dentro de la planta física, existían pacientes sometidos a ventilación mecánica algunos días. El personal no solo cumplía con su deber, con las actividades asignadas, sino que su trabajo adquirió sentido porque toda tarea o actividad que se realizaba era un factor para contribuir a la mejoría del paciente. Pero luego de tanto esfuerzo del equipo los pacientes fallecían, lo cual impactó negativamente en el ánimo del personal. Personas que estuvieron en este proceso se sensibilizaron, tenían empatía por la familia, se solidarizaban con el dolor del paciente y trataban de ayudar en lo que podían. El temor a la muerte es un factor para la sensibilización. El personal cuando veía la muerte pensaba, me puede tocar a mí y por esa razón hubo empatía. Una licenciada dijo: “entonces tenía miedo de morirme porque si me moría me ponía a pensar que pasaría con mis familiares” (Sofía, licenciada en Enfermería, entrevista, Quito HGSF, 31 de enero de 2022), afirmó también

si el covid me ha hecho más fuerte y más sensible [...] más sensible en el sentido de que se vio morir tanta gente que como que siento que me sensibilizó, pienso más en el paciente, o pienso más en la familia porque e veía morir a tanta gente y la familia lloraba, se ponía mal y uno se sentí impotente (Sofía, licenciada en Enfermería, entrevista, Quito HGSF, 31 de enero de 2022).

La misma circunstancia del contacto con el fallecimiento seriado de las personas, determinó reacciones psicológicas diferentes, para algunos se insensibilizaron, no establecieron un contacto humano con los pacientes y para otros en cambio se fortalecieron los valores de humanismo, empatía, solidaridad, el cuidado. Estas transformaciones en las personas y sus subjetividades fueron tanto causa como efecto de la transformación de las redes de apoyo en su trabajo. Estos dos procesos psico-sociales fueron las variables determinantes de los tipos de redes conformadas y también de la fragmentación de otras.

6.10. Transformación de las redes de trabajadores de la salud en la pandemia

En la pandemia se presentaron factores adversos para la conformación de redes de confianza de los trabajadores de la salud. La cotidianidad cambió drásticamente, pues antes de este evento el contacto humano en las relaciones interpersonales se las realizaba sin ningún temor, no se tenía presente la posibilidad de contagio que siempre existió. Antes del covid-19 el personal de salud estaba en contacto con pacientes con enfermedades con posibilidad de transmisión por contacto, es decir, al tocar el cuerpo o los fluidos corporales. También siempre en un hospital se atendió pacientes con sintomatología respiratoria, muchos de los cuales tenían, enfermedades de alta transmisibilidad como tuberculosis, neumonía, virus respiratorios como H1N1. En el imaginario colectivo del personal de salud no estaba presente la posibilidad de contagio. Por este motivo el personal sanitario no utilizaba las medidas de precaución de bioseguridad, por eso era muy frecuente observar que el personal sin usar mascarilla se acercaba a pacientes que tenían tos.

La forma más efectiva de disminuir las infecciones nosocomiales o adquiridas en el hospital es el lavado de manos (Sánchez y Hurtado 2020) pero el personal de salud tiene resistencia realizar esta práctica. En una observación realizada por la licenciada encargada de control de infecciones del hospital, verifico quienes y cuantas veces el personal se lavaba las manos. El momento de estudio fue en la mañana durante el paso de visita, de todo el grupo de médicos solo uno se lavó las manos, el resto no lo hacía (Notas de campo, Quito HGsf, 7 de abril de 2022). Cuando existía un paciente sintomático respiratorio no se usaba la mascarilla respiradora ni tampoco se respetaba el aislamiento y distanciamiento. Se asumía que el riesgo de contagio estaba allí, pero que la probabilidad de contagio era baja. En los diferentes servicios se atendía a pacientes sintomáticos respiratorios junto con los pacientes de otras patologías. Esto permitió que la interacción entre el personal pueda ser fluida. Es más, se escuchaba música en algunas ocasiones en la estación de enfermería y pese a que existían actividades por realizar se daba un tiempo para interactuar, incluso realizar bromas. Este

relacionamiento construía día a día lazos de unión, se daba una dinámica del dar y recibir, y en ocasiones se construía familiaridad. Con la pandemia todos estos espacios se perdieron, la oportunidad de contacto estuvo muy restringido. Por este motivo no se podía formar redes de confianza y apoyo. Las redes existentes si tenían lazos débiles, estos se fragmentaron.

Otro momento crítico que evidencia la forma de relacionamiento interpersonal es cuando un paciente presenta un paro cardio-respiratorio. Para estos casos existe una estandarización de la Asociación Americana del Corazón, en la cual se dan todos los pasos necesarios para reanimar a un paciente. En la pandemia, la reanimación fue muy difícil con las medidas de bioseguridad. Además, para intubar a un paciente (la introducción de un tubo para que el paciente puede recibir ventilación mecánica) era el momento de mayor riesgo para el contagio del personal de salud, por lo que existió casos en los que no se realizó este procedimiento. Además, muchas veces hacer esto era fútil porque no se disponía de oxígeno ni de ventilador mecánico. La interacción durante esta situación crítica se suspendió, porque antes de la pandemia en este momento es donde se construía equipo, se acercaban los afectos, luego del tratamiento del paro se conversaba y se daba apoyo.

Cuando está indicado realizar un procedimiento terapéutico con un riesgo moderado y alto, se debe explicar al paciente y a los familiares los riesgos y beneficios. Se realiza un acuerdo se firma el documento y se procede a realizar la intervención. Si se trata de una situación de emergencia el/la médico no requiere realizar este proceso por la premura de realizar la intervención. En esta pandemia pacientes no deseaban ser intubados, porque consideraban que si eso pasaba podían morir, se firmó el formulario de consentimiento informado en el que el paciente rechazaba este procedimiento. Lo cual no es legal porque en situaciones de emergencia según la Ley Orgánica de Salud, no se requiere este documento en caso de emergencia o de riesgo vital individual o que afecte la salud pública. Acogiéndose a esto el personal de salud no realizaba la intubación orotraqueal y los pacientes fallecieron. Esto lo relata un Licenciado en Enfermería que manifestó lo siguiente: “ya tengo casi cerca de 10 años de carrera en salud como Licenciado. Yo nunca tuve que entregar tantos cadáveres en mi vida profesional como aquí en el covid y eso fue más cuando fui a Quito Sur que en un día fue el récord y entregué 45 cadáveres” (Cesar, licenciado en Enfermería, entrevista, Quito, HGSF, 8 de abril de 2022).

La carga emocional de ver morir tuvo un impacto emocional muy intenso, especialmente cuando se decidía no intubar a un paciente. Con respecto a esto el Licenciado Cesar expresa lo siguiente:

el paciente no toleraba el voltran (ventilador mecánico elemental sin intubación), el tratamiento inicial de mascarilla se descompensaba lo que indicaba que se necesitaba intubación porque si no se realizaba la intubación el paciente moría, pero no se intubaba porque el paciente mismo rechazaba el tratamiento. ¿cómo me sentía ese rato?, mal y bien. Mal por el paciente que no quiere curarse, y bien porque a nosotros no va a servir el espacio para otro paciente que estaba esperando afuera, o sea no podía sentirme ni mal ni bien. Se firmaba el consentimiento informado y con la firma se sabía que eso (la muerte) iba a pasar y el paciente decía: no importa ya, no quiero. Y no se les reanimaba porque estaba firmado (la orden de no resucitación) (César, licenciado en Enfermería, entrevista, Quito, HGSF, 8 de abril de 2022).

El paciente firmaba la negativa para la intubación y reanimación, pero no estaba en condiciones para firmar ningún documento, porque cuando hay insuficiencia respiratoria, el nivel de oxigenación es bajo y por lo tanto la cognición está alterada. Esta circunstancia mencionada sobre la decisión de no intubar generó un conflicto bioético que el personal de salud no deseaba conversar, ni analizar. El rehuir este espacio de evaluación crítica del quehacer condujo a que el personal dejara de compartir.

En una reunión del Comité de Ética asistencial con el personal de emergencia se topó el tema, lo que generó incomodidad. Se preguntó sobre el aspecto legal sobre el derecho que tiene el paciente a la atención de salud y en el aspecto Ético, sobre los deberes del personal de salud hacia el paciente. Las personas que asistieron relataron este evento con mucha naturalidad, sin evidenciar sufrimiento o angustia y manifestaron que tener esta conducta de no intubación y no reanimación cuando el/la paciente lo expresaba. El personal de salud consideró que esta conducta era correcta, a pesar de esto el tema era evitado en la conversación. Estas vivencias que no son verbalizadas cierran la oportunidad de contacto, empatía e intercambio, lo que dificulta la formación de redes de confianza (Notas de campo, 12 de mayo de 2022).

Esta situación emergente, caótica se presentaron dilemas bioéticos, procesos de desensibilización o sensibilización ante el dolor humano, ante la muerte. Circunstancias críticas en las cuales se decidió quien moría o quien vivía, cuando se asignaba un ventilador mecánico a uno u otro paciente porque no se disponía de todos los dispositivos necesarios. Estas circunstancias ocasionaron cambios en las actitudes, en la conducta ante situaciones críticas que reconfiguró ciertas creencias con respecto a lo que era la conducta correcta con respecto a los pacientes. Esto moduló la subjetividad o bien hacia una práctica más humanista o hacia el otro extremo a la pérdida de la empatía y la compasión. Estos dos devenires influyen también en cómo el personal se relaciona con los demás, es decir con mayor

cercanía afectiva o con indiferencia. La cercanía afectiva producto de una reconfiguración de la subjetividad favorece la formación de lazos de unión, en cambio la indiferencia, la pérdida de la compasión dificulta la formación de redes de apoyo.

Las condiciones laborales previas a la pandemia tenían las siguientes condiciones: sobrecarga laboral, con un número de enfermeros insuficiente para el número de pacientes asignados y de igual manera sucedía lo mismo con los médicos residentes (Notas de campo, Quito HGSF, 21 de abril 2022). Durante la observación diaria se constata al personal atiborrado de actividades, tanto que muchas veces no podían salir a la hora fijada con tan de su horario laboral. Es muy frecuente observar al personal no alimentarse a pesar de que la institución tiene un horario designado para ello, pero por las actividades laborales no podían hacerlo cuando estaba diseñado. Además, los insumos necesarios para la atención de los pacientes también fueron escasos. El hospital es un servicio de salud joven porque lleva funcionando aproximadamente 11 años por lo que en una primera fase el personal guardaba relaciones interpersonales muy facilitadas, armónicas, pero luego se presentaron conflictos interpersonales producto de muchos factores dentro de los cuales destacan la falta de normativa, ausencia de monitoreo y control por medio de gestión según procesos, procedimientos, actividades y tareas. La conflictividad se dio entre los servicios, es decir entre los diferentes departamentos por diferencias en el sistema de creencias, por diferencias en la subjetividad, la identidad y por la inexistencia de ciertos procesos administrativos, por lo cual las personas tomaban decisiones a su discreción.

Esto es evidente en varias circunstancias en las que se observó, discrepancias de criterios y cursos de acción no consensuados que generaron conflictividad. Esto se observó cuando un paciente críticamente enfermo fue sometido a una intervención quirúrgica en la que se evidenció que existía una patología que era incompatible con una posibilidad de mejoría. El paciente cumplió criterios para ser declarado paciente terminal e implementar el protocolo de adecuación de esfuerzo terapéutico. Como se trataba de un paciente que requería ventilación mecánica, y este procedimiento no está autorizado suspenderse, no existía un proceso administrativo que explique donde debe permanecer ni que médico debe estar a cargo. Este paciente fue transportado al servicio de emergencia hasta el momento que falleció. Esta decisión ocasionó problemas inter servicios, no hubo acuerdo, simplemente el jefe de guardia dio la disposición del traslado al servicio de emergencias desde el servicio de recuperación que está dentro del centro quirúrgico. El personal de cada servicio protestó y generó molestias. Los especialistas de Cuidados Intensivos, fueron requerido por parte del personal

de Anestesiología para que acepten el ingreso a la unidad de Terapia Intensiva, se negaron porque era paciente terminal y cualquier medida de tratamiento en la unidad se trataría de obstinación terapéutica. El personal de Anestesiología protestó porque decían que la unidad de recuperación no era una unidad de cuidados paliativos para pacientes terminales y que se necesitaba la cama de recuperación para recibir pacientes que debían ser operados. El personal de Emergencias también reclamó porque un paciente que ingresa a quirófano ya no debe regresar a emergencias sino ingresar a hospitalización. Toda esta diversidad de criterios por falta de una norma técnica o un proceso administrativo condujo a momentos de tensión, palabras altisonantes, conflictos interpersonales (Notas de campo, Quito HGSE, 5 de abril de 2022). Este conflicto relatado aquí y otros más son el reflejo de la dinámica relacional entre los servicios y de las redes personales informales del hospital.

