



UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE FILOSOFÍA

**El Trabajo en Equipo: un Estudio de Caso en la
Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital
General Universitario Rafael Méndez de Lorca**

Concepción Lucas García
2012



UNIVERSIDAD DE MURCIA

**FACULTAD DE FILOSOFÍA
DEPARTAMENTO DE FILOSOFÍA
ÁREA DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

TESIS DOCTORAL

**El trabajo en equipo: un estudio de caso en la Unidad
de Cuidados Intensivos del Hospital General
Universitario Rafael Méndez de Lorca.**

Concepción Lucas García

Directoras:

Dra. Josefa M^a Antón Hurtado.

Dra. Carmen Isabel Gómez García.

2012

D. Luis ALVAREZ MUNÁRRIZ, Catedrático de Universidad del Área de Antropología Social y Presidente de la Comisión Académica del Programa de Antropología Social, INFORMA:

Que la Tesis Doctoral titulada “El trabajo en equipo: un estudio de caso en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca“, ha sido realizada por D^a Concepción Lucas García, bajo la inmediata dirección y supervisión de D^a. Josefa M^a Antón Hurtado y D^a Carmen Isabel Gómez García, y que la Comisión Académica ha dado su conformidad para que sea presentada ante la Comisión de Doctorado.

Murcia, a 19 de septiembre de 2012





UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a. Josefa M^a ANTÓN HURTADO, Profesor Titular de Universidad del Área de ANTROPOLOGIA SOCIAL en el Departamento de FILOSOFÍA, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "El trabajo en equipo: un estudio de caso en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca", realizada por D. CONCEPCIÓN LUCAS GARCÍA, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 19 de septiembre de 2012


Josefa Anton

Mod:T-20



CARMEN ISABEL GÓMEZ GARCÍA, Profesora Titular de Universidad del Área de conocimiento de Enfermería, Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada “EL TRABAJO EN EQUIPO: UN ESTUDIO DE CASO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ DE LORCA”, realizada por D^a. Concepción Lucas García, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 25 de julio de 2012

A mis padres, a ellos les debo lo que soy.

A mi hija Marta, mi futuro.

AGRADECIMIENTOS

Con estas líneas quiero expresar no solo mi agradecimiento sino muy especialmente transmitir mi cariño a todas las personas que con su ayuda han hecho posible esta tesis.

Sería muy extenso mencionar a todas las personas que me han acompañado en este tiempo, por ello, y por miedo a olvidar nombrar expresamente a alguna de ellas, voy a ser escueta y referirme de forma más general a todos ellos.

En primer lugar agradecer su paciencia y apoyo a toda mi familia, especialmente a mi hija Marta, que han sufrido algunas “ausencias” por la dedicación a este trabajo.

A mis directoras de tesis Carmen Isabel Gómez y Fina M^a Antón, que mucho más allá de ayudarme con su sabiduría, me han prestado un gran apoyo humano y han confiado en mí más que yo misma. Ese ha sido el estímulo que en los momentos en los que he pensado abandonar me ha hecho seguir adelante, su fortaleza ante las vicisitudes de la vida han sido para mí un ejemplo.

Como no mi especial agradecimiento a los protagonistas de este trabajo, mis informantes que “me han regalado” sus opiniones y su tiempo, haciendo posible la elaboración de este manuscrito.

A todos los compañeros del hospital que han colaborado conmigo, así como a las direcciones del hospital tanto la que había cuando inicie este trabajo como a la actual, por haberme facilitado en todo momento el acceso a la información que he necesitado. Aquí también incluyo a los servicios de codificación, recursos humanos, etc. y especialmente a Miguel Sanz supervisor del área de formación con el que he compartido tantos momentos de charla sobre la investigación animándome y ayudándome en innumerables ocasiones, y a Solanger Hernández, supervisora del área de calidad que me ha allanado el terreno facilitándome muchas gestiones.

También mi agradecimiento a los compañeros de otros hospitales que tan generosamente me han aportado los datos que les he solicitado.

Agradezco también el apoyo recibido desde la Facultad de filosofía a las personas que forman parte del programa de doctorado, con las que he aprendido a lo largo de estos años.

