El artículo analiza el concepto de "red social" con el objetivo de desarrollar una definición acotada que favorezca su uso crítico y sea útil a la descripción e interpretación de redes sociales y al diseño de dispositivos para la activación de dichas redes.
Se propone un esquema en que el lugar del nudo no es ocupado por el actor, como suele concebirse, sino por la interacción. En consecuencia, una red social sería un conjunto de interacciones que comparten una ocasión y refieren a una controversia o, a lo menos, a un conflicto.
Este análisis conceptual se encarna en una investigación aplicada, descrita en el desarrollo del artículo, cuyo foco está en las huellas y manifestaciones que emergen de las transferencias de información al interior de una red social: la Unidad de Paciente Crítico del Hospital Pediátrico Exequiel González Cortés.

This article analyses the "social network" concept with the objective of developing a delimited definition that favours its critical use and become useful to the description and interpretation of social networks and to the design of mechanisms that activate such networks. A scheme is proposed where the knot's place is not occupied by the actor as it is usually conceived, but by the interaction. Consequently, a social network would be a group of interactions that share an occasion and refer about a controversy or, at least, about a conflict.
This conceptual analysis is embodied in an applied investigation, which is described along the article, whose focus are the tracks and manifestations that emerge after some information transfer within a social network: the Intensive Care Unit of the Exequiel González Cortés Pediatric Hospital.

Nudo _ actor _ conocimiento_ Unidad de Paciente Crítico.
Knot _ actor _ knowledge _ Intensive Care Unit (ICU)

Interacciones, conflictos, controversias y activadores de redes sociales

INTERACTIONS, CONFLICTS, CONTROVERSIES AND SOCIAL NETWORK ACTIVATORS.

Pablo Hermansen
Diseñador de la Pontificia Universidad Católica de Chile_ Docente e investigador de la Pontificia Universidad Católica de Chile_ Candidato a Doctor en Arquitectura y Estudios Urbanos de la Pontificia Universidad Católica de Chile_ Socio y Director Creativo de Frankenstudio-Etnolab SpA.
Designer of Pontificia Universidad Católica de Chile_ Professor and researcher at Pontificia Universidad Católica de Chile_ PhD candidate in Architecture and Urban studies at Pontificia Universidad Católica de Chile_ partner and creative designer at Frankenstudio-Etnolab SpA.

Alejandro Durán
Diseñador de la Pontificia Universidad Católica de Chile_ Docente e investigador de la Pontificia Universidad Católica de Chile_ Socio y Director Creativo de Frankenstudio-Etnolab SpA.
Designer of Pontificia Universidad Católica de Chile_ Professor and researcher at Pontificia Universidad Católica de Chile _ partner and creative designer at Frankenstudio-Etnolab SpA.

No es exagerado afirmar que la palabra "red" es hoy un *Trending Concept*. Como tal, refiere, cada vez más, a asuntos diversos y acepta variadas connotaciones. Si bien la RAE, baluarte del consenso en el lenguaje, define "red" haciendo referencia a un tipo preciso de objeto[1], en el habla diaria esta palabra es profusamente usada para figurar la manera como nos articulamos socialmente. En particular, se le ha cargado el deber de representar a las agrupaciones de "actores sociales" (Latour, 2008), especialmente aquellas vinculadas digitalmente[2]. Al mismo tiempo, es ya un lugar común usar la figura de una red —por ejemplo, de pesca— para representar visualmente a un grupo de actores sociales vinculados entre sí. No obstante, esta metáfora visual no está libre de connotaciones problemáticas, ya que dicha asociación conlleva supuestos que merecen revisión.

Primero, la red de pesca es un objeto material, con límites, partes, organización y usos propios de su constitución física. Al contrario, una red social es un flujo de interacciones ocasionales, las que sólo son perceptibles y documentables por sus manifestaciones y huellas. Dado que estas manifestaciones y huellas nos permiten visualizar sólo parcialmente el devenir de una red social, no hay documentación que la represente cabalmente.

***Ilustración**: Alejandro Durán, "Visualización tridimensional de una red asociada a mensaje propagado vía Twitter" Software utilizado: Gephis, Synth, KeyShot.*
***Fotografías**: Nicole Ketterer, registro realizado al Hospital Exequiel González Cortés, septiembre y noviembre de 2012.*

1 «1. f. Aparejo hecho con hilos, cuerdas o alambres trabados en forma de mallas, y convenientemente dispuesto para pescar, cazar, cercar, sujetar, etc.» (RAE, Diccionario de la Lengua Española, 22° ed.).

2 A pesar de que la idea de red social es ya un lugar común, sólo en la novena acepción de "red", la RAE hace referencia a redes de personas.
Es destacable la connotación oscura que, para la RAE, tienen las redes de personas: «9. f. Conjunto de personas relacionadas para una determinada actividad, por lo general de carácter secreto, ilegal o delictivo. *Red de contrabandistas. Red de espionaje*» (RAE, Diccionario de la Lengua Española, 22° ed.).
Esto contrasta con la quinta acepción de «*Network*» que entrega el diccionario inglés en línea Merriam-Webster: «*a usually informally interconnected group or association of persons (as friends or professional colleagues)*» (Merriam Webster Dictionary, www.merriam-webster.com).

