

SOCIOLOGIA Y ENFERMERIA

Estudio de los roles en el equipo de enfermería

Dr. SALVADOR DIAZ P.
Sr. HERNAN PARDO P.
Srta. SILVIA PESSOA O.

Parte I. *Descripción de los Roles de Enfermería:
Enfermeras y Auxiliares de Enfermería*

I. INTRODUCCION

Con la discusión de los resultados de esta investigación, que se describe más detenidamente en las páginas siguientes, se ha intentado iniciar la exploración de las organizaciones médicas nacionales utilizando procedimientos metodológicos de las ciencias sociales. Las investigaciones se han centrado en indagar aspectos de enfermería en algunos hospitales del gran Santiago, como parte de un programa más ambicioso. Se ha elegido el hospital, como foco de atención, porque por una parte es una organización am-

La definición y especificación de los roles, su integración y complementación tienen una importancia extraordinaria desde el punto de vista del funcionamiento y cumplimiento de los objetivos y metas en los servicios de Salud.

La Organización de Salud, como cualquier institución, refleja los impactos de los cambios sociales que se producen en la sociedad. Los roles profesionales deben adecuarse a tales cambios y los individuos que los desempeñan deben readaptar sus conductas a los nuevos requerimientos sociales.

De qué forma los roles del personal de Enfermería se han ido o no adaptando a las cada vez más crecientes necesidades de salud de la población y cómo las personas que desempeñan estos roles sufren el impacto de estos cambios, es lo que constituye la materia de esta investigación.

La primera parte, analiza los roles de Enfermeras y Auxiliares de Enfermería, tal como estos funcionan en la realidad para confrontarlos luego con las definiciones ideales o teóricas que para tales roles existen.

En la segunda parte, se presenta un análisis de los conflictos que se producen en el equipo de salud. Su objetivo lo constituye el examen de las relaciones personales que se establecen entre las diferentes integrantes del equipo, y la derivación que esto tiene para una articulación eficiente entre los roles.

plia y compleja, que abre las puertas a futuras investigaciones en el campo de los sistemas sociales y por otra, porque dentro de la estructura de los subsistemas de salud nacional es el pivote de la acción para grandes sectores de la población.

El Hospital integra el subsistema de salud para determinados objetivos sociales de sistemas sociales mayores. La característica de los sistemas es su interdependencia en el sentido de que se influyen mutuamente, de manera que el cambio o modificación de un subsistema o de algunos de sus componentes determina una consecuencia en el otro. De manera que la condición de un Hospital, en múltiples aspectos, está sujeta a la situación o modificación que se produce en los otros componentes de subsistema de salud y en los componentes de otros sistemas. Por consiguiente la organización del Hospital es cambiante, dinámica y consecuente, en determinada medida, de los influjos que recibe de los otros sistemas sociales, a los que está sujeta por numerosos medios de relaciones.

El Hospital es una organización en el sentido de una colectividad cuyos componentes en cierto grado están relacionados entre sí y cuyo propósito es producir. Las organizaciones nacen y

La presente investigación fue realizada por personal del Departamento de Salud Pública y Medicina Social de la Universidad de Chile, con la colaboración económica del Consejo General del Colegio Médico de Chile.

El Sr. Pardo es sociólogo, Profesor del Depto. de S. P. y Medicina Social y Prof. de la Escuela de Sociología de la U. de Chile. El Dr. Díaz es un antiguo colaborador de Cuadernos Médico-Sociales. La Srta. Pessoa es docente del Depto. mencionado, Administradora Pública y egresada de Sociología.

operan para el logro de determinadas metas, por lo cual su característica y mensura es la efectividad y eficiencia en alcanzar las metas las que habitualmente son expansivas. Por lo cual el Hospital puede ser medido mediante ese criterio.

Sin embargo, la asociación de las personas en una organización, se debe a varias motivaciones y orientaciones entre las que además de los incentivos económicos están los de carácter social como los valores y símbolos y otras, y por consiguiente las metas organizacionales van acompañadas de metas sociales individuales que deben ser consideradas en los análisis evaluativos.

Los productos de las organizaciones se distribuyen a través del mercado, no existiendo en consecuencia un contacto directo entre las empresas y el consumidor. En el caso de las organizaciones médicas es imprescindible la presencia física del consumidor sin la cual no hay producto. Este hecho característico de las organizaciones que producen servicios determinan que estas últimas con los usuarios forman una unidad, o un complejo de relaciones entre el personal de la organización médica y los consumidores de servicios. La efectividad y la eficiencia de la producción de servicios o de los sistemas de relaciones con los usuarios depende de múltiples factores, entre los cuales el más importante probablemente es la estructura o el modo como están definidos los papeles de cada persona o grupo laboral y de como están establecidas las relaciones entre ellos.

II. FUNDAMENTACION DEL ESTUDIO

Lo que habitualmente se define como enfermería, es un conjunto de acciones que pueden ser agrupadas en tres categorías:

a) La del cuidado corporal y psicológico del enfermo en el nuevo ambiente o medio, frecuentemente, hospitalario.

b) La aplicación directa de técnicas médicas de distinta complejidad al enfermo conducentes al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación o bien, además, la aplicación de técnicas de promoción y protección de la salud de las personas supuestas sanas.

c) La disposición de los elementos humanos y materiales para cumplir con las acciones precedentes en forma ordenada, programada y vigilada o la administración de enfermería.

Esta labor de enfermería se lleva a cabo en el país por dos grupos laborales: la enfermera, que es una profesional y la auxiliar de enfermería; la primera de nivel universitario, la segunda de escolaridad secundaria media con un curso es-

pecializado teórico práctico de 9 meses. La proporción de un funcionario y otro a nivel nacional y en el SNS, está relacionada con la distribución de esas categorías de acciones, señaladas para esos funcionarios; "enfermeras y auxiliares".

En verdad solo hay una asignación de funciones teóricas y de carácter general que en la práctica no se cumple, sino muy parcialmente creando una situación confusa respecto a los papeles que debe desempeñar uno y otro funcionario y por consiguiente dejando cierto número de acciones en el terreno de nadie.

Esta situación deriva de una serie de factores, cuyo análisis no corresponde a este trabajo, no obstante puede mencionarse la no existencia de plantas definidas según los niveles de organización de los Servicios Locales, el grado de desarrollo diferente en los Servicios Médicos en cada estructura, la disponibilidad de personal y otras. El hecho es que existen enfermeras con un alto grado de especialización tecnológica médica, que desempeña labores ajenas a la atención directa del enfermo, otras que son elementos altamente especializados en el cuidado directo del paciente, y otras que tienen a su cargo labores administrativas. Por consiguiente, según el número de enfermeras en una organización local y de la labor asignada a ellas, las auxiliares desarrollan actos de mayor o menor especialización técnica, de modo que las responsabilidades de este grupo laboral es dependiente de la disponibilidad y posición de las primeras.