La red social de una institución de salud tiene mayores retos porque está en medio del dolor humano y en una situación de carencia de recursos, insumos, exámenes que padece el sistema de salud. La Unidad de Seguridad Salud y Ambiente del HGSE que se encarga del bienestar del personal que trabaja en el hospital está liderada por el médico de personal informó que existe un número importante de síndrome de burn out, hogares monoparentales, disfunción familiar, etc. Ante esto la respuesta institucional ha sido diseñar programas de contención emocional y apoyo psicosocial, pero lamentablemente solo llegaron la planificación y la emisión de un instructivo técnico, pero no se ejecutaron, entre otras causas por falta de personal para estos casos.

Este escenario con varios problemas psico-sociales del personal fue en el que se presentó las crisis por el covid-19. Las condiciones laborales en el tiempo de la pandemia cambiaron en forma importante. En la esfera biológica el riesgo de contagio alto por la alta transmisibilidad del virus generó también una mortalidad importante. Esto generó miedo a morir en el personal de salud porque no se conocía nada de la nueva enfermedad y luego con la publicación de los primeros trabajos hubo mucha confusión porque las investigaciones tenían un bajo nivel de certeza necesario para la toma de decisiones según la Medicina Basada en la Evidencia que es el modelo de toma de decisiones estandarizado a nivel mundial. Luego se publicó mucha información, pero con niveles de evidencia bajos, por lo que el personal estaba muy desorientado. De esta manera se administró medicación que ulteriormente se confirmó que no tenía efecto y lo que es peor tenía efectos tóxicos. En la esfera psicológica, varios factores generaron stress como son: la incertidumbre, el riesgo de enfermar, riesgo de muerte. En la esfera social, el confinamiento fue una circunstancia muy difícil de sobrellevar, el uso de la

maskarilla dificultó la interacción social. En el área covid el traje impedía la interacción mínima, no se miraba el rostro, no se conocía con quién se estaba trabajando, no se escuchaba adecuadamente lo que se decía. Todos estos factores dificultaban o impedían la interacción social. La carencia de recursos fue muy importante porque a nivel mundial no existía una adecuada disponibilidad de insumos y medicamentos. No existieron los insumos necesarios para la protección del personal. Las normas de bioseguridad no se respetaron. Todos estos factores generaron temor de acercarse a las personas, porque cada contacto era peligroso y podría tratarse un momento de contagio.

6.11. Fragmentación o consolidación de las redes personales del HGSE

Las redes con nexos débiles se fragmentaron por diversas razones: la poca oportunidad de contacto interpersonal en el trabajo por la carga laboral o por el trabajo en áreas designadas para atender pacientes covid-19. En áreas no covid del hospital la interacción disminuyó por el temor de contagio, cada acercamiento a otra persona generaba temor. Lo que se evidenciaba en el momento del almuerzo varias personas preferían comer solas en diferentes rincones del hospital para no estar cerca de alguien que esté sin mascarilla. Lazos de unión entre personas amigas se rompieron por este motivo. Incluso parejas del personal de salud se separaron, por el temor de enfermarse porque el/la trabajadora de salud era de riesgo para el contagio por trabajar en las diferentes áreas del hospital. Las redes con nexos fuertes se consolidaron, no solo compartían actividades de trabajo y se ayudaron, sino que al salir compartían en reuniones, incluso se reunían para tomar licor y no importaba el riesgo de contagio, lo más importante era estar juntos.

Las redes sociales de confianza se constituían en círculos de vida o de muerte, es decir, cuando existieron lazos fuertes e íntimos, era muy importante el inter relacionamiento, y el mantenimiento del self social, es decir la construcción de significados y representaciones en la relación con los otros. Son círculos de vida o muerte porque al compartir un momento juntos sin las mascarillas presuponía la probabilidad de contagio y especialmente al inicio de la pandemia, se afrontaba la posibilidad de morir. Esto se grafica en lo que un licenciado en enfermería afirma: “faltando las reglas o a la normativa que se vivió en plena pandemia de no reunirse, yo me acuerdo de que por ejemplo con E [...] nos encontrábamos, nos pegamos unas bielas los dos, o sea sí no, nos tomábamos un whisky” (Diego, licenciado en enfermería, entrevista, Quito HGSE, 7 de marzo de 2022).

Algunos nexos aparentemente fuertes se rompieron en ocasiones como lo relata una licenciada en enfermería relató:

en ese momento (la pandemia) yo estaba en una relación, creo que todo fue como marcando una diferencia hasta que decidimos dejarnos, por la pandemia no nos podíamos ver, la comunicación era efectiva pero no era lo mismo que compartir, nos veíamos y de pronto mi novio era como un poco más relajado, pero yo estaba más preocupada en ese momento para no estar infectada y contagiarlo, entonces era también una parte de responsabilidad mía. Bueno creo que fue uno de esos momentos en los que uno tiene que decidir [...] ese momento fue duro, se suponía que era mi apoyo, una compañía también, pero pues las cosas y las decisiones las tomamos en el camino (Alexandra, licenciada en Enfermería, entrevista, Quito HGSEF, 3 de marzo de 2022).

En este relato se evidencia que el nexo aparentemente fuerte entre dos personas se rompe por la posibilidad de contagio, por lo que podría afirmarse que el lazo era débil. Por el contrario, cuando la unión es fuerte las personas siguieron en contacto sin medidas de bioseguridad, sin pensar en la posibilidad de muerte.

En el trabajo diario los nexos se fragmentaban por las fricciones y conflicto como lo afirma un médico tratante de terapia intensiva que afirmó:

hubo personas que manejaron mal las situaciones y obviamente se dejaron desbordar por el nivel emocional [...]cayeron en el desborde, las actitudes conflictivas estuvieron al orden del día, y claro, la mayor parte está sobrepasada en sus capacidades de respuesta [...] no hubo espacio para la catarsis (médicos tratantes, Grupo focal, Quito HGSEF, 27 de abril de 2022).

Esta falta de espacios para retroalimentación y soporte no existió, más bien en un ambiente de conflictividad, no se podía consolidar ningún lazo y los nexos débiles se rompieron. Con la pandemia se produjo ruptura de las relaciones en las redes, los nexos se debilitaron o se rompieron, pero también sucedió lo contrario es decir se produjo acercamientos. Así lo afirma la misma paramédica “nos distanciamos, yo creo que todos, pero en algunos otros casos en cambio se unieron más” (Ivonne, Paramédica, entrevista, Quito HGSEF, 25 de enero de 2022).

6.12. Jerarquía y ejercicio del poder

La estructura jerárquica en unos casos se intensificó en la misma estructura previa, es decir los estratos jerárquicamente superiores decidieron no solo en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes sino en la asignación de tareas, con una división de estas no equitativa. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) y el Comité Operativo de Emergencia (COE) emitieron documentos oficiales sobre el tratamiento recomendado a los pacientes con covid-

19. A pesar de esto existían muchas interrogantes como: no hubo acuerdo con las medidas de bioseguridad, o el tipo de tratamiento farmacológico adecuado. Por esto en cada hospital se emitieron lineamientos contextualizando el manejo de estos pacientes con la circunstancia en el que se hallaban, con la disponibilidad de los fármacos y basándose en otros documentos no oficiales. Los niveles jerárquicos superiores diseñaron las estrategias administrativas, de bioseguridad y tratamiento y se las implemento sin que haya espacio para escuchar al personal, a las personas expertas que en el hospital existían. Esto generó una brecha entre el nivel gerencial de mandos altos, medios y los niveles de jefes de servicios, nivel operativo.

La asignación de trabajo al área covid también fue dirigida al personal de contrato tanto en medicina como en enfermería. Este personal era el que tenía la menor experticia para estar al frente de un servicio de emergencia para covid-19. También por disposición jerárquica superior se designó algún personal para que se trabajen en el hospital Quito Sur del IESS. La explicación fue para que el personal se entrene en la atención a pacientes con covid-19. Pero la narrativa de una médico tratante de emergencia es la siguiente: “A ver al inicio de la pandemia estuve en el hospital en marzo pasamos aquí marzo y abril pero las cosas aquí se manejaban todavía no tan adecuadamente porque no éramos hospital centinela pero ya se escuchaba que en el hospital IESS Quito Sur, en el Pablo Arturo Suárez que fueron hospitales centinela pues que tenían gran cantidad de volumen de pacientes entonces en julio las autoridades dispusieron que yo vaya a apoyar en el IESS Quito Sur nunca me dieron ninguna explicación dijeron que todos íbamos a rotar nunca roto nadie más pudo haber algún problema de las autoridades que estuvieron antes que yo tuve un problema con uno de ellos lo iban a personal ,nunca hubo necesidad y entonces me fui en el mes de julio al hospital del Sur”(Entrevista a Carla médica tratante de emergencias, Quito HGSF, 7 de marzo de 2022). Luego de esto ningún médico tratante de emergencias fue asignado al servicio de emergencias de covid-19. Este caso no fue el único, la misma disposición la recibieron otro personal médico de otras especialidades y también personal de enfermería. Estas disposiciones inequitativas tales como la asignación de trabajo en el área covid-19 solo a unos y no a otros generó conflicto y deterioro de los nexos de unión y alejamiento de personas que previamente tenía una relación amistosa.

Los pacientes críticamente enfermos con riesgo vital son de manejo complejo por eso nació la especialidad de Cuidados Intensivos quienes tiene las competencias y las destrezas para atender estos problemas. Esta especialidad, al igual que Medicina de Urgencias o Anestesiología tienen las competencias y destrezas para la atención de pacientes graves. Todo

este personal era el indicado para atender los pacientes con falla respiratoria por covid-19. A pesar de esto ningún personal de este tipo estuvo asignado a atender a este tipo de pacientes, pues se designó a personal médico residente asistencial que no tienen el conocimiento y la destreza para atender los pacientes con covid-19. Esta circunstancia generó malestar en el personal porque se asignaron funciones para las cuales no estaban competentes y porque las personas que si tenían esa experticia estaban en áreas donde no había riesgo de contagio. Los médicos residentes inexpertos tuvieron un reto muy grande, así lo refiere una médica tratante que afirmó que “a ellos les tocó vivir fue algo muy duro, porque no estaban preparados” (Carla, médica tratante de emergencias, entrevista, Quito HGSF, 7 de marzo de 2022). Este hecho hizo que la conformación de nexos inter estratos no se conformen.

Además de la profundización de las jerarquías previamente estructuradas, aparecieron nuevas relaciones jerárquicas incluso entre pares. Esta jerarquía se construyó por varios factores: la antigüedad de haber sido contratado, o de haber sido asignado a un área, o también por el conocimiento supuesto que alguien tenía. El conocer los procesos administrativos, el llenado de formularios, las escalas de medición, los algoritmos se constituyen en un instrumento de verticalizar las relaciones interpersonales para construir jerarquía. Ese bagaje de conceptos aparentemente connota experticia, pero si no hay un conocimiento de ciencias básicas y análisis crítico, es insuficiente. A pesar de que este conocimiento o “saber” no sea sólido fue suficiente para poder adquirir jerarquía y ejercer el poder. En las áreas del hospital que no atendían pacientes covid la entrega de guardia entre el personal que entra y que sale de turno se tornó más superficial, se dejó de mencionar los detalles, solo se transfería la información más relevante. Esto se dio porque el trabajo era tan arduo que no se tenía tiempo. Al disminuir el tiempo de contacto, también no hubo un espacio psicológico que permita lo que usualmente se llama hacer docencia, que era un espacio en donde se socializaba paradigmas científicos. Esto dificultó la interacción y por lo tanto no se realizaba preguntas de teoría, simplemente cada persona se limitaba a lo mínimo necesario para cumplir con esta actividad. De esta manera no se podía reforzar o construir jerarquías basándose en el conocimiento que se posea.