Finalmente agradecer también el apoyo que he recibido de mis compañeros en la Universidad tanto desde la Facultad de Ciencias Sociosanitarias de Lorca como desde la Facultad de Enfermería de Murcia.

A todos un millón de gracias y todo mi cariño.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	10
Hipótesis y objetivos del estudio.	14
II- MARCO TEÓRICO	16
1. Contexto organizacional.	16
2. Cultura organizacional.	45
3. Cultura del trabajo.	60
4. El trabajo en equipo.	67
5. La comunicación en las organizaciones y el trabajo en equipo.	90
III- MARCO METODOLÓGICO	95
1. Diseño de la investigación.	96
2. Análisis de datos y rigor metodológico.	111
3. Ética de la investigación.	118
III- ESTUDIO ANTROPOLÓGICO	118
1. El contexto hospitalario, un entorno complejo de interacciones.	119
1.1 Las organizaciones sanitarias.	119
1.2 Cultura hospitalaria.	122
1.3 Políticas hospitalarias y su influencia en el diseño del trabajo.	130
1.4 Sistemas de contratación y rotación del personal.	136
2. Estudio de caso: La UCI del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca (Murcia. España).	140
2.1 El Área de Salud III y su hospital.	140
2.2 La Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Rafael Méndez.	143
2.3 Los profesionales de la salud.	156
3. La práctica de la colaboración.	175
3.1 Dinámicas de trabajo en equipo.	175
3.2 Ideas, concepciones y creencias sobre el trabajo en equipo.	255
3.3 La formación de los profesionales de la salud y el trabajo en equipo.	274
IV- DISEÑO CULTURAL: La comunicación como paradigma de mejora.	281
1. Limitaciones del estudio y nuevas líneas de investigación.	282

2. La comunicación como elemento de estabilidad.	283
V- CONCLUSIONES.	302
BIBLIOGRAFÍA	305
GLOSARIO DE TERMINOS Y LECTURA DE SIGLAS	339
ANEXOS	345

INTRODUCCIÓN

El modelo de atención sociosanitaria se basa en una atención integral de la persona enferma englobando su enfermedad, sus necesidades de cuidados, su estado psíquico y su entorno social. Esto supone una atención interprofesional en un contexto de creciente especialización, marcado por la racionalización y la necesidad de maximización de los recursos, lo que hace imprescindible evitar duplicidad, integrando las tareas y los procesos sinérgicos (McCallin, 2001).

El trabajo colaborativo en el ámbito sanitario se muestra como una necesidad ante la creciente complejidad de los problemas de salud, la especialización cada vez mayor, pero también ante la gran interdependencia entre las diferentes funciones y actividades para poder proporcionar una atención integral. De manera que en los últimos años ha crecido el interés por el estudio y la puesta en práctica del trabajo en equipo en las organizaciones sanitarias, ante la evidencia que presentan diferentes investigaciones, que relacionan el trabajo en equipo y la comunicación interprofesional con los errores médicos y la seguridad del paciente (Salas et al, 2009), la calidad de la atención, la eficacia y el rendimiento (Baker, Day y Salas, 2006), así como con la satisfacción y el estrés de los profesionales, y la creación de entornos de trabajo saludables (Clark, 2009). También ha sido señalado el trabajo en equipo como esencial para el óptimo cuidado del paciente en las unidades de cuidados intensivos (Rubio, Cosi, Martínez, Miró y Sans 2006).

De manera que podemos reconocer tres factores que han acentuado la necesidad de desarrollar y reorganizar el trabajo en equipo en las “empresas” sanitarias, en un contexto donde los individuos no tienen otra opción que la de trabajar juntos, por una parte una concepción global del paciente, la necesidad de asegurar una continuidad de la atención y por último la influencia de políticas que promueven este tipo de trabajo colaborativo (Ducanis y Golin, citados por San Martín 2007, p. 25)