El creciente aumento de las técnicas médicas especializadas y la creciente tendencia a la delegación de funciones del grupo profesional médico al grupo profesional de las enfermeras va desarrollando una movilidad ascendente tecnológica de la enfermera y de la auxiliar, de manera que esta última va asumiendo responsabilidades que primitivamente eran del campo de la enfermera y tiende a transformarla en una funcionaria capaz de aplicar cada vez técnicas de mayor nivel. Se estima oportuno destacar en este momento dos hechos: uno, que el personal auxiliar, al igual que las enfermeras, por este proceso de tecnificación, va abandonando el cuidado del paciente en el sentido de su confort personal, psíquico y corporal; vacío que será necesario resolver; y el otro, que los papeles o roles de las personas dentro de una organización médica van cambiando.

Vivimos en una sociedad en permanente cambio. Los roles no escapan a este proceso; por el contrario ellos son elementos importantes que resultan modificados en tal proceso. Resulta entonces interesante saber en que forma ellos se van adecuando a las nuevas y cambiantes situa-

ciones sociales, sabiendo que cualquier cambio que se produzcan en la esfera de la sociedad, repercute en el resto de los subsistemas de la misma.

Siendo la salud uno de estos importantes subsistemas sociales, debe entonces reflejar estos procesos y los roles de los profesionales de salud, sufren su impacto. Esta es la idea matriz sobre la cual se inserta el presente análisis.

De la institución de caridad, impregnada de sentimientos religiosos, a la moderna organización contractual y basado en la eficiencia técnica actual, este subsistema de salud ha recorrido un largo camino. ¿Los roles de los profesionales de salud, se han adaptado y de qué manera a este proceso de cambio? Esta es la interrogante, que aún cuando más no sea en forma parcial, es tratará de desentrañar en este estudio.

A N A L I S I S

III. DESCRIPCION DE LOS ROLES EN ENFERMERIA: ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERIA

Una de las formas de analizar los roles, es observar empíricamente su realización u obtener de las propias entrevistadas que describan las actividades realizadas en un día normal de tra-

bajo en la forma más detallada posible. Se adoptó este último procedimiento; se obtuvo así una visión del rol real. Luego cada una de las actividades se agrupó en categorías y se conformó un conjunto de categorías que cada una de ellas encierra actividades del mismo género.

Sumadas las diferentes categorías se obtuvo una frecuencia total y se obtuvo para cada categoría un porcentaje dentro de este total.

El cuadro que a continuación se presenta refleja la proporción que cada una de las categorías tiene dentro del total de las mismas y que en conjunto resumen todas las actividades enumeradas previamente.

Se puede observar que la mayor cantidad de actividades en ambos estratos está en relación con la atención directa del paciente. Sin embargo, ésto es mayor en el caso de la Auxiliar de enfermería que en la Enfermera.

Por otra parte, si se observa la columna de las enfermeras se puede apreciar en conjunto, las actividades de manejo de personal; prácticas administrativas; llenar fichas, formularios e informes; manejo de material y equipo dan un 60,4% del total de actividades. No se consideró el tiempo invertido en cada actividad, sin embargo, es muy probable que estas últimas actividades de por sí hayan consumido la mayor parte del tiempo de la enfermera.

PORCENTAJE DE ACTIVIDADES DE CADA CATEGORIA SOBRE EL TOTAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN UN DIA NORMAL DE TRABAJO

	Enfermeras %	Auxiliares de Enfermería %
1. Confort físico y psíquico del paciente	1,6	10,7
2. Atención directa (tratamiento y examen)	29,5	42,0
3. Manejo de material y equipo	11,8	32,0
4. Llenar fichas, formularios e informes	11,6	7,5
5. Manejo del personal	15,8	—
6. Educación y docencia	7,5	—
7. Prácticas administrativas	22,2	7,8
Total	100,0	100,0

Basado en estos datos, se puede entonces postular que dentro del rol de la enfermera, una parte muy importante, tal vez la principal, dice relación con su desempeño como administradora, organizadora y supervisora de los trabajos de enfermería y en un segundo lugar, su rol de atención directa al paciente. Más aún, los trabajos propios de secretaría, cubren también una parte de su rol.

En cambio la auxiliar de enfermería, concentra sus actividades principalmente en trabajos de atención directa al paciente.

Por otra parte, el 53% de las enfermeras manifestó que las labores relacionadas con trabajos administrativos, de mayordomía y las que dicen relación con la supervisión y vigilancia de la disciplina, no eran de su agrado realizar. Al

contrario, las que más le agradaba realizar eran las labores de atención directa al paciente.

Para las auxiliares de enfermería, es menor la discriminación entre trabajos agradables o desagradables de realizar. Sólo un 19% se manifestó en tal sentido, y aquellas que lo hicieron, pusieron especial énfasis en cuanto al desagrado por las labores de aseo y confort del paciente. Por el contrario las labores que más le agrada, son como el caso de las enfermeras, la atención técnica directa del paciente. Pero a diferencia de esta última, la auxiliar dedica la mayor parte de sus actividades a un tipo de labor que le agrada, de ahí que el porcentaje de las que discriminan con respecto a una actividad, sea considerablemente menor que en las enfermeras.

Sobre esto cabe hacer algún comentario. Es normal que en una actividad existan labores desagradables de hacer, ello sucede en la mayor parte de las actividades u ocupaciones, sin embargo, cuando los aspectos desagradables ocupan la mayor parte de la actividad diaria, el desagrado o insatisfacción es con el rol mismo, en la forma en que la organización lo define. Este es concretamente el caso de las enfermeras. Su insatisfacción es con el rol que la organización de salud le ha impuesto, que al parecer se aleja bastante del rol para la cual fue entrenada en su escuela profesional (rol ideal).

Si el punto conflictual de la enfermera reside en su desplazamiento hacia las labores administrativas y su consiguiente desagrado por éstas, en la auxiliar el punto conflictual aparece cuando es obligada a realizar labores de confort y aseo. (Es típico de esto el constante énfasis que pusieron las auxiliares en que no les correspondía sacar o poner la chata al paciente). La auxiliar define sus funciones como "esencialmente técnicas", basándose en que su trabajo está directamente vinculado al paciente y que presta un servicio de enfermería. Las labores que no caigan dentro de este rubro, como las de confort al paciente, las trata de delegar al personal de servicio. Sucede entonces que muchas labores de este tipo aparecen como un "terreno de nadie"; todo el mundo trata de evitarlas.