6.13. Representaciones, discursos y prácticas del personal de salud del HGSF

Las representaciones construidas por la historia personal o por el sistema de creencias previo o por las representaciones configuradas por el relacionamiento entre los actores sociales, sirvieron para entender la pandemia y para enfrentarla. La concepción del proceso salud enfermedad determinó un discurso y una conducta determinada. Al inicio de la enfermedad se difundió el mito de que solo afectaba a personas de la tercera edad, y por lo tanto generó una

falsa seguridad del personal que era joven porque el hospital inició su actividad hace 11 años. Al preguntar a un médico tratante de Ginecología si le da temor contagiarse y que sea algo grave dijo: “no me da miedo eso solo da a los viejos” (Notas de campo, Quito HGSF, abril de 2020). En un inicio al conocerse que se apareció una pandemia entre el personal de salud de conversaba y se pensaba que no va a ser muy grave, porque ya se habían presentado varias zoonosis (enfermedades transmisibles de las especies inferiores hacia el ser humano) como la gripe aviar, la gripe porcina, zika, Chikunguña, Todas ellas no tuvieron la condición de pandemia, ni tampoco un número importante de casos y solo unas pocas personas enfermaron gravemente. Debido a esto el saber grupal determinó que no se tomen medidas preventivas, ni aprovisionamiento de insumos y recursos, tanto a nivel personal como institucional. Todas estas representaciones en un inicio no generaron aislamiento, ni distanciamiento entre los integrantes de las redes sociales de los trabajadores de la salud. Las practicas sociales fueron iguales que antes de la pandemia.

Luego vino una fase impactante por los siguientes hechos: la Organización Mundial de la Salud declaró la pandemia, y a nivel mundial se observó un índice de transmisibilidad mucho mayor de lo que se pensó, así como también el número de casos graves fue mayor del esperado. En Ecuador la ciudad que en un inicio fue más afectada fue Guayaquil, donde colapsó el sistema sanitario tanto que muchas personas fallecieron en la calle y en sus hogares. El personal de salud tuvo mucho temor, trató de aprovisionarse de los insumos que podía, pero como eran tan escasos como por ejemplo las mascarillas N95 adecuadas para estos casos no existían. Se tuvo que trabajar en las unidades covid sin la protección adecuada y con mucho temor al confrontar la posibilidad de contagio y muerte. Las representaciones o creencias que les permitió enfrentar este reto fueron diversas, una de ellas muy difundida era el orar, y otras fue la utilización de objetos a los cuales se les atribuyo un efecto protector, como el llevar una oración colgada en el cuello, como lo refería una médica tratante de emergencias que dijo: “siempre ando a llevar conmigo una oración muy linda que Sandrita me dio” (Carla, médica tratante de emergencias, entrevista, Quito HGSF, 7 de marzo de 2022). Esta oración servía como un elemento protector. Esta oración fue entregada por una amiga, este acto de dar un objeto protector generó la reciprocidad lo que genera lazos de unión. Otra forma de enfrentar la pandemia era en el momento del ingreso al área covid en que luego de estar con el traje de bioseguridad, se decían unos a otros, “vamos muchachos, nosotros podemos con esto” (Diego, licenciado en enfermería, entrevista, Quito HGSF, 7 de marzo de 2022). Y realizaban gestos de fortaleza. En este momento de arena y de manifestaciones de

lenguaje corporal de fortaleza se generó nexos de identidad para la cohesión de las redes de apoyo de los trabajadores de la salud.

Las diferencias entre las personas se acentuaron, el relacionamiento con el otro, creó fricciones, discriminación. Es se observa en el caso que sucedió con un licenciado en Enfermería que era de la costa y debido a esto lo culpabilizaron de la pandemia. Lo relata así:

Porqué porque los compañeros saben que yo soy súper abierto empezaron a burlarse porque dijeron si por tu culpa si es que estamos todos, y yo les indiqué ya en un rato cálmense hasta que yo tuve que discutir con un doctor que casi opto por la violencia física y verbal [...] decían por esos monos por esos monos y yo le decía yo soy de Guayaquil le digo y nada y cuando ya comenzaron de que la cosa era seria ya bajaban la intensidad, Pero seguían y diciendo y cabe recalcar que yo soy de Guayas para indicar que mi familia estaba infectada en ese momento, exactamente (César, licenciado en Enfermería, entrevista, Quito, HGSF, 8 de abril de 2022).

Estas representaciones regionalistas están subyacentes cuando no hay ningún evento disruptivo, pero cuando se presenta una crisis, afloran las actitudes generadas por determinada por un sistema de creencias que generan realidades de violencia intrahospitalaria. En este contexto no se puede formar lazos de unión, sino más bien de conflicto.

6.14. Conclusión

La pandemia de covid-19 reconfiguró las redes de confianza de los trabajadores de la salud del HGSF. El impacto de esta crisis fue multidimensional, desde la organización, la reglamentación, la subjetividad, etc.

La reorganización hospitalaria fue muy difícil porque hubo una demanda de atenciones muy alta, no solo de pacientes estables para ser tratados en forma ambulatoria, sino que requerían hospitalización y muchos de ellos debían ingresar a una unidad de Cuidados Intensivos. Se asignaron nuevas áreas para la evaluación y tratamiento de personas con sintomatología respiratoria. Estos espacios físicos no disponían de la estructura física necesaria para tener un buen desempeño. Se improvisaron instalaciones de oxígeno, de aspiración de presión negativa. El HGSF se designó como un hospital dedicado a atender patología de la población de la morbilidad usual. Se asignó un espacio para los pacientes con sospecha de covid-19 para estabilización y transferencia a los hospitales centinela, es decir, los que estaban habilitados para atender este tipo de pacientes, se trataba del Hospital del Sur del IESS. Este proceso de transferencia no pudo efectuarse por la falta de espacio físico. La efectividad y la eficiencia del servicio de salud fue baja porque no se pudo resolver los casos, no se pudo dar el tratamiento adecuado y por lo tanto los resultados fueron inadecuados.

El talento humano fue escaso, se reasignó a diferentes departamentos sin que tengan las competencias y las destrezas necesarias para trabajar en las áreas asignadas. Este escenario impactó negativamente en lo psicológico y lo social. El personal tenía mucho temor al ingresar en las áreas covid y también en otros servicios porque, a pesar de que se clasificaba a los pacientes como no portadores de coronavirus, ingresaron a hospitalización no covid, pacientes con esta enfermedad. Esto sucedió por la dificultad en el diagnóstico. La posibilidad de contagio en cualquier sitio y más en un hospital configuró el temor al contacto humano, en la cercanía con otra persona por lo que la interacción disminuyó notablemente ya sea por el uso de las medidas de bioseguridad como por el distanciamiento social obligatorio.

Los roles y funciones del personal cambiaron notablemente, porque trabajadores de la salud afrontaron el reto de realizar actividades muy diferentes para las cuales no fueron contratados. Por ejemplo, los médicos residentes asistenciales tuvieron que decidir en el manejo de pacientes dentro de la especialidad de Cuidados Intensivos, sin tener la acreditación para ello. Sumado a esto los déficits institucionales ante una contingencia de este tipo que puso en crisis la gobernabilidad del sistema. La respuesta organizativa se dio en un contexto de déficit económico, carencia de insumos y medicamentos. Todos estos factores constituyeron un contexto muy negativo para el relacionamiento interpersonal, para la conformación y permanencia de las redes personales.

La movilización del personal a diferentes servicios del hospital condujo a problemas en la territorialidad, ya que fueron escindidos de sus lugares de pertenencia y donde se conforma su identidad. Esto sucedió porque la persona fue apartada del sistema de relaciones donde compartía los mismos códigos y representaciones. Las personas afrontaron el reto de adaptarse a otro espacio psico social, a otro espacio intersubjetivo lo que condujo al aislamiento y a la generación de conflictos.

La mortalidad elevada generó sentimientos de angustia, impotencia, ira. Luego de esta experiencia traumática, el personal sanitario redireccionó el sentido de vida, es decir, se cambió la escala de prioridades y de lo que es realmente valioso. Se direccionó el foco de atención a la familia y también a las relaciones interpersonales significativas. Se moduló el sistema de creencias por el contacto cercano a la muerte y por la percepción de ser sobrevivientes de la enfermedad. Se observó como denominador común que el personal luego de esta crisis valoró mucho más la vida, por lo tanto, disfrutaban más de lo cotidiano y disminuyó la preocupación por los problemas y lo intrascendente.

La gestión de la información no fue eficiente porque la información requerida para el tratamiento de los pacientes no fue completa. Esto sucedió por los siguientes factores, porque cuando se ingresa al trabajo, la persona que sale de turno debe tener un registro detallado del estado de los pacientes y las tareas pendientes. Esto no se cumplió eficientemente por el número de pacientes. La transferencia de los datos necesarios para asegurar el tratamiento de los pacientes fue incompleta. Antes de la pandemia luego de esta interacción formal se daba la oportunidad de comentar algo personal, a partir de esto se formaban espacios de sociabilidad. Con la crisis de la pandemia estos momentos eran inexistentes por lo que la posibilidad de formación de nexos disminuyó. Además, el proceso comunicacional se dificultó en cuanto a la decodificación e interpretación de los mensajes por los diferentes marcos conceptuales de los servicios de origen de los cuales fueron movilizados. También existieron problemas por el uso de mascarilla, protector facial y trajes de bioseguridad que dificultaban que se escuchara a los compañeros y que también imposibilitaba leer el lenguaje no verbal como la expresión facial. Todos estos elementos son cruciales para la interacción que posibilite un acercamiento necesario para la formación de redes personales.

Las representaciones mentales se modularon por el desarraigo sentido por el personal cuando se les asignó a otras áreas donde existía el riesgo de contagio. Estos servicios destinados a la atención de pacientes con covid se constituyó en un espacio de incertidumbre moral porque la diferencia entre lo bueno lo malo se tornó borroso. El retirar a un paciente del soporte ventilatorio se tornó en un dilema ético en el que el personal no estaba seguro de cuál era el mejor curso para seguir. Si no se retiraba la respiración artificial podía tratarse de obstinación terapéutica, es decir realizar procedimientos terapéuticos fútiles no logran la recuperación del paciente, sino solo se alarga la agonía y se incrementa el sufrimiento. Todas estas vivencias alrededor del fin de la vida impactaron en el mundo simbólico. La reformulación de los saberes y creencias del personal devino en una priorización de los aspectos de la vida según su importancia, es decir, el sentido de vivir se redireccionó focalizándose hacia lo importante y no preocuparse por lo intrascendente. Esta forma de enfrentar la cotidianidad generó en las redes personales o bien fortalecimiento de las relaciones significativa y la ruptura con las relaciones categorizadas no adecuadas.

El personal de salud tiene en su razón de ser un ethos humanista que guía la relación con el paciente con un conjunto de principios y valores que respetan la dignidad humana. En el transcurso del ejercicio de las carreras relacionadas a la salud las personas que ejercen este oficio pueden discurrir por una multiplicidad de caminos. Un devenir observado es aquel que

se preocupa solo de lo biológico, de lo productivo, del análisis económico de la eficiencia técnica. Otro camino es el humanista en el que se ve al paciente no solo en la esfera biomédica, sino también psicológica, social, cultural, política, espiritual. Estos dos paradigmas generan prácticas diferentes. El primero no respeta la autonomía del paciente, ya que el médico toma una posición paternalista que decide sobre el paciente sin tomar en cuenta sus puntos de vista y se impone lo que el médico cree que es mejor. El segundo tiene una perspectiva holística pues ve la integralidad del ser humano llamado “paciente”, por lo tanto, se preocupa de todas sus dimensionalidades y busca el bienestar psicológico y social de la persona, respeta la autonomía, y da un trato digno a la persona enferma. La crisis de la pandemia propició la manifestación de estos dos devenires. El primero condujo a una desensibilización ante el dolor humano, ante la muerte y el según llevó a la empatía, a la compasión por la persona que sufre. Las personas que tomar el camino del paradigma biomédico trataron a los pacientes como un número más, como un objeto, se deshumanizaron. Esto es un elemento importante en la fragmentación de redes, en la ruptura de nexos interpersonales, porque, así como catalogan a una paciente, también lo hacen con los compañeros de trabajo, con las relaciones formales e informales del hospital. En cambio, las personas que guían por un ethos humanista tienen también un relacionamiento con los compañeros de trabajo basado por principios y valores que permite un nexo que respete la dignidad humana del compañero, lo que genera prácticas de solidaridad, apoyo, amistad que crean vínculos fuertes y redes más sólidas.