Pero el hospital se configura como un “sistema”, en el que se articulan comportamientos, representaciones y saberes de agentes heterogéneos, de manera que las relaciones interdisciplinarias que se establecen en él, están en gran medida determinadas por los modelos culturales de los que son portadores los distintos actores, producto de su historia y sus vivencias y que configuran el sistema ideal en el que están insertos, y en el

que podemos encontrar las siguientes peculiaridades: Jerarquización y asimetría en las relaciones y asunción de los valores del *modelo médico hegemónico* (Menéndez, 2005); Identificación del desarrollo profesional con el avance tecnológico, y la introducción de variables profesionalmente exógenas: bienestar, satisfacción, coste, funcionalidad social, etc. Mediadas por un cambio en la mentalidad de los usuarios que demandan, además de un tratamiento técnico adecuado, una atención “humanizada”, y que “cuestionan” y piden explicaciones de las decisiones médicas, al tener un mayor acceso al conocimiento (mayor nivel de formación, posibilidad de recopilar información “especializada” en internet).

Esta complejidad de la realidad en las “empresas” sanitarias refleja múltiples contradicciones y problemas, por un lado, la comunicación interprofesional e interdisciplinaria y, por otro lado la coordinación y continuidad asistencial, en un medio ambiente donde las relaciones y los procesos de trabajo están en constante evolución y en el que las relaciones de poder no son simétricas.

En este sentido Clèries (2006) afirma que se produce una “fragmentación organizativa” de los servicios de salud que impide la prestación de un servicio integral. Para evitar que esto ocurra y conseguir esta finalidad común, es necesario que los profesionales trabajen conjuntamente, que se haga efectiva la práctica del trabajo en equipo. Las relaciones y la comunicación interpersonales son de vital importancia en el éxito de cualquier grupo organizado, por lo que la comunicación entre los diferentes profesionales que intervienen en el proceso asistencial, es la principal herramienta para conseguir mejorar la calidad asistencial. Siendo así el trabajo en equipo un aspecto importante en el establecimiento de las competencias de las profesiones sanitarias ya que un adecuado funcionamiento de los equipos asistenciales favorece la consecución de los objetivos generales de las organizaciones sanitarias a la vez que potencian la salud mental de los profesionales que los integran (Gómez 2004, p. 41).

Sin embargo a pesar de que es recurrente hablar de trabajo en equipo y de considerarse una competencia imprescindible “existe una gran distancia entre lo que realmente ocurre en las organizaciones actuales, con lo que se pretende visualizar en el discurso empresarial” (Ros, 2006, p. 61). Surgen diferentes representaciones del trabajo en equipo y se atribuyen diferentes significados tanto desde las diferentes esferas (organizativa y personal), como por los diferentes grupos y personas.

Lo que me ha llevado a preguntarme: ¿qué entienden los profesionales de la salud por trabajar en equipo? ¿Trabajar en equipo es para todos lo mismo?, ¿se consideran un equipo?

La curiosidad y el interés sobre este tema me surge de mi propia experiencia como enfermera, y de los comentarios al respecto de muchos de mis compañeros, de que a pesar de que cada vez más se habla de equipos de salud y de trabajo en equipo, la realidad es que en la práctica la comunicación es bastante escasa y la filosofía de trabajo sigue dominada por la jerarquización y por políticas, dentro de las instituciones sanitarias, que se basan en toma de decisiones desde la verticalidad que no tienen en cuenta las aportaciones de "todos" los profesionales implicados.

A partir de estas reflexiones surge la hipótesis de este trabajo de investigación: la dinámicas de trabajo colaborativo y de trabajo en equipo están influenciadas por aspectos culturales, situacionales e individuales, que determinan las expectativas con respecto a estas metodologías de trabajo tanto a nivel institucional como personal. Así hemos querido indagar qué estrategias y dinámicas se establecen entre los diferentes colectivos profesionales que trabajan en el servicio de cuidados intensivos del hospital Rafael Méndez de Lorca, a la hora de implementar una práctica laboral deseable, como sería el trabajo en equipo, centrándome en la visión que tienen los actores, cuáles son sus expectativas, que entienden por trabajo en equipo. Acercándonos a las vivencias de los actores y al significado y valoración que les otorgan, para a partir de ellas realizar una reflexión sobre la metodología de trabajo y sobre las prácticas colaborativas en salud y el trabajo en equipo. De manera que el enfoque cualitativo es el adecuado ya que buscamos describir las condiciones en las cuales se presentan los fenómenos y comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa, de ahí el carácter etnográfico de este trabajo, que responde al interés por describir el significado otorgado a las experiencias vividas.