Se analizó a continuación el grado en que algunas de las labores realizadas, son percibidas como pertenecientes o no al rol. En otras palabras se trata de saber si el rol real corresponde o no al rol, tal como lo definen los propios ejecutantes. Se contrasta de este modo el rol tal como es definido por la propia Organización y el rol tal como es definido por las enfermeras y auxiliares, o rol ideal.

De las 106 enfermeras entrevistadas, el 61% de ellas manifestó que en el conjunto de actividades, existían algunas que no les correspondía realizar.

Las labores que señalaron como no correspondientes a su rol, fueron aquellas relacionadas con aspectos de secretaría, control y supervisión de la disciplina y labores de mayordomía. Estas labores constituían un 75% del total de las señaladas como no correspondientes a su rol (cuadro 1, anexo cuadros).

A este respecto es útil transcribir los resultados de un estudio realizado por las propias enfermeras y que sobre el particular afirman lo siguiente:

"Durante el ejercicio profesional, las 3 principales dificultades encontradas se ubican en la realización de actividades que no le corresponden a la enfermera (secretaría, mayordomía, etc.) con un 72,8%*.

Como se puede apreciar, ambos estudios coinciden en los resultados a que se llega en torno a este problema.

Si se observa el caso de las auxiliares de enfermería, se encuentra que del total de las entrevistadas (133) existe un 43% de ellas que manifestaron existir labores que no le correspondía realizar. Dichas labores son principalmente las de "confort y aseo del paciente" (cuadro 2, anexo cuadros).

Prosiguiendo con este examen de los roles, nos detendremos en algunos aspectos más específicos.

Se seleccionaron siete actividades que dicen relación con la atención directa del paciente; sobre ellas se pidió que se informara acerca de *quién las realizaba* normalmente y *quién debería realizarlas*.

Con esto se quiso ver el grado de consenso que existía acerca de algunos aspectos específicos del rol y el grado de diferenciación de labores entre los dos grupos (cuadro 3 y 4, anexo cuadros).

Las actividades consideradas fueron: colocar oxígeno al enfermo; hacer transfusiones; colocar inyecciones; tomar muestras de sangre; colocar sueros y tomar temperatura, pulso y presión*.

Acerca de estas actividades fueron consultadas las enfermeras y las auxiliares de enfermería, en ambos sentidos, acerca de *quién realiza* ese tipo de labores y acerca de *quién debería efectuarlas*.

Las enfermeras informaron que esas actividades eran llevadas a cabo indiferentemente por ellas o por las auxiliares. Esa es la situación de

* "Especialización en Enfermería" en: Revista de Enfermería: N° 18, octubre, noviembre, diciembre 1968, año IV. pág. 24.

* Este tipo de actividades fueron seleccionadas considerando que ellas son propiamente de atención directa y en las cuales participan tanto auxiliares como enfermeras.

hecho. Hay ciertas variaciones en algunas de ellas, como por ejemplo en la colocación de sueros, en las que participa frecuentemente o predominantemente la auxiliar así como en la toma de pulso.

Las enfermeras, observan que tales actividades no se radican en forma exclusiva en uno u otro grupo laboral. Sin embargo, cuando se interroga acerca de *quién debería realizarlas* (opinión) se establece una diferencia.

En efecto, las enfermeras consideran que cuatro de esas actividades les correspondería a ellas directamente, a saber: colocar oxígeno; hacer curaciones; tomar muestras de sangre y colocar sueros. Para las otras tres, la diferencia con respecto a *quién las hace habitualmente*, es menos evidente. Pero se observa que por ejemplo en el caso de transfusiones, se opina que ellas deberían ser más que nada hechas por personal del departamento de transfusiones. En el caso de la toma de pulso, temperatura y presión, si bien no las hace la enfermera, hay también cierto interés aunque en menor grado, para participar en ellas.

Es entonces notoria la diferencia entre la realidad del quehacer diario, con respecto a lo que se aspira a realizar. Esta aspiración es en término de mayor participación en trabajos propios de enfermería.

En cambio, en las auxiliares de enfermería, hay coincidencia entre el quehacer diario y las aspiraciones de actividades. Efectivamente la auxiliar informa que las tareas que se han señalado, son hechas fundamentalmente por ellas, y que deben continuar haciéndolas y que la enfermera, según la información de la auxiliar, no participa en estas tareas. Cabe destacar que no hay consenso entre ambos grupos sobre un hecho de tipo factual. Ambos grupos se disputan el mérito de ser ellas quienes las realizan.

La información que entrega la enfermera, las hace aparecer compartiendo las labores mencionadas, en cambio, la información que entrega la auxiliar la hacen aparecer a ella participando en forma exclusiva en tales tareas.

Hay entonces una distorsión en la entrega de la información. Se presume que se ha respondido más en términos de lo que se desea hacer, que en términos de lo que se hace realmente, como era el sentido explícito de la pregunta.

Lo importante entonces es saber el origen de esta distorsión y en cuál grupo ella es más importante.

Recordando la tabla en la que se expone las actividades realizadas por cada uno de los grupos, se observa que es la auxiliar la que tiene

mayor participación en estas labores, por consiguiente la distorsión, si es que la hay en las auxiliares, es menor en todo caso con respecto a los datos entregados por la enfermera.

Esta última, consciente de su desplazamiento de este tipo de labores, ha contestado impulsada por un deseo de reafirmar su rol, en un aspecto en el cual cada vez se siente más alejada y en el que a su vez desearía participar. Se supone entonces que lo que la enfermera ha entregado como información, no sería tanto una información factual, sino una aspiración de su rol.

Otra probable explicación que nos atrevemos a formular acerca de esta aparente contradicción puede estar radicada en las perspectivas diferentes en las cuales se sitúan los dos grupos: la enfermera afirma que realiza tales labores pero considerando el hecho de que de alguna manera estas son supervigiladas o controladas por ella, de ahí que es correcta su afirmación de participación.

En cambio la auxiliar lo ha mirado desde el punto de vista de quién físicamente las hace y en ese caso también es correcta su afirmación. Son dos perspectivas de acciones cualitativamente diferentes.

Conclusiones: Se observa a través del análisis anterior, que en relación a las actividades diarias de enfermeras y auxiliares esta última aparece desempeñando mayor cantidad de actividades que dicen relación con atención directa al paciente, particularmente las relacionadas con actividades propias de enfermería (un 29,5% de las actividades totales en la enfermera son de este tipo, sobre un 42% en el caso de las auxiliares).

Las labores que a las enfermeras no les agrada realizar, coinciden con ciertas actividades de tipo administrativo o de mayordomía, las cuales cubren el mayor porcentaje de sus actividades diarias. Por otra parte, muchas de esas mismas actividades, son consideradas por esta profesional, como no correspondientes a su rol. De ello deriva cierto grado de insatisfacción por los roles asignados en el Servicio.