La construcción del yo es un proceso complejo en el cual se interioriza las creencias, los valores, las experiencias que generan una reflexión en la persona. Todas estas son características del proceso de subjetivación, según el cual un individuo cumple un rol y función en un sistema de relaciones de un campo dado. Los contactos con los otros individuos en este espacio de subjetividad que se da entre los integrantes de una red o en el contacto con otros individuos de otras redes. La construcción del yo dentro del hospital es el arte u oficio del trabajador de la salud, es el servicio de salud al cual fue asignado, al gremio profesional al cual se pertenece. La percepción que cada trabajador tiene de sí mismo determina afinidades y antagonismos con otras personas. La identidad del personal de salud genera nexos de afinidad o relaciones de contienda que generan redes personales de confianza o grupos de poder adversarios. Por la movilidad de personal entre los diferentes servicios del hospital, el trabajador de la salud tuvo que interactuar con personas con diferente subjetividad, esto ocasionó que la percepción del yo cambie, especialmente en momentos de crisis en los que se

atendía pacientes al borde de la muerte. Se replanteó la identidad, incluso valores en la toma de decisiones sobre un paciente moribundo. Esta reconfiguración de la subjetividad generó diversas actitudes de relacionamiento con los otros, o bien de acercamiento o lejanía que fue decisivo para la dinámica de las redes personales.

Conclusiones

El presente trabajo aborda el problema del impacto en las redes sociales personales del personal de salud ante la crisis generada por la pandemia de covid-19. El objeto de estudio son las redes sociales informales de los trabajadores de un hospital público de segundo nivel. El campo de acción es la funcionalidad de las redes. No se realiza un abordaje sociométrico en cual se grafique con detalle todas las características de las redes, no se analizan características estructurales como las posiciones de los actores si es central o periférico, ni tampoco se buscan unidades de máximo relacionamiento. El enfoque del estudio es egocéntrico es decir se estudia a un ego que puede ser un individuo o un grupo dentro de las redes, no se usó una metodología socio céntrica porque el objetivo del trabajo era analizar la dinámica de las redes personales y no todas las redes del hospital como un todo. La metodología cualitativa permitió por medio de la heurística busca encontrar sentidos, significaciones del personal y como estos determinan la sociabilidad y la dinámica de las redes sociales.

El escenario en que se desenvuelven las redes informales personales del Hospital General San Francisco tiene varias facetas. El hospital es parte del sistema nacional de salud que esta fragmentado porque existen varios prestadores de servicios de salud (el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Instituto de Seguridad Social de la Fuerzas Armadas, de la Policía, sector privado, organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro) que funcionan de forma no integrada, con superposición de funciones, roles no claros, sin que el Ministerio de Salud Pública ejerza una verdadera rectoría. Los servicios de salud de las diferentes instituciones estatales trabajan con precariedad tanto de insumos, medicamentos, capacidad instalada de camas. Esta vulnerabilidad del hospital fue un escenario adverso es donde las personas que trabajan en el hospital tuvieron que enfrentar este evento disruptivo que puso en evidencia dinámicas que se presentaban desde antes de la pandemia, pero con esta circunstancia se hicieron más patentes. La precariedad, la limitada capacidad resolutive, la dificultad de realizar transferencias de pacientes cuando en el hospital no se puede resolver determinadas patologías por ser hospital de segundo nivel generó un contexto poco propicio para la formación de redes personales porque por lo antes mencionado el contacto entre los diferentes profesionales tenía varios factores para el conflicto antes que el apoyo mutuo. Durante la pandemia estos problemas se multiplicaron porque a más de lo mencionado, este evento superó la capacidad de respuesta hospitalaria por lo que tuvo adaptar

espacios físicos, cambiar flujos de procesos, realizar instalaciones. Todo este escenario complejo y caótico profundizó las dinámicas previas de conflictividad.

La interpretación de los datos se tornó compleja porque el investigador es trabajador del HGSF y forma parte de las redes sociales personales. La objetividad de las observaciones y la coherencia de las conclusiones es lo que se intenta realizar. Por otro lado, al estar inmerso en los grupos y equipos de trabajo del hospital posibilitó el acceso a hechos y a la recolección de datos que no se podría realizar si el investigador fuera externo. Este trabajo no tiene la metodología de investigación-acción, pero guarda analogías con esta porque, se construyó un modelo descriptivo de la dinámica de las redes sociales personales, tomando como base el estado del arte y el marco teórico previo para entender los procesos de sociabilidad del hospital. Sería interesante proseguir el trabajo para llegar a la acción, es decir construir un modelo prescriptivo para proponer una hipótesis dinámica que permita realizar actividades operativas para generar un cambio.

Las redes personales sociales del hospital están enmarcadas en una estructura institucional jerárquica, donde existe estratos muy definidos y con una demarcación de límites entre espacios físicos y psico sociales. Estos territorios son espacios físicos que en el hospital se los denomina departamentos o servicios, pero además de ser un concepto sobre espacialidad, se trata del sistema de relaciones que allí se desenvuelven. Estos territorios tienen límites, fronteras, interfases en las que las redes sociales personales tienen su accionar y relacionamiento con otras redes. Este conjunto de redes es una multiplicidad interconectada. Cada territorio tiene varias redes con nodos o personas puentes, estos dinamizan los flujos de información, y las decisiones grupales entre todas las redes. Estos nodos de unión desaparecieron en la pandemia. El análisis de los egos, es decir individuos, diadas o triadas de individuos evidenció que se mantuvieron y profundizaron sus nexos en tal magnitud que no les preocupó la posibilidad de contagio incluso en la parte más álgida de la epidemia en la que no existían vacunas y tampoco existían camas libres de cuidados intensivos. Estos nexos fuertes constituyeron círculos de vida en los que la intensidad de la emotividad era tal que no importó confrontar la posibilidad de muerte y los núcleos de sociabilidad íntima que se denominan cliques que son redes de una a tres personas muy cerradas con nexos internos fuertes y con pocos contactos con el entorno y con el resto de las microrredes. Estos cliques los flujos de información y la toma de decisiones se realizaron de una forma simétrica, horizontal y equitativa.

La mortalidad del covid-19 reportada por los sistemas de vigilancia epidemiológica está sub registrada por que durante la pandemia existió un déficit de pruebas diagnósticas. Los reportes oficiales daban una idea global junto con el cálculo de la mortalidad en exceso con el año 2019, pero más allá de los datos numéricos, el impacto psicológico de mirar morir a muchos pacientes diariamente generó un sentimiento de impotencia en un personal que muchas veces erróneamente percibía que tenía dominio sobre la enfermedad y la muerte. Estas vivencias al final de la vida, en el extremo de la existencia reconfiguró varios aspectos del mundo psico social de los trabajadores de la salud. Cambió el sentido de la vida, se reordenaron las prioridades individuales y como consecuencia de esto las redes con nexos más fuertes, los cliques se cerraron en sí mismos al romper nexos con nodos puentes hacia otras redes y el entorno. Los nexos internos y los flujos de intercambio en estas pequeñas unidades de redes se tornaron más intensos. Además de la crisis existencial de los trabajadores de la salud cambió el sistema de creencias con respecto al proceso salud-enfermedad incluso apartándose del conocimiento científico. Todo esto reconfiguró la percepción del yo, la identidad. Cuando el personal fue movilizadado de un área a otra, el sentimiento de pertenencia a un grupo persistió, pero al mismo tiempo se reconfiguró, es decir el personal se sintió inmigrante, nómada. Por este motivo los nexos no se formaron porque la rotación de personal era rápida además de las dificultades de la comunicación por los trajes de bioseguridad.

Desde la perspectiva de Salud Pública los pacientes y el personal de la salud no solo enfermaron, sino que también tuvieron una carga importante de sufrimiento, es decir no solo existía cansancio, deshidratación por la falta de ingesta de líquidos, sino también temor al contagio, temor por los familiares, alejamiento de los seres queridos. Los trabajadores de la salud tuvieron trastornos en las esferas biológica, psicológica y social, lo que se cataloga como un problema de salud. Con estos elementos podemos categorizar las variables que modularon la dinámica de las redes. El personal no se acercaba a sus compañeros por el riesgo a ser contagiado o contagiar cuando ya se enfermaron. Existió incertidumbre sobre la enfermedad generó ansiedad, depresión, lo que condujo a distanciamiento social físico y también relacional, se dificultó la interacción y el intercambio que se da usualmente en las redes personales.

Las trabajadoras y los trabajadores de la salud además de trabajar en condiciones precarias sin contar con lo necesario enfrentaron varios retos en el campo de la Bioética. Existió incertidumbre moral, porque no se tenía certeza del mejor curso de acción durante las atenciones a los pacientes, pues existió mucha duda al declarar a un paciente terminal para

tomar la decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico, es decir ayudar a las personas al bien morir con medidas que alivien sus dolores y eviten el sufrimiento. Esta medida se llama protocolo de sedo-analgesia terminal. Este proceso biomédico y ético que está en la normativa legal vigente no se cumplió por falta de preparación del personal de salud, por falta de medicación e insumos, falta de espacio físico, etc. En esta circunstancia hubo contraposición de principios éticos, como el de realizar el bien (beneficencia) y no realizar el mal (no maleficencia); en estos casos cuando el paciente no deseaba ser intubado y se lo dejaba morir, ¿esta decisión era buena o mala? Por un lado, el paciente tiene el derecho a elegir sobre su cuerpo y su vida, y el personal de salud tiene la obligación de respetar la decisión del paciente, por otro lado, el médico tiene la obligación de hacer el bien. Estos dos principios entran en conflicto. El paciente críticamente enfermo con covid tiene problemas en la oxigenación cerebral, por lo tanto, aunque aparentemente tenga preservadas sus funciones neurológicas superiores, no está en condiciones de autorizar o rechazar un procedimiento terapéutico. Entonces el personal de salud no debía respetar la decisión del paciente sino proceder a dar el tratamiento indicado que era la intubación y la administración de soporte ventilatorio mecánico. Estas decisiones generaron discrepancias en el personal asignado, ocurrieron conflictos que condujeron a la ruptura de las relaciones de confianza entre el personal lo que fragmento el tejido social.

Otro dilema ético era la contraposición entre el deber de personal de salud de cuidar a los pacientes y el deber que el mismo tiene para con su familia, para protegerla. Si no se atendía a los pacientes se faltaba al deber de cuidar a los enfermos y si por esta razón el personal de salud se contagiaba y moría, se faltaba al deber de cuidar a su familia. En muchas ocasiones el trabajador de la salud sabía lo que tenía que hacer y no existía conflicto entre principios ni valores, pero no podía realizar con que debía hacer por falta de recursos, por ejemplo, cuando un paciente estaba críticamente enfermo con insuficiencia respiratoria y necesitaba recibir el soporte de un ventilador mecánico, pero no se disponía de esto. Esto se denomina distrés moral cuya consecuencia es el agotamiento de la compasión, lo que hizo que las personas se cerraran en sí mismas por lo que la formación de lazos de unión no ocurrió y no se formaron nuevas redes, lo que sucedió es que las redes previamente formadas algunas de ellas persistieron, pero otras se fragmentaron.

Las trayectorias de involucramiento en las redes sociales en concordancia con los marcos analíticos revisados, se observó que la mayoría de las ocasiones los nexos se formaban y se mantenían desde la emotividad generada por la convivencia diaria al enfrentar los retos en un

determinado espacio que son los servicios o departamentos. De esta manera se construyó una identidad colectiva, que moduló el sistema de creencias previos y modificó la subjetividad. Este espacio intersubjetivo fue el espacio en que apareció la solidaridad y la cohesión. Este tejido social posibilitó a los integrantes de la red el acceso a beneficiarse de diferentes capitales, económico, social, simbólico, cultural. La otra trayectoria de involucramiento en las redes personales estuvo en función de la racionalidad instrumental, esta no fue la predominante, pero si se presentó. Se trata de la formación de nexos, de alianzas estratégicas, por un cálculo racional según la ganancia esperada lo que genera la decisión de colaborar según el juego en el que se hallen. Durante la pandemia se formaron nexos y redes transitorias cuyo elemento de cohesión fue el beneficio de pertenecer a ellas, en lo que se refiere a recursos, e insumos como equipos de bioseguridad que fueron tan vitales especialmente cuando inició la pandemia.