Al contrario de la red de pesca, las redes sociales no tienen límites definitivos. Cuando un hablante usa la palabra red para referirse a algún colectivo, suele atribuirle un alcance que va más allá de lo que puede percibir directamente. Así, actores sociales sin contacto directo aparecen efectivamente vinculados por participar de una misma red. Sucede esto con las redes de transporte, de influencia, las redes *online*, la internet y las intranet, las delictuales y las de salud, entre muchas otras. A su vez, las partes que componen una red social no son —como en la red de pesca— estables. Los límites entre actores suelen ser más bien difusos, dado que su organización y las funciones que cada uno ejerce suelen acomodarse a la ocasión.

Sin embargo, y a pesar de los descalces entre la figura de una red de pesca y las cualidades de una red social, un análisis detallado de la red como aparejo nos permite re-definir su utilidad como representación. Detengámonos en las partes de la red de pesca y su organización. A pesar de que la cuerda es la materia prima de una red de pesca, lo que la constituye es el conjunto de los nudos y la trama que resulta de las relaciones de distancia entre ellos. Por un lado, el nudo —unidad básica de la red— es la consecuencia de la interacción que vincula las cuerdas. Por otro lado, las relaciones de distancia y la frecuencia entre los nudos son lo que, finalmente, nos permite llamar "red" a un determinado tipo de aparejo. Sin un conjunto de nudos vinculados entre sí de manera regular, las cuerdas no constituyen una red.

No obstante, cuando se usa la red de pesca para representar una red social, se suele colocar al actor en la posición del nudo. Esta manera de traducir la figura supone que los actores, como los nudos, definen la red. Así, las interacciones entre actores quedan relegadas a un rol indispensable pero subsidiario, como el de las cuerdas en la red de pesca: un tipo de cuerda, a pesar de ser un material básico para la red, es reemplazable por otro, mientras la nueva cuerda se adapte a la trama que los nudos crean. Por extensión, este modo de interpretar la figura sugiere que las cualidades de la interacción ocupan un segundo plano en relación al perfil del actor: podemos reemplazar, sin alterar la red, una cuerda de fibra sintética (un tipo de interacción) por una de fibra natural (otro tipo de interacción), en la medida que la nueva cuerda permita mantener la estructura impuesta por los nudos (actores).

En el presente artículo nos proponemos invertir esta interpretación, colocando las interacciones en la posición de los nudos. Siguiendo a Latour (2008), sin una trama de interacciones entre actores no se constituye una red social. Más precisamente, como arqueólogos colocaremos las huellas y las manifestaciones de dichas interacciones en los nudos de la red, con el objetivo de re-ensamblarla. La trama que emerge de las relaciones entre las huellas y manifestaciones de una red social nos permite reconstruir su "conflicto"[3] y "controversia"[4]. A su vez, el conflicto y la controversia es lo que convierte un conjunto de interacciones en una red social. En consonancia con los postulados de la "etnometodología" (Garfinkel, 2006), consideramos que «es a través del hacer —y sólo ahí— que el orden, sentido, racionalidad y estabilidad de las actividades sociales se cumple y se hace posible» (Firth, 2010, pág. 600). Así, en la medida que una o varias controversias y conflictos orquesten un determinado enjambre de interacciones —y a pesar de que cambien los actuantes— la red mantendrá su identidad.

Como aquello que constituye una red social son las interacciones que comprende, no la entenderemos como un objeto —sea físico, digital, semiótico o híbrido— que se puede describir de manera estable, sino como una **aglomeración fluctuante de interacciones ocasionales**. En consecuencia, y dado que el aglomerante de las interacciones son las controversias y los conflictos entre actores, nos proponemos re-ensamblar dichas controversias y conflictos articulando las huellas y manifestaciones dadas —es decir sus "*datum*"— o producidas etnográficamente —o sea sus "*factum*"— (Flusser, 1995).

Por último, interpretamos que la percepción de que una red social se extiende más allá de lo observable directamente no es consecuencia del número de actuantes asociados a la red, sino que de la densidad y del curso impredecible de las interacciones que la componen: una red social no depende de la cantidad de actores que convoca, sino de la complejidad e intensidad de la trama que crean sus interacciones. Para Latour, esta impredictibilidad se explica porque «la acción debe considerarse (...) como un nodo, un nudo y un conglomerado de muchos conjuntos sorprendentes de agencias, los que tienen que ser desenmarañados lentamente» (Latour, 2008, pág. 70).

¿Cómo distinguir una red social?

El primer desafío al que nos enfrentamos para usar —de manera útil— un *Trending Concept* como "red social", es definir qué es y, muy importante, qué no es. Nuestro propósito al acotar los alcances del concepto no es deslegitimar los múltiples usos que se le da en el habla cotidiana —ya que esa es una batalla que, a todas luces y felizmente, perderíamos—. El interés por desarrollar una definición acotada de este concepto es favorecer su uso crítico, útil a la descripción e interpretación de redes sociales y al diseño de dispositivos para la activación de dichas redes.

Como hemos insinuado, entendemos una red social como un conjunto de interacciones que comparten una ocasión y refieren a una controversia o, a lo menos, a un conflicto. Dependiendo de la red, podría comparecer más de un conflicto o controversia; a su vez, por estar constituidos de interacciones, los conflictos y las controversias mutan constantemente, de acuerdo con la ocasión y las variaciones del comportamiento de los actores.