A continuación se enumeran y describen de forma breve los contenidos de esta tesis.

Después de esta introducción presentamos la hipótesis y los objetivos de investigación de esta tesis.

El capítulo I, presenta el marco teórico elaborado a partir de la revisión de la literatura del trabajo en equipo destacando el enfoque cultural necesario para su posterior análisis. Consta de cinco apartados. El primero contextualiza el trabajo en equipo en las

organizaciones, haciendo un recorrido sobre los diferentes enfoques de la organización donde surgen temas importantes para nuestra investigación, como los grupos en las organizaciones y el clima organizacional.

El segundo apartado se centra en el estudio de la cultura organizacional sus diferentes definiciones, sus elementos y tipos, destacando aspectos de la socialización en las organizaciones que contribuyen a transmitir y crear la cultura organizacional y sus diferentes subculturas.

El tercer apartado trata sobre las culturas del trabajo, los significados, valores y actitudes de los individuos hacia el trabajo.

El cuarto apartado se centra en el trabajo en equipo, sus conceptos y características. Destacando aspectos como la composición y formación de los equipos, así como su liderazgo. Finalmente se concretan estos aspectos en el ámbito sanitario.

Este capítulo finaliza relacionando los dos conceptos fundamentales de esta tesis, la comunicación organizacional y el trabajo en equipo.

El segundo capítulo presenta el marco metodológico de esta investigación, su diseño y las estrategias metodológicas. Las técnicas empleadas para la recogida de datos y su análisis, y la ética que la ha guiado.

Los dos capítulos siguientes el tercero y cuarto presentan y discuten los resultados.

El capítulo tercero que hemos llamado estudio antropológico, consta de tres bloques. En el primero se contextualiza el estudio en el entorno sanitario, analizándolo como organización sanitaria con una cultura propia, destacando como influye esta junto con las políticas y los sistemas de recursos humanos en las relaciones interprofesionales y el trabajo en equipo.

El segundo bloque presenta las características de la unidad de estudio, así como la de sus profesionales, analizando el influjo de los patrones de enculturación profesional.

Por último el bloque tres que hemos titulado la práctica de la colaboración, describe las dinámicas de trabajo en equipo y como estas son influenciadas por los turnos de trabajo y la distribución del personal, el reparto de tareas y de responsabilidades, y las interacciones entre los profesionales. A continuación se presentan las diferentes ideas y expectativas en relación a al trabajo en equipo de los profesionales y se explora qué lugar ocupa la comunicación, las relaciones y el trabajo en equipo interdisciplinario en la formación de los profesionales.

El capítulo cuarto presenta el diseño cultural aportado por nuestro análisis antropológico destacando la comunicación interprofesional como un elemento de estabilidad dentro de los entornos sanitarios altamente dinámicos y cambiantes. Y señalando las limitaciones del estudio y las nuevas líneas de investigación.

Finalmente se sintetizan, a modo de conclusión, los resultados y se aportan las contribuciones teóricas y prácticas de esta investigación.

Incluimos la bibliografía citada y consultada, un glosario de términos y siglas que aparecen en el texto y una serie de anexos que aportan información complementaria que puede de interés para el lector.

Hipótesis y objetivos del estudio

La pregunta que ha suscitado esta investigación gira en torno a los significados atribuidos por los actores a sus interacciones interprofesionales, y la formulamos de una forma general:

¿Cuáles son las expectativas con respecto al trabajo en equipo de los profesionales que trabajan en una UCI?

A partir de nuestra pregunta de investigación surge la reflexión teórica que suscitada nuestra hipótesis de trabajo:

Las dinámicas de trabajo colaborativo y de trabajo en equipo están influenciadas por aspectos culturales, situacionales e individuales, que determinan las expectativas con respecto a estas metodologías de trabajo tanto a nivel institucional como personal.