Desde la perspectiva de la teoría de sistemas, el hospital es un sistema macro de redes, de relaciones que se relaciona con el entorno que es el barrio de Carcelén donde se ubica, y también la exterioridad es el sistema de salud con que tiene relación, y obviamente primero el sistema del IESS. Dentro del hospital existen numerosos subsistemas de espacios de sociabilidad, uno formal que es la asignación que la normativa institucional da a cada servicio o departamento, en estos casos las redes formales son los integrantes de cada área. El objeto de estudio del presente trabajo son las redes informales que se configuran dentro de los servicios y rebasan estas demarcaciones administrativas. Las redes personales informales son subsistemas, que tiene una dinámica en concordancia de cómo se gestaron, si se basan en la racionalidad instrumental existe competencia por adquirir algún tipo de capital. Estos nexos son débiles, las redes se fragmentan fácilmente. Por el contrario, si la base para la formación de lazos está en la esfera emotiva y de la subjetividad, los nexos son más fuertes y se mantienen en el tiempo. La dinámica del sistema se da según la tipología de los nexos. Dentro de cada subsistema existen flujos de información, relaciones de poder, una forma determinada de difusión de una noticia y un camino para la toma de decisiones colectivas. Los subsistemas llamados redes sociales personales tienen una dinámica con una fuerza determinada, esta se va agotando, los actores en momento no desean colaborar, los nexos se debilitan, aparecen conflictos, es decir el sistema se va desorganizando. Pero las redes tienen autopoiesis, es decir la capacidad de reorganizarse por circuitos de retroalimentación internos o con el entorno que en este caso sería las fronteras con las otras redes. Todo sistema que no se retroalimenta desaparece. Esto es lo que se observó en algunas redes en que los flujos de información

disminuyeron, los contactos disminuyeron y el beneficio común desapareció por lo que la red se fragmentó. En otros casos cuando el nivel de relacionamiento bajaba o el beneficio era menor, los integrantes de la red o quien lideraba o aglutinaba a los demás convocaba para realizar alguna actividad y tener un circuito de facilitación de la sociabilidad. Esto sucedía con algunas redes que a pesar de que la pandemia esté en la fase más difícil se reunían fuera del hospital para compartir, porque esto era muy importante para el equilibrio psico-social. Incluso estas redes en la pandemia evolucionaron a ser negocios de venta de insumos como alcohol y mascarillas, con lo cual existió un beneficio económico para los integrantes de la red.

Las redes sociales se forman por la capacidad de las personas para relacionarse y convivir en comunidad por medio de una identidad relacional generada por la empatía con el Otro valorando las capacidades de los demás y reconociendo también las falencias para otorgar ayuda a quien lo necesite de una forma solidaria. En el hospital se observó una sociabilidad estratificada que posibilita formación de redes personales dentro del mismo estrato, no se encontró una red con integrantes de diferente nivel. De esta manera hay diferentes tipos de sociabilidades dependiendo de las narrativas diferentes, los códigos semióticos distintos, de los horizontes de significación. La sociabilidad se genera en el acto del dar y recibir, cuando aparece la reciprocidad, que fue evidente en la conformación de redes en un mismo servicio cuando se atendía pacientes críticamente enfermos, el personal se otorgaba el don de la ayuda que generaba una deuda con el Otro por lo que se manifestaba luego como reciprocidad. Esto paso durante la pandemia, cuando una persona ya no podría rendir ni física ni psicológicamente otra persona lo ayudaba. Esto generó nexos de confianza y el sentimiento de no estar solo en esta crisis.

El punto esencial de la conformación de una red es el contacto con el “Otro”, que es tan diferente que es inefable y la sola presencia de la Otredad interpela, incomoda. Las redes sociales es el relacionamiento con el “Otro” incomprensible, que no se lo puede cambiar. En las redes personales se puede recibir a la Otredad por medio de la hospitalidad, en la cual no se busca comprenderlo, no se lo quiere incorporar a la subjetividad prevalente, sino se respeta su libertad. Esta hospitalidad se basa en la empatía en la compasión que permite una convivencia por un mínimo común de coincidencia en el marco Ético.

Este ethos comunitario mínimo se constituye en la ideología institucional que se configura como una congruencia en las creencias individuales con los de la institución. Estos valores compartidos basado en el cuidado a los pacientes orienta al personal de salud, pero la lógica

de la productividad, la competitividad, la eficiencia de la modernidad lo permea todo hace que en muchas ocasiones el personal se adscriba a esta dejando de lado la Ética del cuidado. Esto genera competencia entre el personal que es un factor adverso para que se generen nexos pues ya no son compañeras y compañeros sino adversarios y contendores.

La dinámica prepandemia, durante la pandemia tiene similitudes, porque el personal de salud constituye su subjetividad en dos tipos, una basada en la racionalidad instrumental y la otra en los afectos, en el cuidado del Otro. Dicho de otra forma, una práctica profesional enfocada a buscar el máximo beneficio económico (de los diferentes capitales) y otro enfocada hacia un marco Ético es alineado a los principios y valores. Esta tipología de subjetividad se alinea con dos tipos de profesionales. Unos son los decisores que dirigen el proceso de diagnóstico y tratamiento que son los médicos especialistas tratantes y el otro grupo son los profesionales que ejecutan las órdenes médicas y tienen un rol subalterno, se trata de personal auxiliar de enfermería, personal de enfermería, personal médico residente. En estos dos grupos existen las dos subjetividades, es decir de la racionalidad instrumental o de una Ética de cuidado. Pero en forma preferente el personal decisor tiene una subjetividad enfocada a la racionalidad y el personal de enfermería y auxiliar más bien tiene como horizonte el cuidado. Estas tipologías generan redes diferentes, con tipos de nexos también distintos y con dinámicas diferentes.

Los conocimientos o los saberes del personal médico generan determinadas actitudes y prácticas. En la dinámica de las redes sociales observadas, se evidencia que el conocimiento connota jerarquía y le posibilita a quien domina el ejercicio del poder. Esta organización vertical, asimétrica es terreno fértil para patologías sociales como el síndrome de Hybris, en el que el profesional se torna egocéntrico en el que el profesional médico tiene una percepción errónea de sí mismo y tiene una conducta narcisista. Esta psico-sociopatía imposibilita la formación de una red basada en el afecto, en la solidaridad y un ethos enfocado al cuidado del Otro.

Las redes sociales personales durante la pandemia se reconfiguraron en cuanto a la composición de estas, ya que se rompieron ciertos nexos. Las redes que persistieron se formaron antes de este evento de crisis. La funcionalidad de las redes fue igual, pero se observó que ciertas dinámicas se matizaron, se profundizaron. Antes y durante la pandemia se evidenció solidaridad, apoyo mutuo, el acto de dar y la reciprocidad que se genera. Pero también aumento la conflictividad, los problemas especialmente por la incertidumbre generada por la falta de recurso y por los protocolos de acción médica cambiantes.

El personal de salud al confrontar la muerte adquirió un nuevo sentido de vida, es decir valorar realmente lo importante y a no preocuparse por lo trivial. El contacto diario con el dolor humano tuvo dos formas de devenir en el personal, o se sensibilizó o se agotó la compasión, lo que lleva a una pérdida de cualidades humanas. En el primer caso las redes conformadas por personas sensibilizadas se mantuvieron en el tiempo, los nexos se fortalecieron y se conformaron círculos de vida de apoyo mutuo que aumento la capacidad de respuesta ante este evento disruptivo lo condujo al desarrollo de la resiliencia individual y colectiva. Por otro lado, las personas que sufrieron el proceso de desensibilización rompieron los nexos interpersonales, cayeron en la depresión, en el vacío.

Las redes sociales personales se conforman con nexos de diferente índole, según cual sea el elemento de cohesión la dinámica está dentro de la búsqueda de la utilidad, evaluando las ganancias y las pérdidas, la sociabilidad esta severamente comprometida ya que se forman redes inestables, con conflictividad interna cuyos nexos se rompen fácilmente y se fragmentan. Por otro lado, la cohesión social puede fundarse en la solidaridad, la emotividad, la empatía, un mínimo común de coincidencia en el marco Ético, una subjetividad análoga, o una identidad colectiva construida por la convivencia. Cuando se produce una red basada en el humanismo, esta es más sólida, los nexos son más fuerte, es más simétrica, las decisiones se toman por consenso. Esto lleva a que se obtenga un beneficio colectivo mayor y también se tenga mayor capacidad de respuesta ante los riesgos y la crisis.

Este es un primer abordaje de investigación que puede aportar como primer aporte que será material necesario para realizar una investigación acción que permita tener un modelo de gestión basado en la evidencia y de esta manera lograr el bienestar individual y colectivo, lo que contribuye al buen funcionamiento del hospital cuya razón de ser es la atención a los pacientes para que lo haga de forma eficiente y dentro del humanismo, con un trato digno.

El sistema de salud ecuatoriano tiene servicios con carencias que van desde la infraestructura, la provisión de insumos, con una demanda rechazada importante de atenciones en salud, con déficits de talento humano. En este contexto se encuentra el personal de salud que busca atender con calidad a las personas que sufren que se los llama “pacientes”. Esta labor está enmarcada en un lógico institucional nacional enfocado hacia la producción, es decir al número de actividades o prestaciones de salud, como número de consultas, número de atenciones emergentes, número de cirugías, etc. En las instancias administrativas gerenciales tanto del Ministerio de Salud como del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social existen estrategias enfocadas hacia la calidad de atención y servicio en salud. Pero la operativización

de esto es muy compleja. En este entorno se desenvuelve el personal de salud que siente una presión por la producción, por los costos. En esta circunstancia se presenta la pandemia de covid-19, lo que profundizó esta lógica, pero en situación de “desastre” del sistema de salud, porque los recursos eran insuficientes para enfrentar la crisis y las demandas de atención. Esta ideología institucional dificulta que se logre la convivialidad, porque los trabajadores de la salud sienten la presión de justificar su presencia en la institución por la producción de actividades. Con el evento disruptivo de la pandemia por covid se profundizó esta lógica encaminada a mejorar la productividad en desmedro de la calidad de atención en la que se tiene que tratar integralmente, holísticamente al paciente. Esta relación actualmente es asimétrica, vertical, jerárquica. Lo deseable y que debe ponerse como una meta es lograr la convivialidad para tener una relación horizontal, con valoración de la diversidad, con respeto multicultural y con una relación armónica con el entorno. Esta relación de convivencia con solidaridad y apoyo mutuo debería ser la meta para las redes personales de los trabajadores de la salud. Para ello la subjetividad y el sistema de creencias del personal de salud deberían apartarse del paradigma de la modernidad en la que existe la preponderancia del ethos del individualismo, la razón instrumental. Este mundo simbólico forma grupos de personas solas, con contactos escasos, lazos de unión débiles que no se constituyen como redes de apoyo. La alternativa es la convivialidad en que existan lugares de encuentro con equidad de condiciones que puedan generar espacios de sociabilidad en la que exista una participación auténtica, real en las decisiones colectivas. El presente trabajo evidenció que no existió convivialidad, porque en forma predominante el personal de salud tiene interiorizado la productividad, la elección racional, pues deja de lado lo emotivo, la escucha empática, la comunicación efectiva, el apoyo mutuo, la diversidad.

La construcción de categorías o tipologías requieren una sola metodología. A continuación, expongo mi propuesta basándome en la metodología de Sánchez (2005). Por medio de la abstracción simple, la observación y los marcos conceptuales analizados propongo dos categorías: el ethos de cuidado y el ethos de la racionalidad instrumental. El primero se observa una vivencia comunitaria, solidaria de apoyo mutuo en la que los nexos de unión se constituyen por el acto del dar y recibir que genera reciprocidad en un contexto de subjetividad análoga, de un mundo simbólico compartido. El segundo se basa en la construcción de alianzas estratégica por el posible beneficio que se pueda tener con relación a diversos capitales como el social, económico, cultural, etc. Queda pendiente la búsqueda de otros casos empíricos para lograr una comparación y con una metodología historiográfica

construir variables e indicadores coherente. Luego a la propuesta categorial se la puede trabajar por medio de la dialéctica para que con la contraposición conceptual se pueda enfrentar la realidad social que es analógica.

La comprensión de la dinámica de las redes personales nos da herramientas para abordar problemas, conflictos que se dan en el mundo social que puede aplicarse en varios niveles. En lo micro puede aplicarse en cualquier organización para comprender la complejidad de la interacción de las redes y poder identificar los puntos críticos para que se logre una retroalimentación y se retorne al equilibrio. En lo meso estas herramientas ayudan al funcionamiento institucional de los servicios de salud. En lo macro las redes de redes o hiper redes sirve para lograr gobernabilidad entre los diferentes nodos y de esta manera lograr un bien común y alcanzar el bienestar colectivo.