Desde nuestra perspectiva, no es una red social un conjunto de interacciones que, compartiendo la misma ocasión, sólo sirvan para que un grupo de actores se colectivicen. Por ejemplo, no constituyen una red social los *prosumers*[5] de videos tipo *Harlem Shake*, quienes se relacionan sin mediar un conflicto —es decir ninguno actúa porque alguno de sus objetivos se haya obstruido— ni una controversia —todos quienes participan están de acuerdo respecto de lo que es un video tipo *Harlem Shake*: cada nuevo video de este tipo corrobora el consenso—.

Tampoco constituyen una red social quienes participan de un "taco" automovilístico: a pesar de que el conflicto es evidente y común a los involucrados, lo que congrega a los actores no son las interacciones mutuas. Ahora, si quienes participan del taco comienzan a interactuar entre sí, socializan el conflicto e involucran a otros actores en una controversia, entonces tenemos una red social —por ejemplo, si los atrapados en el taco usan sus *smartphones* para socializar su molestia, colectivizarse e interpelar a la autoridad respecto de lo que deberían ser las vías urbanas—.

Con el objetivo de encarnar los conceptos expuestos, reflexionaremos alrededor de las huellas y manifestaciones de la red social que constituye la Unidad de Paciente Crítico (en adelante UPC) del Hospital Pediátrico Exequiel González Cortés (en adelante HEGC). Lo anterior, porque al día de hoy nos encontramos desarrollando una serie de iniciativas de investigación aplicada inspiradas en los principios que hemos descrito en el presente artículo. Como ninguna red social es igual a la otra, evitaremos una descripción general de su composición: cada caso reclama una manera particular de re-ensamble. En el presente artículo usaremos dos pares de coordenadas para organizar las huellas y manifestaciones de nuestra red social: en un eje colocaremos los polos *explícito-tácito* y, en el otro, lo *íntimo-colectivo*. La primera pareja de polos nos permite organizar las huellas y manifestaciones por su modo de evidenciar conocimiento y, la segunda, por el alcance de éste.

Descripción de las interacciones, conflictos y controversias que constituyen la UPC del HEGC como una red social

El HEGC es un "establecimiento de alta complejidad" (Observatorio Urbano - MINVU, 2006). Pertenece al Servicio de Salud Metropolitano Sur, da cobertura a un área que, para el año 2010, tenía 1.086.901 habitantes, contaba con 931.318 personas inscritas y, por su calidad pediátrica, beneficiaba entonces a 240.000 niños y adolescentes. Por ser un organismo asociado a la Universidad de Chile, el HEGC tiene una doble misión: ser asistencial y docente. Su misión asistencial es satisfacer «las necesidades de promoción, prevención y rehabilitación de la salud de los niños, niñas y adolescentes» (Yarza, 2010). A su vez, su dimensión docente agrega la tarea de producir conocimiento original, hacerlo disponible y transferirlo a estudiantes y profesionales de las distintas disciplinas que trabajan en salud pediátrica.

En el HEGC esta doble misión tiene como resultado la sinergia, no la sobrecarga operativa. Esta sinergia se explica, en gran parte, por una cultura organizacional consciente y orgullosa de su doble misión. Asimismo, la pertenencia al colectivo se traduce en un compromiso personal con

1

2

3

1 y 3. Fachada del Hospital Dr. Exequiel González Cortés ubicado en la comuna San Miguel de Santiago de Chile.
2. En el frontis se muestra el anuncio "Pensando en el bienestar de nuestros niños este hospital amplió su horario de visitas a seis horas en todos los servicios clínicos", junto a los íconos que representan las distintas Unidades y Salas del HEGC.

Entendemos una red social como un conjunto de interacciones que comparten una ocasión y refieren a una controversia o, a lo menos, a un conflicto.

3 Entendemos que «el conflicto se produce cuando se entorpece el plan de un agente mientras intenta cumplir un objetivo, ya sea por otro agente, el medio ambiente, o por sus propios planes para alcanzar otros objetivos. Esta definición es intencionalmente amplia para abarcar todo el espectro del conflicto». (Ware, et al., 2012)

4 Ampliando la definición que Latour hace de "*controversia*" —«un debate alrededor de una técnica o hecho científico que aún no ha sido resuelto» (MIT - MACOSPOL, 2007)—, entendemos que una controversia **es un debate alrededor de un asunto no resuelto**.

5 Nota del editor: Originalmente se aplicaba el término "prosumidor" (del inglés *prosumer*) a la persona que produce la totalidad o parte del producto que consume (por ejemplo, al cultivar zanahorias o armar un mueble Ikea). Actualmente se aplica a usuarios que se transforman en canales de comunicación tanto de sus propios contenidos como de los contenidos de terceros.

4

5

6

7

4. Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI).
5. Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
6. Unidad de Paciente Crítico (UPC).
7. Compartimentos de clasificación de medicamentos.

las labores. No es casual que el HEGC sea la primera institución pública de salud en cumplir el "Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada". Para la Directora del HEGC, la Dra. María Begoña Yarza:

> «Lo que nosotros estamos garantizando con la acreditación en calidad es que cuando un usuario se vaya a atender, se le va a atender por el problema de salud que tiene, que no nos vamos a confundir en el sitio operatorio, que el cirujano que lo va a operar es un cirujano acreditado y que los equipos tienen plan de mantención, entre otros aspectos» (Superintendencia de Salud, 2011).