Partiendo de estas, hemos querido indagar qué estrategias y dinámicas se establecen entre los diferentes colectivos profesionales que trabajan en el servicio de cuidados intensivos del hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca, a la hora de implementar una práctica laboral deseable, como sería el trabajo en equipo, centrándome en la visión que tienen los actores, cuáles son sus expectativas, que entienden por trabajo en equipo. Para ello nos planteamos como objetivo general de esta investigación:

Analizar antropológicamente los factores culturales, personales y situacionales que intervienen en la implementación de la colaboración y el trabajo en equipo interprofesional entre los distintos profesionales que trabajan en la atención directa de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos del hospital General Universitario

Rafael Méndez, a través de las opiniones, expectativas e ideas que los actores tienen sobre esta metodología de trabajo, así como de la observación de las estrategias (actitudes, habilidades y dinámicas) que los actores utilizan en la práctica.

El fin último de esta investigación es poder identificar qué factores pueden estar actuando para facilitar o dificultar la práctica del trabajo en equipo de los profesionales de la salud, ya que la exploración, análisis y comprensión de la realidad que nos rodea puede aportar sugerencias y condiciones probables que nos permitan diseñar estrategias de mejora.

Para el logro de este objetivo general nos hemos propuesto los siguientes objetivos específicos.

1. Explorar como se implementan la colaboración y el trabajo en equipo en la práctica asistencial.
2. Identificar la influencia de aspectos culturales en las interacciones interprofesionales.
3. Recoger las opiniones y expectativas de los profesionales de la salud a cerca del trabajo en equipo como metodología de trabajo.
4. Conocer el significado y valoración que atribuyen al trabajo en equipo.
5. Explorar el papel de la comunicación interdisciplinaria en salud en la implementación del trabajo en equipo.
6. Identificar qué factores influyen limitando o favoreciendo esta metodología de trabajo.
7. Sugerir propuestas que puedan mejorar la práctica del trabajo en equipo entre los profesionales de la salud en la unidad de cuidados intensivos del hospital Rafael Méndez, teniendo como base los resultados de nuestra investigación.
8. Proponer nuevas líneas de investigación en base a los resultados.

I- MARCO TEÓRICO

El marco teórico elaborado a partir de la revisión de la literatura del trabajo en equipo, consta de cinco apartados. El primero contextualiza el trabajo en equipo en las organizaciones, haciendo un recorrido sobre los diferentes enfoques de la organización donde surgen temas importantes para nuestra investigación, como los grupos en las organizaciones y el clima organizacional.

El segundo apartado se centra en el estudio de la cultura organizacional sus diferentes definiciones, sus elementos y tipos, destacando aspectos de la socialización en las organizaciones que contribuyen a transmitir y crear la cultura organizacional y sus diferentes subculturas.

El tercer apartado trata sobre las culturas del trabajo, los significados, valores y actitudes de los individuos hacia el trabajo.

El cuarto apartado se centra en el trabajo en equipo, sus conceptos y características. Destacando aspectos como la composición y formación de los equipos, así como su liderazgo. Finalmente se concretan estos aspectos en el ámbito sanitario.

Este capítulo finaliza relacionando los dos conceptos fundamentales de esta tesis, la comunicación organizacional y el trabajo en equipo.

1.- CONTEXTO ORGANIZACIONAL.

En la actualidad las organizaciones influyen y regulan las vidas de las personas, por ellas son racionalizadas, ordenadas, planificadas y dirigidas por expertos, y por tanto ejercen una influencia central en la construcción de la identidad personal y social. Como afirma Alcover (2003a, p. 87, citando a Hall, 1996), las organizaciones, fundamentalmente las educativas y laborales, ejercen un influjo central en los procesos de estratificación social, determinando en gran medida las oportunidades de movilidad social, así como clasificando a los individuos según el lugar que ocupan en la estructura de la organización. Destaca, también, que en los procesos de interacción entre los individuos y las organizaciones hay una “interacción bilateral constructiva”, ya que en esta interacción tanto las organizaciones como las personas “se construyen y transforman mutuamente” (Alcover 2003a, p. 105).