Referencias

- Acha, Ellen. 2016. "Kenneth ACHA ministries. Closed loop communication and effective team dynamics". <https://www.kennethmd.com/closed-loop-communication-effective-team-dynamics/>
- Aliaga, Lissette. 2002. "Racionalidad económica y redes sociales. Las paraditas y su mercado". *Investigaciones Sociales* 6 (9): 207-2026. <https://doi.org/10.15381/is.v6i9.8084>
- Adler, Paul, Charles Heckscher, John McCarthy, y Saul Rubinstein. 2013. "The mutations of professional responsibility toward collaborative community". En *Professional responsibility: the fundamental issue in education and healthcare reform*, editado por Douglas E. Mitchell y, Robert K Ream. Springer International. 10.1007/978-3-319-02603-9_18
- Almudena, Hernando. 2018. "Identidad relacional/identidad individualizada. La apariencia de osas". En *La fantasía de la individualidad sobre la construcción sociohistórica del sujeto moderno*. Buenos Aires: Katz ediciones. https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map50_la%20fantasia_web.pdf
- Ameen, Faisal. 2017. "Nurse-physician conflict and power dynamic". *JOJ Nursing and Health Care* 5(3):1-5. DOI: 10.19080/JOJNHC.2017.05.555665
- Angelcos, Nicolás. 2016. "Subjetividad, cuerpo y afecto en la teoría sociológica / Subjectivity, body and affection in sociological theory". *Revista Estudios Avanzados*, (26): 76-94. <https://www.revistas.usach.cl/ojs/index.php/ideas/article/view/2756>
- Aisaga, Hatem. 2019. "Organizational culture in health organizations: a systematic review". *Journal of Ankara Health Sciences*, (1): 83-109. https://www.researchgate.net/publication/334098735_Organizational_culture_in_healthcare_organizations_a_systematic_review
- Agulhon, Maurice. 2016. "Política, imágenes, sociabilidades de 1789 a 1989". Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza. <https://puz.unizar.es/1743-politica-imagenes-sociabilidades-de-1789-a-1989.html>
- Arango, Carlos. 2003. "Los vínculos afectivos y la estructura social. Una reflexión sobre la convivencia desde la red de la promoción del buen trato". *Investigación y Desarrollo* 11 (1): 70-103. <https://www.redalyc.org/pdf/268/26811104.pdf>
- Araujo, Juan. 2019. "Obstetric violence: a hidden dehumanizing practice, exercised by medical care personnel. Is it a public health and human rights problem?" *Revista Mexicana de Medicina Forense y Ciencias de la Salud* 4 (2): 1-11.v <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=87854>
- Ávila-Morales, Juan. 2017. "La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional". *Latreia* 30 (2): 216-229. <https://www.redalyc.org/pdf/1805/180550477011.pdf>
- Barra, Enrique. 1987. "El desarrollo moral: una introducción a la teoría de Kohlberg". *Revista Latinoamericana de Psicología* 19 (1):7-18. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80519101.pdf>
- Begun, James, y Joana Jiang. 2020. "Health care management during covid-19: insights from complexity science". *Nejm Catalyst*. <https://catalyst.nejm.org/doi/pdf/10.1056/CAT.20.0541>

- Boniolo, Paula, Bárbara Estévez, Mercedes Krause, Diego Paredes, Joaquín Carrascosa, Ma. Manuela Leiva, Florencia Morales, Bryam Herrera Jurado, y Lautaro Lazarte. 2020. "Las zonas de socialización territorial y el análisis de clase: la construcción de variables complejas". En *El análisis de clases sociales: pensando la movilidad social, la residencia, los lazos sociales, la identidad y la agencia*, editado por Paula Boniolo, Ruth Sautu, Pablo Dalle, y Rodolfo Elbert. Buenos Aires: CLACSO.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8119764>
- Bonome, María. 2009. "Dinámica la racionalidad: instrumental, adaptattiva y conductual". En *La racionalidad en la toma de decisiones. Análisis de la Teoría de la Decisión de Herbert. A. Simón*, editado por María G. Bonome. España: Netbiblo.
<https://core.ac.uk/download/pdf/61909687.pdf>
- Bourdieu, Pierre. 1997. "Razones prácticas sobre la teoría de la acción". París: Éditions du Seuil. <http://epistemh.pbworks.com/f/9.+Bourdieu+Razones+Prácticas.pdf>
- Bravo, Verónica, y Tania Tamayo. 2015. "Cultura organizacional del centro de atención ambulatoria Sur Valdivia del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y su relación con el desempeño laboral". Tesis de pregrado. Universidad de Guayaquil.
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/10661>
- Braithwaite, Jeffrey, Robyn Clay-Williams, Elia Vecellio, Danielle Marks, Tamara Hooper, Mary Westbrook, Johanna Westbrook, Brette Blakely, y Kristiana Ludlow. 2016. "The basis of clinical tribalism, hierarchy and stereotyping: a laboratory-controlled teamwork experiment". *British Medical Journal* 6 (6): 1-10.
<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/7/e012467.full.pdf>
- Brands, Raina. 2013. "Cognitive social structures in social network research: a review". *Journal of Organizational Behavior*, 34: 82-103.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/job.1890>
- Burbano, Ancrea. 2017. "Vivienda colectiva la Josefina". Tesis de pregrado. Pontificia Universidad Católica de Ecuador. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/13621>
- Cajas, Beatriz. 2018. "Estudio de la cultura organizacional en base al modelo de valores en competencia. Caso de estudio: matriz del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social". Tesis de pregrado. Escuela Politécnica Nacional.
<https://1library.co/document/qmjrdw8q-estudio-cultura-organizacional-valores-competencia-instituto-ecuadoriano-seguridad.html>
- Carril, Luis, y Judith Ruiz-Godoy Rivera. 2017. "La evolución discursiva de la sostenibilidad a la resiliencia: ¿un problema ético?" *Ecología Política*, (53): 34–38.
<http://www.jstor.org/stable/26333535>.
- Carreiras, Helena, Anja Opitz, Carlos Coutinho Rodrigues, Giovanni Faleg, José Duarte da Costa, Luís Elías, Luís Velez Lapão, Manuel João Ribeiro, Marco Serronha, y Nicoletta Pirozzi. 2020. "Covid-19 e gestão de crises: um novo paradigma?".
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32281>
- Carvajal, Carlos. 2014. "Síndrome de Hibris: descripción y tratamiento". *Revista Medicina de Chile*, (142): 270-271. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n2/art20.pdf>
- Chapman, William. 2015. "El concepto de sociabilidad como referente del análisis histórico". *Investigación y Desarrollo* 23 (1): 187-37.
<https://www.redalyc.org/pdf/268/26839041001.pdf>

- CEPAL y OPS. 2021. “Informe covid-19”.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf.
- Cañizares, Ricardo, Gabriela Mena, y Giaffar Barquet. 2016. “Análisis del sistema de salud del Ecuador”. *Revista de Medicina* 19 (4): 193-204.
<https://doi.org/10.23878/medicina.v19i4.1080>
- Carrasco, Adolfo. 1994. “Un modelo para el estudio de las formas de sociabilidad en la edad moderna: las clientelas señoriales”. *Mélanges de la Casa de Velazquez* 30 (2): 117-129. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/43316/Un-modelo-para-el-estudio-de-las-formas-de-sociabilidad.pdf?sequence=1>
- Castro, Roberto, y Marcia Villanueva Lozano. 2018. “Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica”. *Estudios Sociológicos* 36 (108): 543-74. <https://www.jstor.org/stable/26798640>.
- Cerón, Armando. 2019. “Habitus, campo y capita. Lecciones teóricas y metodológicas de un sociólogo bearnés”. *Cinta de Moebio*, (66): 310-320.
<https://doi.org/10.4067/S0717-554X2019000300310>
- Castillo, Giselle. 2013. “Juego y micródenes sociales”. *Revista Infancias Imágenes* 12 (2): 101-111. <https://doi.org/10.14483/16579089.4917>
- Chapman, William. 2015. “El concepto de sociabilidad como referente del análisis histórico”. *Investigación y Desarrollo* 23 (1): 1-37.
<https://www.redalyc.org/pdf/268/26839041001.pdf>
- Coskun, Ahmel. 2014. “Dehumanization as an ethical issue in the health services sector”. *Turkish Journal of Business Ethics* 7 (2): 29-51. <https://isahlakidergisi.com/content/6-sayilar/14-7-cilt-2-sayi/m0069/coskun-en.pdf>
- Cordoba, María, y Claudia Velez-De La Calle. 2015. “La alteridad desde la perspectiva de la transmodernidad de Enrique Dussel”. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 14 (2): 1001-1015.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rllcs/v14n2/v14n2a09.pdf>
- Cornejo, Alberto, y Gress Gómez. 2012. “Violation of ethical principles in clinical research. Influences and possible solutions for Latin America”. *BMC Medical Ethics* 13 (35): 1-4. <https://bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6939-13-35>
- Cortina Adela. 1986. Epilogo: “¿Virtud o Felicidad? En favor de una Ética de mínimos”. En *Ética Mínima introducción a la Filosofía Práctica*. Madrid: Tecnos.
https://tallersurzaragoza.files.wordpress.com/2012/11/cortina_adela-etica_minima.pdf
- Correa-Quezada, Ronny, y Diego García-Vélez. 2021. “La situación económica ecuatoriana se recupera a paso lento”. <https://docplayer.es/220832868-Ecuador-noviembre-la-economia-ecuatoriana-se-recupera-a-paso-lento-1-situacion-economica.html>
- Costa, Sergio. 2022. “Convivialidad-desigualdad: en busca del nexo perdido. En libro. Convivialidad y desigualdad. San Pablo: CLACSO. https://publications.iai.spk-berlin.de/servlets/MCRFileNodeServlet/iai_derivate_00000148/Convivialidad-y-desigualdad.pdf
- De Grande, Pablo. 2013.” Aportes de Norbert Elías, Erving Goffman y Pierre Bourdieu al estudio de las redes personales”. *Andamios* 10 (22):237-258.
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/15679>

- Deleuze, Giles, y Félix Guattari. 2004. “*Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia. Pre-textos*”.
https://www.academia.edu/11538898/Mil_mesetas_capitalismo_y_esquizofrenia_deleuze_y_guattari
- DeLanda Manuel. 2021. “*Teoría de los ensamblajes y complejidad social*”. Buenos Aires: Tinta y limón.
<https://tintalimon.com.ar/public/bkheezdmhcpe8sxs0zu7fr66411e/Tinta%20Limón-Manuel%20DeLanda-Teoria%20de%20los%20ensamblajes.pdf>
- Dután, Verónica. 2012. “Centro de encuentro y desarrollo juvenil”. Tesis de pregrado. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/6696/1.2.000639.pdf?sequence=4>.
- Echeverría, Bolivar. 1994. “Ethos Barroco”.
<https://pdfs.semanticscholar.org/ced9/9bd674691f72d62ae877ce9ef75e48458f2a.pdf>
- Elías Norber. 1990. “*La sociedad de los individuos*”. Barcelona: Ediciones Península.
https://monoskop.org/images/d/de/Elias_Norbert_La_sociedad_de_los_individuos_ensayos_1990.pdf
- Elías Norbert. 1982. “*Sociología Fundamental*”. Barcelona: Gedisa Editorial .
<https://hum.unne.edu.ar/biblioteca/apuntes/Apuntes%20Ciencias%20de%20la%20Educacion/Sociologia/Unidad1/EliasCritica%20de.pdf>
- Ell, Kathleen. 1984. “Social networks, social support, and health status: a review”. *Social Service Review* 58 (1): 133–49. <http://www.jstor.org/stable/30011713>.
- Elran, Meir, y Shmuel Even. 2020 “*Civilian resilience in israel and the covid-19 pandemic: analysis of a cbs survey*”. Israel: Institute for National Security Studies.
<http://www.jstor.org/stable/resrep25537>
- Espinosa, Adriana. 2017 “Subjetividad y poder en la organización empresarial: un estudio de caso”. *Innovar Revista de Ciencias Administrativas y Sociales* 27 (65): 107–21.
<http://www.jstor.org/stable/90009758>.
- Estrada, Ernesto, y Michele Benzi. 2014. “Are Social Networks Really Balanced?”.
<https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1406/1406.2132.pdf>
- Faerman, Romina. 2015. “Ética del Cuidado. Una mirada diferente en el debate moral”. *Revista de Teoría del Derecho de la Universidad de Palermo*, (1): 123-146.
https://www.palermo.edu/derecho/pdf/teoria-del-derecho/n3/TeoriaDerecho_06.pdf
- Fernández, Olaya. 2015. “Levinas y la Alteridad: cinco planos”. *Brocar*, (39): 423-443.
<https://doi.org/10.18172/brocar.2902>
- Fernandez, José, y Anibal Puente. 2009. “La noción de campo en Kurt Lewin y Pierre Bourdieu: un análisis comparativo”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas Reis*, (127): 33-53.
https://reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_127_JUL_SEP_2009_pp_33_531246429498222.pdf
- Falco de Torres, Edita. 2016. “Personalidad del médico. ¿Personalidad del médico. ¿Un factor de riesgo?”. *CONAMED* 21 (3): 136-140.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/con163f.pdf>