Se desprende de lo anterior la necesidad de redefinir los roles de ambos grupos puesto que se observa un bajo consenso acerca de las expectativas relacionadas con los roles. En muchos aspectos éstos se superponen y por lo tanto no está clara la definición formal de actividades en ambos grupos.

Se insiste sin embargo que la situación puede variar con respecto a los servicios, particularmente creemos que es diferente la situación en consultorios o postas.

ANEXO METODOLOGICO

EL ROL COMO CATEGORIA CONCEPTUAL

Hay variadas definiciones acerca de este concepto, sin embargo, todas ellas tienden a poner énfasis en el de realización de conductas asociadas a una posición (o status), conductas que están normales y que a su vez son esperadas por los demás.

El rol implica entonces ciertas expectativas recíprocas entre un conjunto de individuos (o posiciones). La realización de un rol, está de esta manera, determinada por las realizaciones de otros roles; se dice entonces que los roles son complementarios entre sí. En otras palabras, un rol no puede ser ejecutado sin que a su vez no se ejecuten los que lo complementan.

Por otra parte, para que tal complementariedad se realice, es necesario que el conjunto de individuos dentro de ese sistema, conozca lo que pueden esperar de cada rol involucrado en tal sistema. De ahí que se hable de expectativas recíprocas de conductas, reciprocidad que está dada por el conocimiento de las normas que rigen a cada rol.

El rol es la ejecución de los deberes correspondientes a una posición.

Ejemplificando, se puede decir, que para que el médico pueda cumplir sus deberes de atención al paciente (rol) es necesario que la enfermera o la auxiliar, hayan a su vez ejecutado los roles que en esta parte de la atención le corresponden; si alguno de ellos falla, el médico no podrá ejecutar en forma debida su rol. A la inversa, para que la auxiliar o la enfermera realicen su rol, éstas esperan que el médico haya cumplido con respecto al paciente, la parte del rol que le corresponde como tal.

Como se ve hay una dependencia estrecha entre roles ubicados dentro de un mismo sistema, como en el caso del sistema hospitalario.

Dentro de las organizaciones, las posiciones (y por lo tanto los roles) se encuentran distribuidas de acuerdo a las necesidades funcionales de las mismas. Sin embargo, las posiciones ocupacionales son las que más afectadas se encuentran por los procesos de estratificación social. El acceso a determinadas posiciones, ocupacionales, está condicionado al cumplimiento de determinados requisitos, los cuales a su vez requieren de ciertos medios para ser cumplidos. Las sociedades no franquean tales posibilidades y medios en forma igual entre sus miembros, lo que origina la principal base de la desigualdad social. Este fenómeno es importante puesto que los roles dentro de la organización laboral, van a reflejar en alguna medida ciertos valores sociales y culturales propios del grupo social de origen.

El hospital es uno de los casos en que con mayor claridad se puede observar un conjunto de posiciones tan diversas en cuanto a origen social, cultural y formación profesional entre sus miembros. Las relaciones que mantienen sus miembros entre sí, no pueden dejar reflejar estas diferencias sociales, por más que se tienda, a la mantención de relaciones estrictamente funcionarias. Esto hace que a veces sea dificultoso lograr una completa integración entre los roles en un equipo en que los miembros tienen formación social y cultural tan diversa.

Para poder mantener cierto grado de reciprocidad de expectativas, las organizaciones disponen de cierto mecanismo. Existen reglamentos que especifican los contenidos del rol (manual de funciones para cada rol) donde se especifica "el qué y cómo hacer".

Existen cursos de entrenamiento para el personal, que se llevan a cabo fuera o dentro de la propia or-

ganización y cuando no, los individuos aprenden imitando a los miembros más antiguos. Sin embargo, este último procedimiento, tiene la desventaja que los individuos no aprenden el rol mismo, sino el rol que otros individuos están realizando, que puede no corresponder al rol tal como la organización lo precisa.

Por último debe destacarse el hecho que para el caso de las organizaciones que albergan grupos profesionales, si bien tales roles han sido aprendidos en las escuelas profesionales correspondientes, tales profesionales deben en muchos casos adaptar su rol a las necesidades de la organización. Tal adaptación sin embargo no puede ir más allá de un límite en el cual, los roles internalizados en las escuelas, pueden ser distorsionados. Cuando tal caso suceda algo debe ser modificado: la formación profesional o la estructura de la organización, o ambas a la vez.

OBJETIVOS GENERALES

De acuerdo a como se ha caracterizado el rol, emergen en él algunos hechos que es preciso estudiar en forma objetiva. El personal de enfermería y sus respectivos roles, es el foco de interés de este trabajo, motivado en ciertas manifestaciones, que se han venido observando entre los que trabajan en el equipo de salud. Las enfermeras en sus propios torneos profesionales o en publicaciones u otros medios, han puesto de relieve el problema de sus roles en el grupo de salud. Hay inquietud en este aspecto y hasta podría decirse, cierta desorientación e intranquilidad en estas profesionales, por ir a una redefinición o defensa de lo que consideran su rol profesional.

Entre las auxiliares de enfermería hay también una situación un tanto confusa y poco definida, como se explicará detenidamente más adelante y a la que se ha hecho referencia en párrafos previos. Ambas situaciones derivan de la dinámica de las funciones y el grado de rigidez institucional.

Como se ha planteado anteriormente, algún rol que no articule con el conjunto puede producir deterioros en la marcha del equipo en su totalidad. Si tal es la situación, la necesidad de investigar el problema, emerge como una necesidad prioritaria.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Se estudiaron los siguientes aspectos:
- Descripción de los roles reales del equipo de enfermería.
- Aspiraciones de rol o rol ideal.
- Conflicto de roles.
- Niveles de satisfacción -insatisfacción.

EL UNIVERSO Y LA MUESTRA

El Universo del estudio se radicó en dos Hospitales de Santiago: El Salvador y Barros Luco. Estando los Hospitales regidos por un sistema administrativo común se supone que la mayor parte de los problemas son comunes a cualquier hospital, salvo características propias como su mayor o menor tamaño o su ubicación geográfica. El resto de las características deberían corresponder a cualquier hospital. De ahí que se eligieron los nombrados, como pudieron haberse elegido cualquiera otro dentro de Santiago. Sin embargo, ambos se diferencian en cuanto a su ubicación geográfica. El Salvador está ubicado en un sector de Santiago, que desde el punto de vista de la población que lo rodea, difiere grandemente en cuanto al Barros Luco, ubicado en una comuna esencialmente obrera o industrial como lo es San Miguel. Si bien la población que atienden ambos esta regida por las

mismas leyes, su diferente ubicación podría tener alguna importancia para los fines del estudio.