La mayor parte de las actividades de los individuos tienen como contexto algún tipo de organización: el nacimiento, la muerte y el cuidado de la salud, la educación y la formación, la participación ciudadana y política, la práctica de alguna religión, el ocio, las operaciones financieras, y por supuesto el trabajo.

Vivimos en un mundo organizado, de manera que analizar y comprender las organizaciones y lo que ocurre en ellas, entre ellas y en torno a ellas son tareas fundamentales para cualquiera que pretenda conocer el mundo que le rodea y el modo en que se configuran las experiencias de las personas (Alcover y Gil 2003, p. 34).

Porque, como afirman estos autores, no solo influyen en los comportamientos, sino también en el pensamiento, en las actitudes, en los valores, en las creencias y en las emociones de las personas.

Por tanto, creemos necesario recoger en este trabajo los aspectos más relevantes del contexto organizacional, como nivel macroinstitucional (Linton 1942) influyente en nuestro ámbito de estudio, hablaremos en primer lugar de las organizaciones en general, para posteriormente ahondar en las organizaciones sanitarias y específicamente en los hospitales.

El hombre desde sus orígenes ha necesitado cooperar con otros hombres para superar sus limitaciones y lograr sus fines, y en esta necesidad es donde podemos encontrar el origen de las organizaciones, en el hombre como ser social. Pero es a partir de la Revolución Industrial en el siglo XIX cuando se empiezan a extender y a institucionalizar, siendo en el siglo XX cuando se generalizan, proliferando no solo en cantidad sino también en complejidad como resultado de las transformaciones sociales, económicas, culturales, políticas y tecnológicas acaecidas. Alcover (2003a) destaca que hoy, en el siglo XXI, nuestro mundo es una amalgama de organizaciones interdependientes, que nuestra sociedad, parafraseando a Etzioni (1979) es una “sociedad organizacional”.

Las Organizaciones son el objeto de estudio de la Ciencia de la Administración, pero por su enorme influencia en nuestras sociedades son también estudiadas desde otras disciplinas como la Sociología, la Economía, la Psicología, la Antropología, etc.

Por tanto hemos creído necesario aproximarnos a la definición de organización y las principales teorías que la han estudiado, para destacar aquellos marcos teóricos desde los que se ha estudiado la organización en los que aparece la “idea” del trabajo en

equipo y colaborativo, o que puedan tener puntos en común con las organizaciones sanitarias.

1.1 Concepto de organización

Existen múltiples definiciones, cada autor aporta su particular visión, haremos una exposición de algunas de ellas, aquellas que creemos nos pueden resultar más útiles.

Barnard (1959, p.93) considera la organización como una clase de cooperación consciente y orientada hacia la consecución de un fin:

Un sistema de actividades o fuerzas conscientemente coordinadas de dos o más personas. Supone una situación concreta en la que se dé cooperación y sus componentes constituyen varios sistemas diferentes (físicos, biológicos, psicológicos) pero lo que les unifica y relaciona es la organización.

Etzioni (1979) y Scott y Mitchell (1972) aportan concepciones similares sobre la organización a la que ven como una unidad social amplia y compleja creada para alcanzar un fin específico sobre una base continua, y están caracterizadas por la división del trabajo, por sistemas de comunicación y por las competencias del poder entre los diversos grupos que interactúan, que pueden cooperar en algunas situaciones y competir en otras.

Porter, Lawler y Hackman (1975) proponen que las organizaciones poseen una cierta continuidad en el tiempo y una delimitación espacial, están integradas por individuos y grupos, que tienen por finalidad la consecución de objetivos y fines específicos, a través de la diferenciación de funciones racionalmente coordinadas y dirigidas.

Mateu (1984), parte de una concepción de la organización como sistema abierto, la define como un sistema social complejo e interdependiente, puesto que depende tanto de factores individuales de sus miembros (las aptitudes, valores, actitudes, necesidades y experiencias) como de los procesos sociales internos y externos (como relaciones interpersonales y de grupo) y de la interacción con el entorno, de sus cambios culturales y técnicos.