- Fernandez, Mercedes. 1999. "Aportaciones al concepto de masa. El pensamiento de Gurvitch". *Papers* 57, 134-144. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v57n0.1970>
- Fernández, José. 2013. "Capital simbólico, dominación y legitimidad. Las raíces weberianas de la sociología de Pierre Bourdieu". *Papers* 98 (1): 33-60. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v98n1.342>
- Forster, Donna. 2009. Rethinking Compassion Fatigue as Moral Stress. *Journal of Ethics in Mental Health*. JEMH.4.1.
- Fuster, Doris. 2019. "Investigación cualitativa: método fenomenológico hermenéutico". *Propósitos y Representaciones* 7 (1): 201-229. <http://www.scielo.org.pe/pdf/pyr/v7n1/a10v7n1.pdf>
- Friemel, Thomas. 2011. "Dynamics of social networks. *Procedia Socia and Behavioral Sciences* 22, 2-3. DOI:10.1016/j.sbspro.2011.07.050
- García, Alejandra. 2004. "La ética del cuidado". *Revista Aquichan* 4 (1): 30-39. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/47>
- Gilmartin, Heather, y Karen Sousa. 2013. "Isolation: a concept analysis". *Nursing Forum* 48 (1): 54-60. <https://doi.org/10.1111/nuf.12001>
- Gonzales, Jesus. 2019. "Síndrome de hubris en neurocirugía. Historia y Humanidades. *Revista Neurol* 68 (8): 346-353. <https://doi.org/10.33588/rn.6808.2018355>
- Gonzales, Pilar. 2004. "La sociabilidad y la historia política". *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 419-460. <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.24082>
- Gonzales, Beyda, Francisco Moreno, y Carlos Duardo. 2015. "Uso de los símbolos algebraicos en fórmulas matemáticas de los artículos científicos". *CorSalud* 7 (3): 214-216. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6575760>
- Gordillo, Lourdes. 2009. "Sartre: la conciencia como libertad infinita". *Tópicos* 37, 9-29. <https://www.scielo.org.mx/pdf/trf/n37/n37a1.pdf>
- Gravante, Tommaso, y Alice Poma. 2020. "Romper con el narcisismo: emociones y activismo de base durante la pandemia". En *Alerta global: políticas, movimientos sociales y futuros en disputa en tiempos de pandemia*, editado por Breno Bringel, y Geoffrey Pleyers. Buenos Aires: CLACSO. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1gm027x>
- Gamboa, Linda, Kira Becerra, Yara Lopez, y Evelyn Goicoechea. 2021. "Nivel de resiliencia del personal de salud frente a la pandemia por covid-19". *Revista del cuerpo médico Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo* 14 (1): 49-54. <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14sup1.1170>
- Granovetter, Mark. 1973. "La fuerza de los vínculos débiles". *American Journal of Sociology* 78 (6): 1360-1380. https://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/m_MGranovetter_LAfuerzaDE.pdf
- Garzón, Jessica. 2015. "Medical Hierarchy". En *English through medicine*, editado por Raúl L. Riverón. Cuba: Editorial Ciencias Médicas. https://www.researchgate.net/publication/324755337_Medical_Hierarchy
- Gold, Jessica. 2020. "Covid-19 Adverse mental health outcomes for healthcare workers". *The BJM*, 1-2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32371465/>
- Gonçalves, Lila, y Roser Salay. 2021. "Importancia de la resiliencia individual y organizacional para la salud laboral del personal sanitario". *Revista de la Asociación*

- Española de Especialistas en Medicina del Trabajo* 30 (2): 125-261.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-62552021000200151
- Guzman, Danilo. 2007. "El ethos filosófico". *Praxis Filosófica* 24, 137-145.
<https://www.redalyc.org/pdf/2090/209014643007.pdf>
- Henriquez, Rodrigo. 2011. "Mitología médica: una nueva sección sobre medicina basada en evidencias". *Revista Médica Vozandes* 22 (1): 39-41.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1023546/011-mitologia-med.pdf>
- Herner, María. 2009. "Territorio, desterritorialización y reterritorialización: un abordaje teórico desde la perspectiva de Deleuze y Guattari". *Huella*, (13): 158-171.
<http://beu.extension.unicen.edu.ar/xmlui/handle/123456789/248>
- Herrera, Luis, y Lucía Herrera. 2020. "Territorio y territorialidad: teorías en confluencia y refutación". *Universitas*, (32): 99-120. <https://doi.org/10.17163/uni.n32.2020.05>
- Herrera, Manuel, y Rosa María Soriano. 2004. "La teoría de la acción social en Eving Goffman". *Papers* 73, 59-79. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v73n0.1106>
- Goffman, Erving. 1956. "The presentation of self I everyday life". Tesis de pregrado. University of Edinburgh.
https://monoskop.org/images/1/19/Goffman_Erving_The_Presentation_of_Self_in_Everyday_Life.pdf
- Higuita, Daimer. 2012. "Interiorización de las manifestaciones culturales en los miembros de la organización". *Revista Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y reflexión* 20 (2): 127-142. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfce/v20n2/v20n2a09.pdf>
- Huilca, Deicy, y Ángela Baño. 2021. "La reactivación de la economía ecuatoriana durante la pandemia por covid-19". *Revista Jurídica Crítica y Derecho* 2 (3): 79-89.
<https://doi.org/10.29166/cyd.v2i3.3191>
- IESS. 2019. "Plan médico funcional. Hospital General San Francisco".
<https://www.iess.gob.ec/documents/10162/3321613/PMF+HSFQ.pdf>
- Imbulana, Janaki, y Shunsuke Managi. 2021. "The role of social capital in covid19 deaths". *BMC Public Health* 21 (434): 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10475-8>
- Intriago, Verónica, y Tania Tamayo. 2015. "Cultura organizacional del Centro de Atención Ambulatoria Sur Valdivia del Instituto Ecuatoriano de Seguridad social (IESS) y su relación con el desempeño laboral". Tesis de pregrado. Universidad de Guayaquil.
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/10661>
- Isaila, Oana-María, y Sorin Hostiuc. 2020. "El deber de tratar en el contexto de la pandemia de covid-19". *Revista Bioética* 28 (3): 426-431.
<https://www.scielo.br/j/bioet/a/grmfQqbbZTMhkKKkD5Ddw7J/?format=pdf&lang=es>
- Krackhardt, David. 1987. "Cognitive social structures". *Social Networks* 9 (2): 109-134.
https://www.heinz.cmu.edu/faculty-research/profiles/krackhardt-davidm/_files/1987-cognitive-social-structures.pdf
- Kisely, Steve, Nicola Warren, Laura McMahon, Chirstine Dalais, Irene Henry, y Dan Siskind. 2020. "Ocurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and metaanálisis". *BMJ*, (369): 1-12. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1642>

- Kohn, Margaret. 2005. "Frederick Douglass's master-slave dialectic". *The Journal of Politics* 67 (2): 497–514. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2508.2005.00326.x>.
- Latour, Bruno. 2005. "Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red". Buenos Aires: Manantial.
- Lewin, Kurt. 1945. "Field theory in social science. research center for group dynamics". Michigan: University of Michigan. <https://ia802905.us.archive.org/4/items/in.ernet.dli.2015.138989/2015.138989.Field-Theory-In-Social-Science-Selected-Theoretical-Oaoers.pdf>
- Lewkow, Lionel. 2020. "Los aportes de Georg Simmel a la teoría de la diferenciación social: un enfoque multidimensional". *Digithum* (27): 1-11. <http://doi.org/10.7238/d.v0i27.374141>.
- Lozares, Carlos, Joel Martí, José Luis Molina, y Alejandro García-Macías. 2013. "La cohesión-integración versus la fragmentación social desde una perspectiva relacional". *Metodología de Encuestas* 15, 57-75. <http://casus.usal.es/pkp/index.php/MdE/article/view/1037>
- Lozares, Carlos. 1990. "La tipología en sociología, más allá de la simple taxonomía: conceptualización y cálculo". *Papers* 34:139-163. <https://papers.uab.cat/article/view/v34-lozares>
- Lucio, Ruth, Nilhda Villacres, y Rodrigo Henriquez. 2011. "Sistema de salud de Ecuador". *Salud Pública de México* 53 (2): 277-287. <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/13.pdf>
- Luna, Matilde. 2004. "Análisis de redes sociales en el mundo rural: guía inicial". *Revista Mexicana de Sociología*, (38): 129-142. <https://www.redalyc.org/pdf/815/81522307010.pdf>
- Maletta. 2010. "La evolución del homo economicus: problemas del marco de decisión racional en economía". *Economía* 33 (65): 9-68. <https://doi.org/10.18800/economia.201001.001>
- Mainetti, José. 2014. "Calidad de atención de la salud y los derechos del paciente: entre la evidencia y la autonomía".
- Lolas, Fernando. 2000. "Bioética y cuidado de la salud. equidad, calidad, derechos. segunda reunión del comité asesor internacional en bioética. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud". https://bibliotecadigital.uchile.cl/discovery/fulldisplay?vid=56UDC_INST:56UDC_INST&tab=Everything&docid=alma991001416459703936&lang=es&context=L
- Marsden, Peter, y Campbell, Karen 1984. "Measuring tie strength". *Social Forces* 63 (2): 482-501. <https://doi.org/10.2307/2579058>
- Marsden, Peter. 2005. "Recent Developments in Network Measurement". En *Models and methods in social network analysis. Structural analysis in the social sciences*, editado por Carrington, Peter, John Scott, y Stanley Wasserman. Cambridge: Cambridge University Press. <http://library.uc.edu.kh/userfiles/pdf/18.Models%20and%20Methods%20in%20Social%20Network%20Analysis.pdf>
- Martínez, Gustavo. 2006. "Ciencia e inventiva del cirujano: habilidad quirúrgica y literaria". *Cirujano General* 28 (4): 209-211. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2006/cg064a.pdf?q=cirujano>

- Maus, Marcel. 2009. "Ensayo sobre el don".
https://www.academia.edu/50766628/Marcel_Mauss_Ensayo_sobre_el_don
- Meng, Li, Megan Robins, Kate Sweeny, Gretchen Chapman, y Megan Robbins. 2021. "Medical decision making". *Encyclopedia of Health Psychology* 2, 347-353.
<https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch84>
- Méreine-Berki, Boglarka, Gyorgy Málonica, y Remus Cretan. 2021. "You become one with the place: social mixing, social capital, and the lived experience of urban desegregation in the Roma community". *Cities* 117, 1-10.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026427512100202X?via%3Dihub>
- Millán, René. 2015 "Capital Social: Su Papel En Los Dilemas De Cooperación Y La Coordinación De Acciones". *Estudios Sociológicos*. (3)98: 259-83.
<http://www.jstor.org/stable/24570872>.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2022. "Informe epidemiológico de covid-19, Ecuador 2022". <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/10.1.2022-epi.pdf>
- _____. 2022. "Informe epidemiológico de covid-19, Ecuador".
https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/06/MSP_ecu_cvd19_datos_epi_20220606-1.pdf
- _____. 2012. "Modelo de atención integral del sistema nacional de salud".
https://www.kimirina.org/images/kimirina/documentos/publicaciones/Manual_Modelo_Atencion_Integral_Salud_Ecuador_2012-Logrado-ver-amarillo.pdf
- _____. 2016. "Documento de socialización del modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado en la practica asistencial".
- Ministerio de Sanidad Gobierno de España. 2020. "Redes comunitarias en la crisis de COVID-19".
https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ImplementacionLocal/Redes_comunitarias_en_la_crisis_de_COVID-19.pdf.
- Mena de la Cruz, Ana, Oscar García, y Álvaro Zapata. 2021. "Caracterización de los vínculos en la organización informal de una Institución de Educación Superior". *Cuadernos de Administración* 34.
https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/cuadernos_admon/article/view/31485
- Merton, Robert. 2002. "La división del trabajo social de Durkheim". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas Reis*, (99): 201-209.
<https://www.redalyc.org/pdf/997/99717892009.pdf>
- Molina, Adriano. 2019. "Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador". *Iconos* 63, 185-205. <https://doi.org/10.17141/iconos.63.2019.3070>
- Monsalve, Sergio. 2003. "John Nash y la teoría de juegos". *Lecturas Matemáticas* 24, 134-149. https://www.cienciared.com.ar/ra/usr/4/26/john_nash_y_la_teor_a_de_juegos.pdf
- Mora, Hector. 2012. "Mundo de la vida, comprensión y comprensión y acción intersubjetiva en la sociología fenomenológica de Alfred Schütz". *Revista CUHSO* 18 (1): 51-68.
10.7770/CUHSO-V18N1-ART300
- Muñoz, Rubén, y Renata Cortez. 2021. "La producción de la cultura organizacional epidémica en la atención al covid-19: una aproximación antropológica a los hospitales de la