La muestra utilizada se obtuvo por un proceso de azar simple, para cada uno de los grupos separadamente.

El universo total de auxiliares de enfermería en ambos hospitales, era de 1203, del cual se obtuvo una muestra de 133 casos, con un error de muestreo de 7,5%.

Para las enfermeras, el universo de ambos hospitales, estuvo constituido por 150 personas de las cuales se obtuvo una muestra de 106 casos, con un error de muestreo de 5%*.

La fórmula utilizada para la extracción de la muestra fue la siguiente:

$$Z \frac{\sqrt{\frac{p \cdot q}{N}}}{\dots} \cdot \frac{\sqrt{\frac{m \cdot m}{M}}}{\dots} \text{ Sigma}$$

INDICADORES UTILIZADOS

1. La descripción de los roles reales del equipo de enfermería. Para ello se utilizaron como indicadores los siguientes:

1. 1. La descripción de las actividades diarias realizadas por ambos grupos funcionarios, según los datos recogidos por las informaciones proporcionadas por las propias entrevistadas, y

1. 2. Los roles de atención directa al paciente: Estos se conformaron con siete tipos de actividades que en este aspecto se realizan cotidianamente.

A ambos grupos de funcionarios se les pidió que informara acerca de quién normalmente realiza ese conjunto de actividades, con el propósito de determinar cuál de ambos funcionarios se encuentran en contacto más permanente con el paciente.

Las actividades estudiadas fueron las siguientes:

- Colocar inyecciones;
- Hacer curaciones;
- Hacer transfusiones;
- Colocar sueros;
- Colocar oxígeno;
- Tomar pulso, temperatura, presión arterial;
- Tomar muestras de sangre.

2. Para el estudio de las aspiraciones de rol o el rol ideal, se les solicitó a las entrevistadas pronunciarse sobre lo que ellas consideraban que deberían realizar, para conocer como definen sus propios roles.

Se consideran los siguientes indicadores:

2. 1. Labores que más le agrada realizar.

2. 2. Labores que consideraron que deberían y no deberían realizar. Se ha denominado a este aspecto "legitimidad del rol" en el sentido que es una definición de las propias entrevistadas acerca de los derechos que implican su posición.

2. 3. Los siete ítems que se han descrito para determinar el rol real en este aspecto, (punto 1. 2.), también se han utilizado para determinar el rol ideal, para lo cual aparte de interrogárseles acerca de quién realiza esas labores (información factual) se le interrogó acerca de quien debería realizarlas (rol ideal o aspiración de rol).

3. *Conflicto de roles:* Para averiguar si los diferentes integrantes del equipo de salud, entran en algún tipo de conflictos entre ellos mismos, se utilizaron dos tipos de preguntas:

3. 1. Acerca de si existían roces o problemas de deficientes relaciones personales entre los integrantes del equipo.

3. 2. Acerca del grado de cordialidad del ambiente de trabajo entre los integrantes del equipo.

Ambas fueron preguntas directas para determinar si tales conflictos, a nivel de las opiniones de las entrevistadas, existían o no, y luego se les interrogó acerca de quiénes eran los grupos o personas que con mayor frecuencia presentaban este tipo de problemas, como asimismo las causas a las que atribuían tal situación.

4. En cuanto a los niveles de satisfacción-insatisfacción, fueron consideradas tres dimensiones:

4. 1. Grado de satisfacción con respecto a las labores realizadas, de lo cual se habló en el punto primero.

El agrado o desagrado por algunos aspectos considerados importantes del rol, determinan la satisfacción o insatisfacción con respecto a las labores realizadas.

4. 2. Grado de satisfacción con respecto a las oportunidades de ascenso o movilidad dentro del Servicio. Para medir este tipo de satisfacción se construyó una escala que desde el punto de vista teórico se basó en el principio de que la dimensión satisfacción-insatisfacción es la resultante de la intensidad con que los individuos experimentan un deseo y el grado de posibilidad que perciben en su logro. De tal manera que en esta escala se consideraron:

—La importancia que le concedían al hecho de tener un cargo más alto dentro del Servicio; graduación dada por: Mucha Importancia; Algunas Importancias y Ninguna Importancia.

—La percepción de posibilidades para alcanzar un puesto más alto.

—La diferencia entre el grado de aspiración y la posibilidad de logro que produce una Satisfacción o Insatisfacción.

A N E X O

CUADROS

CUADRO Nº 1

LABORES QUE LAS ENFERMERAS ESTIMAN NO DEBERÍAN REALIZAR, EN PORCENTAJE

1. Labores de tipo administrativo	40,0
2. Labores de mayordomía	32,3
3. Supervisión de disciplina	9,2
4. Labores médicas específicas	13,8
5. Otras	4,7
	100,0
	(65)

CUADRO Nº 2

LABORES QUE LAS AUXILIARES ESTIMAN NO DEBERÍAN REALIZAR, EN PORCENTAJE

1. Trabajo especializado de enfermería	7,0
2. Confort y aseo del paciente	50,0
3. Aseo de salas y materiales	12,3
4. Trabajos técnicos de Administración y organización	21,0
5. Trabajos físicos pesados	5,2
6. Otras	3,5
	100,0
	(57)

(Nota al cuadro)

* Datos existentes en el Depto. Personal para 1958 en ambos hospitales.

CUADRO Nº 3

ACTIVIDADES DE ATENCION DIRECTA
SEGUN ENFERMERAS Y AUXILIARES

COLOCAR SUEROS				
	Según Enfermeras		SEGÚN AUXILIAR	
	<i>Lo hace</i>	<i>Debería hacerlo</i>	<i>Lo hace</i>	<i>Debería hacerlo</i>
Auxiliar y Enfermera	67,0	33,0	23,0	28,0
Enfermera Auxiliar	33,0	67,0	—	—
	100,0	100,0	77,0	72,0
			100,0	100,0

TOMAR MUESTRA DE SANGRE				
	<i>Lo hace</i>	<i>Debería hacerlo</i>	<i>Lo hace</i>	<i>Debería hacerlo</i>
Auxiliar y Enfermera	59,8	44,7	21,0	22,0
Enfermera Auxiliar	17,5	46,8	—	—
	22,7	8,5	79,0	78,0
	100,0	100,0	100,0	100,0

CUADRO Nº 4

ACTIVIDADES DE ATENCION DIRECTA
SEGUN LAS ENFERMERAS Y AUXILIARES

COLOCAR INYECCIONES				
	SEGÚN ENFERMERAS		SEGÚN AUXILIARES	
	<i>Lo hacen</i>	<i>Deberían hacerlo</i>	<i>Lo hacen</i>	<i>Deberían hacerlo</i>
Auxiliares y Enfermeras	81,4	67,3	10,1	18,4
Enfermeras Auxiliares	10,5	10,3	—	—
	2,1	22,4	89,9	81,6
	100,0	100,0	100,0	100,0

COLOCAR OXÍGENO				
	<i>Lo hacen</i>	<i>Deberían hacerlo</i>	<i>Lo hacen</i>	<i>Deberían hacerlo</i>
Auxiliares y Enfermeras	70,3	48,3	18,6	25,4
Enfermeras Auxiliares	15,4	40,4	—	—
	14,3	11,3	81,4	74,6
	100,0	100,0	100,0	100,0

NOTA: En el análisis se consideraron siete de estas actividades, cuatro de las cuales se presentan en estos cuadros, vías de ilustración.