Por lo mismo, la doble misión del HEGC es una invitación a entrar en ciclos de mejora constante mediante la gestión del propio saber. El perfil docente se transforma en el pie de entrada al manejo sistemático de los conocimientos propios, que para una institución que presta servicios es «uno de los principales activos en el entorno altamente competitivo de hoy. (...) Cuando se maneja adecuadamente, el conocimiento se convierte en un recurso clave para las organizaciones, ya que puede mejorar su competitividad: el descubrir conocimiento pasa a ser una fuente de innovación» (Heredia, et al., 2013, pág. 133).

Como establecimiento de alta complejidad, posee un gran dinamismo metabólico, que se manifiesta en un enjambre inmensurable de transformaciones de micro-saberes: cada transformación es una traducción de conocimiento, que es evidencia y sustancia de la interacción entre actores mientras participan de un conflicto o controversia. La gestión de este metabolismo de transformación y distribución de conocimiento es el motor para la mejora constante.

Una de las cualidades del HEGC —y de la práctica de la salud en general— es que el flujo del conocimiento tácito —"saber-hacer"— es el que lleva el ritmo del metabolismo general. Por lo mismo, el conocimiento explícito y documentado es una representación indicial (Peirce, 1894; Barthes, 2003; Green & Lowry, 2007) de la práctica. Harold Garfinkel sugiere que una lectura provechosa de los indicadores que documentan las actividades cotidianas de un establecimiento de salud de alta complejidad —como es el HEGC— implica lo siguiente:

> «Conocer y usar el conocimiento de: (1) las personas particulares a las que se refieren los registros; (2) la persona que hizo el registro; (3) los procedimientos organizacionales y operativos de la clínica en el momento en que se consultan los documentos del registro; (4) la historia mutua del paciente y de los miembros de la clínica; y (5) los procedimientos clínicos, incluyendo los procedimientos de lectura de los registros, como procedimientos que involucran al paciente y a los miembros de la clínica» (Garfinkel, 2006, pág. 230).

Consecuentemente, la dirección encabezada por la Dra. Yarza entiende que los indicadores objetivamente verificables que arrojan los instrumentos de medición para la acreditación, como la temperatura corporal de un paciente o su presión arterial, manifestaciones puntuales de un proceso metabólico complejo y multifario.

Visto así, el HEGC puede ser descrito como una intrincada red de redes sociales: cada una de sus secciones es un conjunto de interacciones articuladas por sus propios conflictos y controversias. El todo y cada una de sus partes participan de un sistema de gestión estratégica, la que se manifiesta en innumerables documentos de intercambio, protocolos de buenas prácticas y otras formas de conocimiento explícito. Al mismo tiempo, el metabolismo general depende del arte —u oficio— de quienes allí trabajan. Esto no es exclusivo del HEGC, sino transversal a la práctica médica: desde sus orígenes la formación de profesionales de la salud se basa en una fuente dosis de transferencia de conocimiento tácito, del "saber-hacer" del maestro a sus discípulos.

De hecho, los procedimientos médicos conllevan un rango de discrecionalidad por parte de quien los aplica, simplemente porque cada paciente es un caso único. En extremo, y a pesar de que se inscriba en un rol bien establecido, un actor puede ser exigido por la contingencia para que efectúe actividades que están fuera de su perfil, pero dentro de sus competencias prácticas. En ese sentido es la *performance* la que termina definiendo la agencia, como en todo equipo donde el hacer es primordial. Performáticamente (Austin, 1962), la definición de los roles se transforma en una controversia. Por lo descrito hasta ahora, no parece exagerado afirmar que el HEGC es una fuente inacabable de conflictos y controversias.

La subsidiaridad de los actores respecto al eje "interacciones-conflictos-controversias" se acentúa con el funcionamiento 24/7 del HEGC: el sistema de turnos hace que actores distintos ocupen la misma posición[6] velando por la estabilidad de la red de interacciones. Entonces, dado que los actores interactúan tanto directamente como en diferido, las convenciones —tácitas y explícitas— que permiten interpretar las huellas y manifestaciones adquieren especial relevancia.

En consecuencia, el desafío de sostener una mejora constante en atención y docencia exige, desde una gestión del conocimiento con foco en cada una de las redes sociales que conforman el HEGC, mantener en vista no sólo los asuntos cuantificables, comúnmente monitoreados por los procedimientos de acreditación, sino que se requiere también poner en marcha un ciclo constante de investigación aplicada que, sin reduccionismos, trence el sistema de gestión, la práctica cotidiana de la salud y la indagación por nuevo conocimiento. Una visión estratégica de este tipo promete construir metodologías ajustadas a cada sección del HEGC que, además, trabajen como un sistema. Dicho sistema debe reconocer las coincidencias y ajustarse a las diferencias de situaciones tan diversas como son, por ejemplo, la administración de los tiempos de espera para cirugías, la implementación de dinámicas para el desarrollo cognitivo de niñas y niños que deben permanecer hospitalizados por períodos prolongados o el diseño de espacios de reunión e intercambio de información para los miembros de los distintos equipos de salud.