- ciudad de México”. *Revista de la Escuela de Antropología*, (18).
<https://doi.org/10.35305/revistadeantropologia.v0iXXVIII.144>
- Muñoz, Yaoska. 2014. “Mejoramiento de la calidad de atención de enfermería en el servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría del hospital San Francisco de Quito del IESS”. Tesis de maestría. Universidad Técnica Particular de Loja.
http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/10039/1/Munoz_Maltez_Yaoska_Isabel.pdf
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS. 2019. “Plan médico funcional”.
<https://www.iess.gob.ec/documents/10162/3321613/PMF+HSFQ.pdf>
- Nahuel di Napoli, Pablo. 2020. “Sociabilidades violentas no conflictivas entre estudiantes de escuelas medias”. *Cadernos de Pesquisa* 50 (176): 605-621.
<https://www.scielo.br/j/cp/a/zBBSLLDv3MyDJq6R6TDnyvt/?lang=es>
- Nanda, Priya, Tom Newton Lewis, Priya Das, y Suneeta Krishnan. 2020. “From the frontlines to centre stage: resilience of frontline health workers in the context of covid-19.” *Sexual and Reproductive Health Matters* 28 (1): 85–89.
<https://www.jstor.org/stable/48617616>.
- Navarrete, Angela. 2012. "Procesos de prevención integral vs. Vulneración de derechos en adolescentes y jóvenes de Carcelén bajo, Quito". Tesis previa la obtención del título de: Licenciada en Gestión para el Desarrollo Local Sostenible. Universidad Politécnica Salesiana sede Quito.
<http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/3853>
- Noguera, José. 2011. “Ambrosio Paré, Ambroise de Laval (Borg-Hersente/laval, 1510-París,1590). *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología* 86 (10): 341-342.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912011001000010
- OEDC. 2022. “First lessons from government evaluations of covid-19 responses: a synthesis. Tackling coronavirus (COVID-19) Contributing to a global effort”.
<https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/first-lessons-from-government-evaluations-of-covid-19-responses-a-synthesis-483507d6/>
- Ovares, Carolina. 2018. “La sociología de Georg Simmel y el capital social: la confianza como fuerza socializadora”. *Revista Reflexiones* 97 (2): 23-34.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-28592018000200023
- Prado, Esteban, y Raúl Fernández. 2020. “Impacto de la covid-19 en el Ecuador: de los datos inexactos a las muertes en exceso”. *Revista Ecuatoriana de Neurología* 29 (2): 8-11.
http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812020000200008
- Parkers, Georgina. 2013. “Constructing nurses professional identity”. Tesis de doctorado. Universidad de Melbourne. <https://rest.neptune-prod.its.unimelb.edu.au/server/api/core/bitstreams/81240774-5031-5f7e-b6a0-8892b05dd176/content>
- Picó, Fernando. 1999. “Hacia una historia de la sociabilidad puertorriqueña. En *Antología del pensamiento crítico puertorriqueño contemporáneo*, editado por Anayra Santory Jorge, y Mereia Quintero Rivera. Puerto Rico: CLACSO.
http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20190614031101/Antologia_Puerto_Rico.pdf

- Quarantelli, E. L., y Russell R. Dynes. 1997. "Response to social crisis and disaster". *Annual Review of Sociology* 3, 23–49. <http://www.jstor.org/stable/2945929>.
- Registro Oficial. 2010. "Reglamento para atención de salud integral y en red de los asegurados". <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Reglamento-para-Atenci%C3%B3n-de-Salud-Integral-y-en-Red-de-los-Asegurados.pdf>
- Rivas, Luis. 2002. "Nuevas formas de organización". *Estudios Gerenciales* 82, 13-45. <https://www.redalyc.org/pdf/212/21208201.pdf>
- Robayo, Tatiana, Adriana Moncada, Lucía Zorany, Erika Flórez, y Myriam Barreto. 2015. "Análisis crítico de la deshumanización de la atención en salud en Colombia". *Revista Opinión Pública* 2 (3): 44-52. <https://revistas.cun.edu.co/index.php/opinionpublica/article/view/65>
- Rodríguez, Alfredo, y Ana Costa. 2013. "Moralidad del vínculo social y educación moral en Durkheim". *Educación XXI* 16 (2): 115-134. <https://www.redalyc.org/pdf/706/70626451005.pdf>
- Rodríguez, Marta, Óscar Tejero, y Ignacio Sánchez de la Yncera. 2014. "Contingencia y crisis. Apuntes para una sociología atenta al fracaso y a lo imprevisto". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (147): 89-105.
- Sacoto, Fernando, y Betty Espinosa. 2021. "Mejorar la salud en Quito fortaleciendo el tejido comunitario y la articulación de servicios". En *Quito: la ciudad que se disuelve-Covid 19*, editado Fernando Carrión, y Paulina Cepeda. Quito: FLACSO- Ecuador. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/58359.pdf>
- Sagot, Montserrat. 2020. "Muerte, control social y bienestar en tiempos de covid-19." <https://www.opendemocracy.net/es/democraciaabierta-es/muerte-control-social-y-las-posibilidades-de-bienestar-en-tiempos-del-covid-19/>
- Sasín, Mariano. 2019. "Investigación teórica, semántica y comunicación. El lugar de lo masivo en la teoría de los sistemas sociales autopoieticos. (Un ejercicio de aplicación)". En *Exploraciones de la teoría social. Ensayos de imaginación metodológica*, editado por Pablo de Marinis. Buenos Aires: CLACSO. <https://www.jstor.org/stable/j.ctvt6rk7w.11>
- Salehi, Parsa, Daniel Jacobs, Timur Suhail-Sindhu, Benjamin L Judson, Babak Azizzadeh, y Yan Ho Lee. 2020. "Consequences of medical hierarchy on medical students, residents, and medical education in otolaryngology. otolaryngology-head and neck surgery. *State of the Art Review* 163 (5): 906-914. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32482121/>
- Sánchez, Zenia, y Geneva Hurtado. 2020. "Lavado de manos. Alternativa segura para prevenir infecciones". *Medisur* 18 (3): 492-495. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v18n3/1727-897X-ms-18-03-492.pdf>
- Sánchez, Fernando. 2005. "Los tipos ideales en la práctica: significados y construcciones, aplicación". *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, (11): 11-32. <https://www.redalyc.org/pdf/2971/297125210001.pdf>
- Scott, John. 2012. "What is social network analysis?". Londres: Bloomsbury Academic. <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/58730>
- Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias. 2022. "Informe de situación nro. 81-covid-19 Ecuador". <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp->

- content/uploads/2022/01/Informe-de-Situacion-No081-Casos-Coronavirus-Ecuador-14012022.pdf
- Shang, Wijing, Yaping Wang, Jie Yuang, Zirui Gou, Jue Liu, y Min Liu. 2022. “Global excess mortality during covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis”. *Vaccines* 10 (10): 1-17. <https://doi.org/10.3390/vaccines10101702>
- Sellekens, Philip, y Diego Sourrouille. 2020. “Covid-19 mortality in rich and poor countries. a tale of two pandemics?”. *Policy Research Working Paper*. <https://doi.org/10.1596/1813-9450-9260>
- Simmel, Georg. 1986. “El problema de la Sociología. En “*Estudios sobre las forma de socialización*”. Madrid: Alianza Editorial.
- Solomon, Martha. 2000. “The rhetoric of dehumanization. an analysis of medical reports of the tuskegee syphilis project”. *Western Journal of Speech Communication*. 49(4):233-47. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228613.013.180>
- Statista. 2021. “Número semanal de casos confirmados y muertes causadas por el coronavirus (COVID-19) en Ecuador enero de 2020 y septiembre de 2021”. <https://es.statista.com/estadisticas/1110063/numero-casos-muertes-covid-19-ecuador/>
- Tamayo, Carlos, y Jorge Sánchez. 2005. “Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva”. *Revista de Ginecología y Obstetricia de México* 73 (1): 553-559. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=6455>
- Taylor, Charles. 1991. “*The malaise of modernity*”. Toronto: House of Anansi Press
<https://houseofanansi.com/products/the-malaise-of-modernity>
- Tomlin, Jack, Bryan Dalgleish-Wartburton, y Gary Lamph. 2022. “Psychosocial support for healthcare workers during the covid-19 pandemic”. *Frontiers in Psychology* 11, 1-7. [10.3389/fpsyg.2020.01960](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01960)
- Tönnies, Ferdinand. 1947. “*Comunidad y Sociedad*”. Buenos Aires: Ed. Lozada.
- Torres, Angel. 2019. “El sistema de salud pública en ciudades policéntricas, análisis comparativo de las áreas metropolitanas de Quito y Guayaquil”. Quito: FLACSO-Ecuador. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/57903.pdf>
- Urteaga, Euzki. 2010. “La teoría de sistemas de Niklas Luhmann”. *Contrastes Revista Internacional de Filosofía* 15, 301-317. <https://www.uma.es/contrastes/pdfs/015/contrastesxv-16.pdf>
- Vaccari, Andrés. 2008. “Reseña de reensamblar lo social: una introducción de la teoría de actor-red” de Bruno Latour. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad* 4 (11): 189-192. <https://www.redalyc.org/pdf/924/92441112.pdf>
- Valente, Thomas. 2005. “Recent developments in network measurement”. En *Models and methods in social network analysis. Structural analysis in the social sciences*, editado por Carrington, Peter, John Scott, y Stanley Wasserman. Cambridge: Cambridge University Press. <http://library.uc.edu.kh/userfiles/pdf/18.Models%20and%20Methods%20in%20Social%20Network%20Analysis.pdf>
- Vanegas, Jairo, Amaya Pávez, y Patricia Muñoz. 2021. “*Acta Bioethica*”. Chile: Universidad de Chile. https://www.uceval.cl/uceval/site/docs/20211202/20211202105939/acta_2_2021.pdf

- Velasco, Margarita, y Francisco Hurtado. 2020. “La pandemia en Ecuador. Desigualdades, impactos y desafíos”. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/quito/16860.pdf>
- Villanueva, Marcia, y Roberto Castro. 2020. “Sistemas de jerarquización del campo médico en México: un análisis sociológico”. *Ciência Saúde Coletiva* 25 (6): 2377- 2386. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.28142019> DOI: 10.1590/1413-81232020256.28142019
- Villalibre, Cristina. 2013. “Concepto de urgencia, emergencia, catástrofe y desastre: revisión histórica y bibliográfica”. Tesis de maestría. Universidad de Oviedo. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/17739/TFM%20cristina.pdf;jsessionid=EE2838C9DD1B58DBD810C1F4B873F31E?sequence=3>
- Vommaro, Gabriel. 2017. “Los partidos y sus mundos sociales de pertenencia: repertorios de acción, moralidad y jerarquías culturales en la vida política. En *La vida social del mundo político. Investigaciones recientes en Sociología Política*, editado por Gabriel Vommaro, y Mariana Gené. Buenos Aires: Ediciones Universidad Nacional de General Sarmiento. <https://ediciones.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/2018/05/9789876302609-completo.pdf>
- Walker, Mark H., y Freda B. Lynn. 2013. “The embedded self: a social networks approach to identity theory”. *Social Psychology Quarterly* 76 (2): 151–79. <http://www.jstor.org/stable/43186693>.
- WHO, World Health Organization. 2021. “Looking back at a year that changed the world. WHO’s response to covid-19”. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who_sprp-eoyr_2020_24022021.pdf?sfvrsn=bdac336f_1&download=true
- Young, Pablo. 2016. “Síndrome de híbris- Neurocirujanos”. *Revista Fronteras en Medicina* 11 (3): <http://www.revistafronteras.com.ar/contenido/art.php?recordID=NDE2>
- Yue-Yung. 2019. “Discrimination, abuse harassment and burnout in surgical residency training”. *The New England Journal of Medicine* 38 (18):1741-1752. <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa1903759?articleTools=true>
- Yuxian, Du, Wenxin Wang, David J. Washburn, Shinduk Lee, Samuel D. Towne, Hao Zhang, y Jay E. Maddock. 2020. “Violence against healthcare workers and other serious responses to medical disputes in China: surveys of patients at 12 public hospitals”. *BMC Health Services Reserarch* 20 (253): 1-10. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05104-w>