"ESTUDIOS DE LOS ROLES EN EL EQUIPO DE ENFERMERIA: ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERIA"

El objetivo de esta Segunda Parte lo constituye el examen de las relaciones personales que se establecen entre los diferentes integrantes del equipo y la derivación que esto tiene para una articulación eficiente entre los roles.

Se exponen además las conclusiones generales del Estudio y algunas recomendaciones que los autores hacen con respecto a la problemática que han abordado.

Parte II. Conflictos en el Equipo de Salud.

Desde un punto de vista general, los conflictos en un equipo de trabajo pueden tener su origen en la deficiente articulación que se produce en los diferentes roles desempeñados por un individuo, o en la deficiente integración que se produce entre los roles desempeñados por un individuo y el desempeño de los roles de los demás integrantes del equipo (conjunto de roles). Y esto por el hecho de que los roles son complementarios entre sí y que el desempeño por parte de un individuo de sus roles, exija a la vez que los otros desempeñen los propios. De tal modo como ya se ha mencionado los roles son expectativas recíprocas y normadas.

Esta interdependencia entre los roles de un grupo, hace que adquiera tanta importancia el hecho de que cada cual tenga absolutamente claro los límites, deberes y derechos de su rol.

De acuerdo a estos conceptos generales, se pueden visualizar algunas fuentes posibles de conflictos en las organizaciones:

a) Por autodefinición que hace el ocupante de una posición y que no corresponde a lo que los otros esperan de él. O bien, los otros están definiendo los deberes de ese rol de manera diferente a como la está definiendo el ocupante de esa posición.

Todo esto se sintetiza en una falta de expectativas recíprocas*.

b) Por sobrecarga de roles; si bien pueden existir roles compatibles entre sí, su cumplimiento simultáneo no es posible y el individuo se verá obligado a defraudar a uno de los integrantes de su rol. Sucede cuando una persona debe cumplir órdenes de varias personas que entre ellas no tienen claras las líneas de autoridad, es el subordinado quien sufre el impacto del conflicto. O cuando el individuo debe acoger demandas que son incompatibles en el tiempo.

c) Si el desempeño del rol no tiene las recompensas que el individuo espera por su desempeño.

d) Por falta de medios para poder realizar las tareas que su rol implica. Si la organización no provee los medios o instrumentos, el individuo entra en conflicto por la necesidad de realizar su rol y por la imposibilidad de poder realizarlo por falta de medios adecuados.

Los que hemos enumerado, son algunas de las formas en que los roles pueden entrar en conflicto. Veremos a continuación como se presentan éstos en la organización de salud, particularmente en el Hospital:

Para tener una idea de la magnitud de este problema, se interrogó directamente a ambos grupos, "acerca de si existían problemas o conflictos personales entre los miembros del equipo". Las respuestas nos reveló que tales conflictos estaban presentes en dichos equipos. Acerca de su magnitud, se puede apreciar que es de cierta consideración. En efecto, el 39% de las Enfermeras manifestó que existían problemas de relaciones humanas o conflictos dentro del equipo. Un porcentaje similar de Auxiliares, se manifestó en el mismo sentido.

En un primer intento por determinar las fuentes del conflicto, se hace difícil precisar exactamente sus causas. Ellas son variadas y además se agrega la complejidad de que varían con respecto al grupo que se analice y al tipo de Servicio de que se trata.

Lo que se expone entonces son algunas de las que aparecen como más relevantes y generalizables.

Hemos dicho que las causas pueden variar de acuerdo al grupo. Aquí analizaremos fundamentalmente dos grupos funcionarios. De acuerdo a esto, se puede entonces comparar las razones dadas por las Enfermeras y las Auxiliares y que explican, de acuerdo a sus propias percepciones, la emergencia de los conflictos.

Para las Enfermeras, las causas principales que provocan los conflictos radican en la "poca dedicación de los diferentes funcionarios a sus labores", y que se expresan en una falta de responsabilidad, que originan una mala atención al paciente y en indisciplina. Luego también son importantes las consecuencias derivadas de una "mala organización de los equipos de trabajo", y que se traducen en falta de uniformidad de criterios, falta de coordinación del trabajo en equipo, etc. Y problemas derivados de "carencia de personal" y que producen exceso de trabajo.

Los anteriores son problemas que afectan la estructura de la organización. Además se visualizan problemas que inciden en aspectos perso-

* Véase R. Morton "Teoría Social y Estructura Social" y R. Mayntz "Sociología de las Organizaciones".

nales, como "envidias", "mala voluntad", etc., pero que en el fondo seguramente podrán estar reflejando la existencia de otro tipo de problemas.

En cuanto a las Auxiliares de Enfermería, ellas ponen más énfasis en éste último tipo de razones, es decir, de "envidia" "o problemas personales" y luego hacen hincapié en problemas tales como la "escasez de personal" o "recargo de trabajo".

Como se puede ver, hay razones que se perciben como de la estructura del servicio o del equipo de trabajo y razones que ponen énfasis en problemas puramente personales.

En cuanto a los funcionarios que son más conflictivos, según las enfermeras, lo constituyen en primer término las auxiliares de enfermería y en segundo lugar los médicos. En cambio, las auxiliares consideran que los problemas conflictivos son generados más frecuentemente entre las propias colegas auxiliares y en segundo lugar, se producen con las enfermeras. (Ver cuadro 5, anexo cuadros).

Todos estos datos están basados como se ha dicho en la forma como las propias entrevistadas perciben los conflictos. Sin embargo, sus percepciones pueden no coincidir con el origen real de las posibles causas.

Para ello se puede tomar otro ángulo de aproximación más objetivo que el anterior. Se tratará ahora de ver qué tipo de problemas se encuentran más asociados con las personas que manifiestan o no tener conflictos.

Desde este punto de vista, se observa que los conflictos aparecen más relacionados con el grado de satisfacción que presentan los funcionarios.