Re-ensamblando la red social desde sus manifestaciones y huellas

La UPC tiene 21 camas, nueve para la Unidad de Cuidados Intensivos (en adelante UCI) y 12 para la Unidad de Tratamiento Intermedio (en adelante UTI). De estos cupos, «cuatro están ubicados en salas aisladas» (Ketterer, 2012, pág. 15), para pacientes contagiosos o recién llegados. A diferencia de otras unidades del HEGC, ambientadas para sus pacientes pediátricos, la UPC «no presenta dibujos en las paredes, sino que muestra un inmaculado blanco que es limpiado día a día» (Ketterer, 2012, pag. 23). No obstante, sábanas y cobertores exhiben "patrones infantiles", al igual que parte de la indumentaria del personal. Las ventanas «se mantienen cerradas y cubiertas con papel *kraft* para evitar que la contaminación y la luz del sol irrumpan en la Unidad. (...) La iluminación de la sala se compone de tubos fluorescentes, ubicados generalmente sobre las camas de los pacientes» (Ketterer, 2012, pág. 23). A pesar de lo anterior y de que el área que ocupa la UPC tiene varias subdivisiones y un uso intensivo del espacio[7], el que las paredes divisorias entre las salas posean ventanales que ocupan cerca del cincuenta por ciento de su superficie crea la percepción de un lugar amplio y luminoso.

Dado que la UPC trata pacientes críticos, en su paisaje se imponen los «monitores y máquinas que emiten constantemente sonidos, siendo cada pitido un indicador sobre un signo vital del paciente (como) una especie de orquesta de fondo, constituida a base de pitidos y alarmas» (Ketterer, 2012, pág. 23). Por contraste con los equipos electrónicos de tratamiento y monitoreo, destaca que los soportes de documentación e intercambio de datos sean de papel y, muchos, hechos a mano. Es el caso de la ficha médica que, a los pies de cada cama, contiene los datos más relevantes de cada paciente.

Si bien la jornada en la UPC suele estresar la capacidad de adaptación y respuesta a nuevos problemas, ésta se organiza según un horario regular, como muestra la Tabla 1 (Ketterer, 2012, pág. 27):

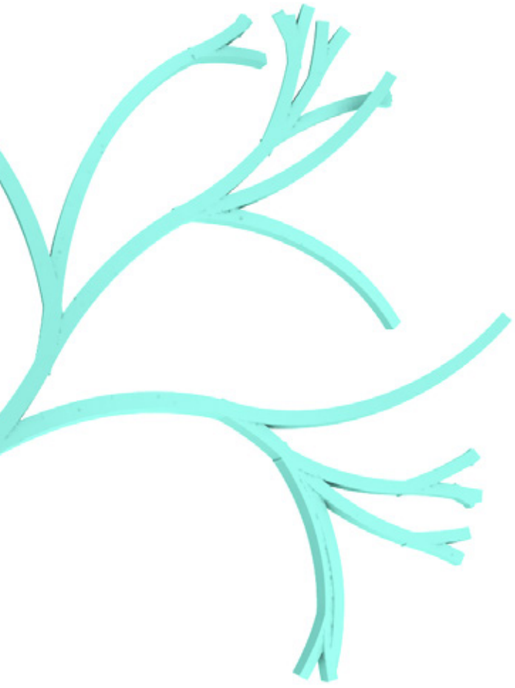
Tabla 1: Horario general del turno diurno en la UPC del HEGC

8:00	Se lleva a cabo el cambio de turno nocturno al de la mañana, donde cada estamento del personal de salud le traspasa la información de lo acontecido durante la noche a su colega suplente, de manera oral y/o escrita.
	Inicio del horario de recepción o entrega de pacientes hospitalizados.
8:30	Los médicos tratantes junto con el Jefe de la Unidad realizan una ronda de visitas por cada paciente, describiendo su diagnóstico, procedimientos y avances.
10:30	Comienza el "horario *peak*" de trabajo.
	Se abre el horario de visita de los familiares.
	Los médicos tratantes deben tener listas las indicaciones por escrito a las enfermeras para que éstas comiencen a organizar los tratamientos.
11:00	Los médicos tratantes deben estar disponibles para entregarle información oportuna a los apoderados de sus pacientes asignados sobre la evolución y el pronóstico del paciente.
12:30	Fin del horario de recepción o entrega de pacientes hospitalizados.
14:00	Término de horario *peak*, ya que concluye la jornada de trabajo de los médicos de subespecialidades.
15:00	Visita y control de cada uno de los pacientes hospitalizados por parte de los médicos residentes.
19:30	Término de horario de visitas de familiares.
20:00	Inicio de turno nocturno.
21:00	Visita y control de cada uno de los pacientes hospitalizados por parte de los médicos residentes.

«Cuando se maneja adecuadamente, el conocimiento se convierte en un recurso clave para las organizaciones, ya que puede mejorar su competitividad: el descubrir conocimiento pasa a ser una fuente de innovación».

6 Imaginemos esta forma de trabajo en una gerencia o ministerio. ¿Cómo sería para un gerente de recursos humanos hacer cambio de turno con otro? ¿O para un científico social en el desarrollo de un proyecto de investigación?

7 «Existe un pasillo central estrecho por el cual transitan personas, camillas y carros constantemente. Este flujo suele verse entorpecido, ya que a los costados del pasillo hay repisas, armarios y escritorios, por lo que es común que las personas que están sentadas en los escritorios deban hacerse a un lado para dejar pasar camillas, por ejemplo. Los mesones de trabajo son escasos, por lo que suelen ser compartidos por todo el equipo médico» (Ketterer, 2012, pág. 23).



8. Técnico en enfermería sosteniendo a un paciente lactante.
9. Encargado de repartir las mamaderas a los pacientes de todas la unidades del hospital.

Queda fuera del alcance del presente artículo exponer la riqueza y diversidad de las interacciones que se desarrollan durante una jornada completa de la UPC; no obstante, nos proponemos esbozar su complejidad haciendo foco en algunas de las interacciones clave para la transferencia de conocimientos entre los miembros del equipo de salud. Organizaremos huellas y manifestaciones para describir los conflictos y las controversias que constituyen dicho colectivo como una red social.

Actores en la UPC

El equipo de salud de la UPC se compone de médicos, enfermeras, técnicos en enfermería y auxiliares de aseo, quienes se organizan en dos turnos de 12 horas. El diurno va desde las 8:00 hasta las 20:00 y el nocturno entre las 20:00 y las 8:00.

El turno diurno reúne un total de seis médicos —dos en la UTI, dos en la UCI y un residente en cada unidad—; cinco enfermeras —dos en la UCI y tres en la UTI—; ocho técnicos de enfermería —tres en la UCI y cinco en la UTI—; y dos auxiliares de aseo. La actividad se concentra en la primera mitad de este turno, dado que en las mañanas los médicos con subespecialidades hacen su ronda y comienza el horario de visitas. Por su parte, el turno nocturno cuenta con dos médicos para toda la sección; cinco enfermeras —dos en la UCI y tres en la UTI—; siete técnicos de enfermería —tres en la UCI y cuatro en la UTI—; y un auxiliar de aseo.

La UPC hospeda al paciente crítico, que es «aquella persona enferma cuya condición patológica afecta uno o más sistemas de su organismo, lo que pone en serio riesgo actual o potencial su vida, y por ende necesita la aplicación impostergable de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital» (Romero & Concha, 2000; en Ketterer, 2012, pág. 15). En la UPC se reúnen dos perfiles de paciente crítico: el Paciente Crítico Inestable (en adelante PCI), que corresponde a la UCI; y el Paciente Crítico Estable (en adelante PCE), que corresponde a la UTI. El PCI se caracteriza por requerir «ventilación asistida, apoyo vasoactivo y/o monitoreo invasivo», mientras que el PCE es aquel que requiere «monitoreo, vigilancia médica y de enfermería las 24 horas del día» (Ketterer, 2012, págs. 17, 19). Si bien el HEGC atiende a niños y adolescentes entre los 0 y los 18 años, durante su observación de campo Ketterer vio que predominaban los lactantes, que había regularmente niños y niñas de hasta 15 años y que sólo extraordinariamente se veían adolescentes entre los 15 y los 18 (2012, pág. 29).

Por último encontramos a padres, familiares y tutores de los pacientes, quienes son agentes activos en la toma de decisiones, por estar a cargo de pacientes críticos que además son menores de edad[8]. Cada paciente puede recibir sólo una visita a la vez. Quien visita tiene tránsito libre por la unidad y puede permanecer desde las 10:30 hasta las 19:30. Ahora, si un paciente presenta una condición extremadamente delicada, padres o tutores pueden pernoctar en la UPC. La directora de la UPC, Dra. Michel Drago, ha sido testigo de la evolución que, en los últimos 10 años, han tenido los horarios de visita y la percepción de los profesionales de la salud respecto de los efectos que los visitantes tienen sobre los pacientes: hace una década los horarios de visita eran de 14:00 a 16:00 y de 18:00 a 20:00 hrs. y, entre los miembros de los equipos médicos, se imponía la convicción de que la presencia de visitantes era un obstáculo para los procedimientos médicos y, por lo tanto, para la recuperación de los enfermos. Hoy, por el contrario, se considera que la presencia de familiares es beneficiosa para los pacientes.

Huellas, manfestaciones y las tácticas de los actores para sortear sus conflictos y resolver las controversias

Como ya mencionamos, nuestro foco está en las huellas y manifestaciones que emergen de las transferencias de información. Sin duda, las rondas médicas y los cambios de turno son una suerte de epicentro para estas dinámicas. Siguiendo a Hilligoss y Cohen (2011), el cambio de turno es el «intercambio de información sobre un paciente entre profesionales de la salud mientras ocurre el traspaso de control o de responsabilidades con respecto al paciente»; el objetivo de esta información «es hacer un resumen sumario de la situación del paciente con miras a delinear significativamente los tratamientos a seguir y sus criterios de decisión» (Hilligoss & Cohen, 2011, pág. 97).

Esta manera de entender el cambio de turno evidencia un conflicto entre dos objetivos: el de resumir sumariamente para el resto del equipo la experiencia

8 De hecho, en el "*Protocolo de implementación y difusión de los derechos y deberes de los pacientes y usuarios*" se establece como mediador de los derechos de el o la menor al tutor. (Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente; Hospital Exequiel González Cortés, 2010).

10. Doctora y enfermera (UPC). 11. Madre junto a su hijo internado (UPC).
12. Pieza aislada (UPC). 13. Técnico en enfermería monitoreando a un paciente lactante (UCI).