En efecto, existe cierta asociación con el aspecto que se discute y la insatisfacción producida por los sueldos. Las personas de menores ingresos, son a la vez las que presentan mayor conflicto con el resto del equipo. Esta asociación se da solamente en el grupo de las auxiliares y no en las enfermeras. (Ver cuadro 6, anexo cuadros). En estas últimas dicha relación no se observa.

La forma en que las personas definen los derechos y deberes de sus roles, es a su vez un problema que también se encuentra relacionado con la forma en que las personas experimentan el conflicto. En efecto, existe una asociación más estrecha aún que la anterior, entre el hecho de creer que existan labores que no le corresponden a su rol y la experimentación del conflicto. Las personas que opinan que existen tales labores que no le corresponden realizar son a su vez las que experimentan mayor conflicto con el equipo. Esta relación es bastante más pronun-

ciada en las enfermeras que en las auxiliares de enfermería. (Ver cuadro 7, anexo cuadros).

A su vez, es la enfermera quien sufre este problema con mayor intensidad. Recuérdese el capítulo anterior donde se analizó este asunto.

Conclusiones. Desde el punto de vista de las personas entrevistadas, los conflictos entre los diferentes integrantes del equipo de salud, es un hecho que se encuentra presente afectando las relaciones entre los miembros. Estas relaciones disminuyen el grado de solidaridad, produciendo al contrario, un tipo de relaciones de tipo antagónico y que deben afectar el cumplimiento de los objetivos del equipo. La atmósfera de grupo que se vive, de acuerdo a las propias versiones de las personas entrevistadas, es poco cordial.

Desde el punto de vista de las causas que provocan una situación como la descrita, hay que distinguir entre aquellos que perciben las propias personas involucradas en la situación, de aquellas que analíticamente pueden ser conceptualizadas.

Para las personas entrevistadas, las causas radican en algunos problemas que son productos de la mala administración o de la deficiente organización de los servicios y causas que radican en características personales de los individuos o de los grupos. Por otra parte, para las enfermeras, las personas más conflictivas son las auxiliares de enfermería y los médicos. Sin embargo, para las auxiliares son las propias compañeras auxiliares y fundamentalmente, por razones de tipo personal.

Ahora analizado el conflicto dentro del contexto general de la situación de trabajo, se puede observar que hay algunos elementos de la estructura de la organización que actúan positivamente para que este tipo de situaciones se produzcan.

Entre tales hechos, los que aparecen como más relevantes, son los que se refieren a los bajos ingresos para las auxiliares y labores que no le corresponde realizar, para enfermeras. Existen además problemas que dicen relación con escasez de medios materiales y humanos. (Ver cuadro N° 8 y 9), y que está en relación con un tipo de conflicto que se describió anteriormente y se refiere a la sobrecarga de roles. Tal conflicto se produce, no porque los roles que ha de desempeñar no sean considerados legítimos, sino que las realizaciones simultáneas de ellos produce tensiones en los ejecutores.

Esta situación aparece enumerada tanto cuando se interrogó acerca de las posibles causas de los conflictos, como también cuando se interrogó acerca de los problemas más graves con los cuales se enfrentaban para un mejor desempeño de los roles dentro del Servicio. Aquí es donde

cabe preguntarse hasta qué punto el crecimiento demográfico y el crecimiento de la demanda de la población no han ido paralelos a una mayor atención de los Servicios.

Las recompensas que el individuo espera por la ejecución de sus roles, tal como se ha descrito, aparecen relacionadas con esta situación de conflictos cuando se observan las aspiraciones de ascenso ocupacional dentro del Servicio. Tales aspiraciones se ven frustradas por la rigidez de los escalones que tienen iguales labores que difieren en cuanto a la complejidad y grado de entrenamiento requeridos. De tal modo que una auxiliar por ejemplo, alguna de cuyas labores, exigen de cierta destreza técnica, está igualada desde el punto de vista de su posición en la estructura administrativa, con otra cuyas labores son de por sí menos complejas o complicadas. El problema de los incentivos para la superación no existe, ni desde el punto de vista del mayor prestigio ni de los ingresos, que debería ir acompañando a una mayor importancia de las funciones.

Esta situación es también clara en las enfermeras, éstas ven en sus metas futuras, solamente las posiciones de enfermeras supervisoras y que de acuerdo a sus propias opiniones, ello sólo consigue agravar aún más su problema, es decir, contribuyen a alejarla aún más del paciente.

Existe por otra parte, el problema de la indefinición de roles y el convencimiento de que deben realizarse labores que no corresponden a determinados roles. Ello es importante en el caso de las enfermeras, como ya se ha visto.

Finalmente, un hecho muy importante, los incentivos económicos; si como informaron algunas auxiliares, uno de los más graves problemas que tienen en su hogar, es el hecho que "no pueden alimentarse en buenas condiciones", es fácil suponer que los problemas "de las entrevistadas como razones de los constantes conflictos, pueden tener aquí su principal origen.

Sin embargo, el carácter descriptivo de este estudio no permite obtener un resultado concluyente de este aspecto. Se hace necesario, con los antecedentes ahora acumulados, comprender un estudio más específico acerca de este problema.

Resumiendo, puede afirmarse, que las causas que provocan los conflictos, son de variada índole, alguna de tales causas se han señalado en este trabajo. Sin embargo, es necesario un estudio específico del problema para aislar las causas relevantes, tanto más cuando ellas como se vio, varían con respecto a los grupos funcionarios y seguramente también deben variar con respecto al Servicio que se trate.

Lo que sin embargo, no cabe dudas, es que existiendo conflictos y ellos realmente suceden en

el equipo de salud, la organización se resiente considerablemente: "El conflicto de roles conduce notoriamente a tensiones (stress) psíquicas, disminuye ya satisfacción por la propia actividad, menoscaba la confianza en sí mismo y perjudica las relaciones con los demás miembros de la organización. Prescindiendo del elevado costo psíquico de tales conflictos, estos conducen también a una especie de pérdida por fricción en la administración de la energía de la organización y pueden menoscabar sensiblemente su funcionamiento y su rendimiento*.

DISCUSION

Se ha afirmado anteriormente que los roles no se pueden analizar sólo en función de las características internas de la Organización, sino que además desde el punto de vista de las características de la sociedad global.

Sobre este último aspecto se debería tener presente varios fenómenos producidos en la sociedad en las últimas décadas y que producen un cambio importante en el tipo de problemas que se discute:

a) El país ha experimentado un crecimiento demográfico relativamente rápido;

b) La población ha estado tomando más conciencia de la salud como valor social;

c) Ha aumentado proporcionalmente el número de personas que buscan acceso a los servicios de salud y que exigen más frecuencia de servicios;

d) El concepto de enfermedad y el rol de Hospital han cambiado. La enfermedad ya no es un estigma social ni el Hospital un refugio de caridad para el "buen morir".

Los cambios sociales han determinado el cambio de las organizaciones de salud y estas a su vez han producido modificaciones en los roles del equipo de salud.

Sobre este último aspecto vale la pena detenerse en algunas consideraciones:

Un hecho importante que se relaciona a este problema, es el del crecimiento de la población y su impacto en la estructura de los Servicios de Salud. Cuando la mayor parte de estas profesiones de Salud se crearon, su aparición tuvo lugar en un contexto demográfico que estaba muy lejos de ser el actual. La población chilena ha crecido en una forma relativamente rápida y las instituciones, entre ellas las de Salud, han sufrido este impacto del crecimiento demográfico. Han tenido que readaptarse para hacer frente a una población que es mayor cuantitativamente.

* Citado de R. Mayntz "Sociología de la Organización", Cap. 5º, pág. 143. Edit. Alianza Editorial, Madrid, 1967.

te y que ha tomado más conciencia de la salud como un valor social. Por lo tanto las profesiones sociales por la atención médica también son mayores que en el pasado.

La respuesta más importante a este fenómeno, fue la de centralizar en un gran organismo todos los recursos estatales de salud. Tal fue el Servicio Nacional de Salud que agrupó como es bien sabido a una serie de organismos que independientemente entre sí prestaban servicios de salud a la población.

Los cambios en la estructura de los Servicios de Salud, traen también como consecuencia, una remodelación de los roles del personal de salud: El rol del médico, de la enfermera, de la auxiliar, etc., deben acomodarse a este nuevo tipo de organización y a esta nueva redefinición del concepto de salud. Estos cambios en la organización de los servicios de la salud ponen de relieve nuevas funciones que antes aparecían secundarias: la administración y organización que pasan a convertirse en los servicios clínicos en la clave del proceso de salud. El personal entonces no sólo debe ahora ser entrenado desde el punto de vista de la técnica del tratamiento directo al paciente, sino que además debe conocer la técnica de la administración.

Los roles en el campo de la enfermería, han sufrido el impacto de estos cambios. Particularmente la enfermera ha debido sufrirlos tal vez en forma más crítica. En sus manos cayó gran parte de estas labores de organización de los servicios de enfermería y de administración de los servicios clínicos. Cuanto mayor es el centro asistencial, mayores son las actividades de administración y organización, mayor cantidad de personal que controlar y supervisar y mayor también su alejamiento del paciente.

Si el aspecto principal del rol ideal de la enfermera es la atención directa del paciente o el trabajo propiamente de enfermería, los datos precedentes han mostrado que este aspecto del rol ya no es principal o no es realizado con la intensidad con que la enfermera lo desea, ella compone menos de un tercio de su actividad total (ver cuadro).

Presentado de este modo el problema, se observa que en el trabajo de enfermería se está produciendo un cambio importante en la delegación de labores. Tal situación sin embargo, es poco definida y existe, por lo tanto un bajo consenso acerca de la adjudicación de este tipo de labores. La enfermera se resiste a abandonar un aspecto importante de su rol para entregarlo a la auxiliar de enfermería (ver cuadro).

La disociación entre el rol ideal y el rol real debe trasladarse a la inadecuación existente entre la formación profesional de la enfermera, su Escuela Profesional y la principal organización

que contrata sus servicios, el Servicio Nacional de Salud. No hay coincidencia entre lo que esta última necesita y lo que la Escuela forma profesionalmente.

A su vez la auxiliar de enfermería se técnica progresivamente y ello trae consecuencias en cuanto a necesidades de formación y movilidad funcionaria.

Y por último queda como gran interrogante las actividades relativas al confort e higiene del paciente que en este momento son una tierra de nadie.

ANEXO DE CUADROS

CUADRO Nº 5

MIEMBROS DEL EQUIPO CON LOS CUALES SE TIENE CONFLICTOS

	Enfermeras	Auxiliares
1. Con los médicos	26,8	10,6
2. Con las enfermeras	12,2	28,0
3. Con auxiliares	41,5	36,8
4. Con personal de Servicio	—	8,8
5. Con todos (médicos, enfermeras, auxiliares y personal de servicio)	100,0 (41)	100,0 (57)

CUADRO Nº 6

ASOCIACION ENTRE SUELDOS PERCIBIDOS EN EL SERVICIO Y CONFLICTO EN EL EQUIPO

Conflictos en el equipo	Auxiliar		Dif. porcentual #
	Sueldos percibidos en el Servicio, en escudos, 1968 de 200 a 400	401 - 600	
SI	44,3	31,7	12,6
NO	55,7	68,3	— 12,6
	100,0 (70)	100,0 (63)	
	Gama 0,4601		

NOTA: La relación gama entre estas variables es relativamente alta, lo mismo la diferencia porcentual. A menor ingreso, mayor conflicto entre las funcionarias.

CUADRO Nº 7

RELACION ENTRE OPINIONES ACERCA DE SI
"EXISTEN LABORES QUE NO LE CORRESPON-
DEN REALIZAR" Y CONFLICTOS EN EL
EQUIPO DE TRABAJO

	Labores que no le corresponde realizar el equipo			
	Enfermeras		Auxiliares	
	SI	NO	SI	NO
SI	47,7	24,4	51,0	37,8
NO	52,3	75,6	49,0	62,2
	100,0	100,0	100,0	100,0
	(65)	(41)	(51)	(82)

Indice de relación Gama:

0.4773

0.2150

NOTA: Se observa que la relación entre las dos variables es más alta en el caso de las Enfermeras que en el de Auxiliares.

CUADRO Nº 8

PROBLEMAS MAS IMPORTANTES QUE TIENE
DENTRO DEL SERVICIO. (Pregunta abierta)

<i>Enfermeras</i>	
1. Escasez de medios materiales y humanos	57,2
2. Falta de posibilidades de ascensos	2,3
3. Falta de coordinación del trabajo en equipo	5,3
4. Bajos sueldos	9,2
5. Desagrado por las labores que realiza	2,3
6. Otras	8,4
7. No tiene problemas	15,3
	100,0
	(106)

CUADRO Nº 9

PROBLEMAS MAS IMPORTANTES QUE TIENE
DENTRO DEL SERVICIO

<i>Auxiliares</i>	
1. Escasez de medios materiales y humanos	29,6
2. Pocas posibilidades de ascensos y perfeccionamiento	2,0
3. Bajos sueldos	27,5
4. Mal trato de los superiores	5,3
5. Otras	8,3
6. No tiene problemas	27,3
	100,0
	(133)