La UPC hospeda al paciente crítico, que es «aquella persona enferma cuya condición patológica afecta uno o más sistemas de su organismo, lo que pone en serio riesgo actual o potencial su vida, y por ende necesita la aplicación impostergable de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital»

Doctora becaria y dos enfermeras realizando un procedimiento a un paciente crítico.

14. Recepción de la Dirección HEGC. 15. Sala Aislada, donde una paciente es visitada por su padre (UPC).
16. Recepción de Urgencias. 17. Doctores revisando las fichas clínicas de pacientes pediátricos en la Unidad de Lactancia.

Dado que en nuestro sistema de salud los recursos siempre son escasos, la presente investigación aplicada tiene como su principal desafío reconocer y trazar la transacción de conocimientos entre los distintos actores del equipo de salud de la UPC, de manera de potenciar su actual aporte al servicio y a la investigación de la salud.

del turno y así reducir el tiempo dedicado a esta dinámica (en pos de favorecer el tiempo dedicado a la atención del paciente); y el de hacer una descripción rica, que haga disponible todas las variables necesarias para "delinear significativamente los tratamientos a seguir y sus criterios de decisión". Este conflicto es transversal a todas las interacciones que conforman el tratamiento de los pacientes de la UPC.

A su vez, las interacciones que se desarrollan en la UPC coinciden en su fin: que el paciente salga de su condición "crítica" y abandone la unidad. Visto así, el estado de cada paciente es una permanente controversia, en el sentido de que su condición, en constante monitoreo y tratamiento, no se considera resuelta hasta que pierde las cualidades que lo hicieron parte ocasional de la UPC. Para dar cuenta de esta idea, un paso completo por la UPC implicaría ingresar como PCI, luego pasar a ser un PCE para, finalmente, perder la condición de PC, momento en que la controversia termina.

Dado que los roles de quienes conforman el equipo de salud están, en principio, organizados como las partes de un sistema[9] cuyo propósito es resolver la controversia respecto del estado de cada paciente hasta poder definirlo como "no crítico", la manera como cada actor recoge y entrega conocimiento a los otros actores de la red social UPC evidencia una táctica particular para sortear el conflicto entre la síntesis y la riqueza de los contenidos. Como habíamos mencionado, organizaremos algunas de las huellas y manifestaciones de nuestra red social según dos ejes complementarios: explícito-tácito e íntimo-colectivo.

Si bien el funcionamiento de la UPC es un continuo, que se asemeja más al metabolismo de un organismo que a una línea de producción, tomaremos como punto de partida de la presente descripción una ronda médica. Cada médico encabeza dos rondas diarias por sus pacientes, acompañado de las enfermeras, los técnicos en enfermería y los auxiliares correspondientes. Durante la ronda el médico consulta la ficha médica (huella explícita y disponible para el colectivo) y examina al paciente (cuyas manifestaciones corporales corroboran o refutan la actualidad de los datos de la ficha) con el objetivo de actualizar la definición de su estado (¿sigue siendo crítico? Si lo es, ¿es estable o inestable?)[10], diagnosticar las variables que lo definen y dar instrucciones al equipo de salud para continuar su tratamiento. Tanto el diagnóstico como las instrucciones para el tratamiento son expresadas oralmente por el médico, por lo que son explícitas pero disponibles sólo para quienes las escuchan. Mientras esto ocurre, nadie toma nota, por lo que la recepción de las instrucciones es íntima y se mantiene tácita hasta que enfermeras, técnicos y auxiliares documentan los acuerdos. Durante la ronda sólo las enfermeras entran en diálogo con el médico, mientras los técnicos y auxiliares se comunican gestualmente (coordinación tácita e íntima). En esta situación, el conflicto entre síntesis y completitud de los contenidos se enfrenta entregando al médico el monopolio de la interpretación de las huellas y manifestaciones del paciente. Los otros actores del equipo de salud registran en su memoria y, luego que termina la ronda, actualizan sus documentos de trabajo.

Después de la ronda, las enfermeras transforman el conocimiento memorizado (tácito) en documentos (explícito), mediante la actualización de tres soportes. El primero es un sistema de tarjetas que describe los tratamientos acordados durante la ronda y los organiza por horario. El segundo es una tabla de doble entrada, donde cada columna es una cama y cada fila es una hora del día; la tabla está construida con *masking tape* pegado sobre uno de los ventanales de la UPC; cada *masking tape* lleva escrito el número de la cama del paciente, el medicamento a administrar, la dosis, la vía de ingesta y la hora en que debe ser aplicada; cuando llega el momento de aplicar el medicamento al paciente, la enfermera a cargo saca de la tabla el *masking tape* correspondiente y lo pega sobre el medio de administración del medicamento. El tercer medio es el conjunto de los documentos oficiales para servicios externos a la UPC, como laboratorios, rayos, kinesiología, nutrición, farmacia etc.

Por su parte, los técnicos en enfermería adaptan su rutina de trabajo según lo resuelto en la ronda médica, en cuanto a aseo, alimentación y procedimientos de seguridad para los pacientes. A su vez, actualizan la ficha médica cada dos horas, auscultando los signos vitales y tomando la presión de cada paciente. Por último, los auxiliares, consecuentemente con lo dicho en la ronda, reponen los utensilios necesarios para procedimientos y tratamientos, y trasladan a los pacientes al lugar que les corresponde según su estado o hacia los exámenes necesarios para corroborar su condición de crítico o su grado de estabilidad.

Esta descripción general de una ronda médica y de algunas de sus consecuencias nos permite intuir la diversidad de tácticas con que los distintos actores del equipo de salud de la UPC sortean sus conflictos y trabajan por resolver sus controversias. Como vimos, las huellas y manifestaciones que emergen de las interacciones evidencian un vínculo fluido entre los documentos formales propios del sistema y las iniciativas informales, locales —y hasta personales de transacción de conocimiento—. La densa capa de conocimientos, muchos no registrados ni sistematizados, se presenta como una fuente inagotable de recursos. Dado que en nuestro sistema de salud los recursos siempre son escasos, la presente investigación aplicada —que recién comienza— tiene como su principal desafío reconocer y trazar este conocimiento, de manera de potenciar su actual aporte al servicio y a la investigación de la salud.

DNA

9 Los **médicos** examinan, diagnostican y dan indicaciones para el tratamiento de los pacientes; realizan la anamnesis de cada nuevo paciente; y supervisan a los becarios. Las **enfermeras** programan, ejecutan, supervisan y evalúan la atención del niño hospitalizado; registran, planifican y aplican las indicaciones médicas; y coordinan la interacción con los servicios de apoyo, como laboratorios, rayos, kinesiología, nutrición, farmacia, etc. Los **técnicos en enfermería** llevan el control de los signos vitales (cada dos horas) y los anotan en la ficha médica; se preocupan del confort y la alimentación del paciente; y colaboran en los procedimientos y las tomas de exámenes. Los **auxiliares** mantienen el orden y el aseo de la UPC; trasladan de manera segura a los pacientes; eliminan la basura y los desechos contaminados; retiran los insumos de las bodegas; y lavan el material y el equipamiento.

10 El estado de cada controversia es formalmente actualizado tanto en las rondas como en los cambios de turno.

Día del Hospital Abierto. Feria de stands *que expone a la comunidad la labor de las distintas Unidades y Fundaciones que integran el HEGC.*

Referencias

Austin, John L. (1962). *How to do things with words*. Cambridge: Harvard University Press.

Barthes, Roland (2003). *La cámara lúcida. Notas sobre la fotografía*. Barcelona: Paidos Ibérica.

Firth, Alan (2010). Etnometodología. *Discurso y Sociedad 4*, nº 3: 597-614.

Flusser, Vilém (Autumn 1995) Three Essays and an Introduction. *Design Issues 11*, nº 3: 50-57.

Garfinkel, Harold (2006). *Estudios en Etnometodología*. Barcelona: Anthropos.

Green, David & **Joanna Lowry** (2007). De lo presencial a lo performativo: nueva revisión de la indicialidad fotográfica. En Green David (Ed.). *¿Qué ha sido de la fotografía?* Barcelona: Gustavo Gili.

Heredia, Alberto; Javier García-Guzmán; Antonio Amescua & **María Isabel Sánchez-Segura**. (2013). Interactive Knowledge Asset Management: Acquiring and Disseminating Tacit Knowledge. *Journal of Information Science and Engineering 29*: 133-147.

Hilligoss, Brian & **Michael D. Cohen** (2011). Hospital Handoffs as Multifunctional Situated Routines: Implications for Researchers and Administrators. *Advances in Health Care Management 11*: 91-132.

Ketterer, Nicole (2012). *Reestructuración de la percepción de niños sobre su hospitalización en la Unidad de Paciente Crítico del Hospital Exequiel González Cortés*. Informe de Seminario de Título, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago: Escuela de Diseño.

Latour, Bruno (2008). *Reensamblar lo social*. Buenos Aires: Manantial.

MIT - MACOSPOL (2007). *Mapping Controversies*. Recuperado el 5 de abril de 2013 de: www.demoscience.org/controversies/description.php

Nonaka, Ikujiro & **Hirotaka Takeuchi** (1995). *The Knowledge Creating Company*. Nueva York: Oxford University Press.

Observatorio Urbano - MINVU (2006). *Observatorio Urbano*. Recuperado el 1 de abril de 2013 de: www.observatoriourbano.cl/indurb/indicadores.asp?id_user=&id_indicador=149&idComCiu=1

Peirce, Charles Sanders (1894). *Wath is a Sign?* Recuperado el 23 de marzo de: www.iupui.edu/~peirce/ep/ep2/ep2book/ch02/ep2ch2.htm

Superintendencia de Salud (26 de 09 de 2011). *supersalud.gob.cl*. Recuperado el 20 de marzo de 2013 de: www.supersalud.gob.cl/portal/w3-article-7206.html

Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, Hospital Exequiel González Cortés (2010). Carta de Derechos del Paciente y Usuarios. Protocolo de implementación y difusión de los derechos y deberes de los pacientes y usuarios. Santiago: HEGC.

Ware, Stephen G., Michael Young, Brent Harrison, & **David L. Roberts** (2012). Four Quantitative Metrics Describing Narrative Conflict. Fifth International Conference on Interactive Digital Storytelling. San Sebastián.

Yarza, María Begoña (2010). Red de Salud, MinSal. *Cuenta Pública 2010 Hospital Exequiel González Cortés*. Recuperado el 20 de marzo de 2013 de: http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/TRANSPARENCIA/G_SS/SSMETROSUR_NORMAS/CUENTA_PUBLICA_2010%20DEF.PDF