Veen y Korver (1997, citados por Alcover y Gil, 2003, p. 37), consideran a las organizaciones como asociaciones de individuos para alcanzar unas metas, con una división del trabajo en tareas, lo que supone una diferenciación y especialización que

hace necesaria la integración de las tareas a través de reglas formalizadas, transmitidas y dirigidas por una estructura jerárquica, y con una permanencia temporal determinada.

Fernández-Ríos y Sánchez (1997), consideran que estas definiciones tradicionales limitan la consideración de aspectos más abstractos de la organización social formal y proponen una definición con un mayor nivel de abstracción, definiéndola como un *sistema de significados*: “es algo esencialmente subjetivo, y que sólo podemos acceder a ese mundo de significados mediante la interacción, directa o mediatizada, de quien lo posee con quien desea acceder a él” (Op cit., 1997, p. 5). Afirman que estos significados pueden variar de una organización a otra, ya que con frecuencia la creación de la organización y sus concepciones se realiza a través de un proceso de *construcción social* de un “sistema de valores compartidos”. Consideran que están formadas por tres elementos: normas, valores y roles entre los que se establecen relaciones de causalidad, identidad, serialidad y correlación. Y les atribuyen doce características: artificialidad, complejidad, instrumentalidad, integración, estabilidad relativa, extensión, consistencia, convertibilidad, origen, fin, participación y profundidad temporal.

Recopilando, entre otras, estas definiciones podemos concluir que las características que definen las organizaciones son:

- Estar compuestas de individuos y grupos interrelacionados.
- Orientación a la consecución de fines y objetivos específicos intencionados.
- Diferenciación y especialización de funciones, tareas y roles coordinados racionalmente, lo que supone una división del trabajo (una jerarquización).
- Manifestar cierta continuidad temporal, y una cierta delimitación espacial, tecnológica e instrumental (Porter, et al., 1975).
- Como sistema abierto mantiene sistemas de comunicación y relaciones de interdependencia con el entorno.
- Estar legitimadas por el sistema social externo (Ramíó, 1999).

Aplicando estas características al contexto hospitalario, observamos que los hospitales están compuestos por grupos de personas interrelacionadas: enfermeras, médicos, auxiliares, celadores, administrativos, trabajadores sociales, y demás trabajadores, y los usuarios de sus servicios y sus familias. Que tienen como objetivo

común primordial el mantenimiento y/o recuperación de la salud de sus “clientes”, en los que existe una diferenciación funcional en especialidades, una división del trabajo y una jerarquía de autoridad y con normas y reglas de actuación propias que sus miembros deben conocer, con unos sistemas de comunicación y coordinación internos y externos.

1.2 Teorías de la organización

Las diferentes teorías de la organización han surgido en contextos sociales e históricos concretos, y por tanto han ido cambiando con el tiempo y con las ideas y discursos imperantes en cada época, sí como afirman Fernández-Ríos y Sánchez (1997), las organizaciones son construidas socialmente, las teorías que las estudian estarán imbuidas de las inteligibilidades de la cultura que las envuelve (Gergen 1992 citado por Ros, 2006, p. 12) y por tanto, y desde esta perspectiva de los teóricos postmodernos, la organización es una “creación discursiva”, cuya visión actual de la organización que logra el éxito, es la de una red de interacciones entre las que las relaciones interpersonales y el trabajo en equipo son consideradas como competencia fundamentales (Ros, 2006, p. 13).

Para entender el estado del conocimiento actual de las organizaciones es necesario que analicemos brevemente la historia de la teoría de la organización. Las organizaciones modernas y el estudio sistemático de las mismas comienza realmente con la Revolución Industrial, las primeras contribuciones a lo que hoy se conoce como teoría de la organización las encontramos en los estudios del economista Adam Smith (1723-1790), quien demostró que con la especialización de la mano de obra y la división del trabajo, se podía aumentar la producción y obtener más eficiencia (Hodge, Anthony y Gales 2003, p. 20). A partir de aquí nacen multitud de enfoques en lo que Koontz (1961, 2000) llama la “jungla de la teoría administrativa”. De esta diversidad de teorías hemos hecho nuestra propia selección, a través de diversos autores, para poder “acotar” la presentación de las mismas atendiendo a nuestro tema de estudio.

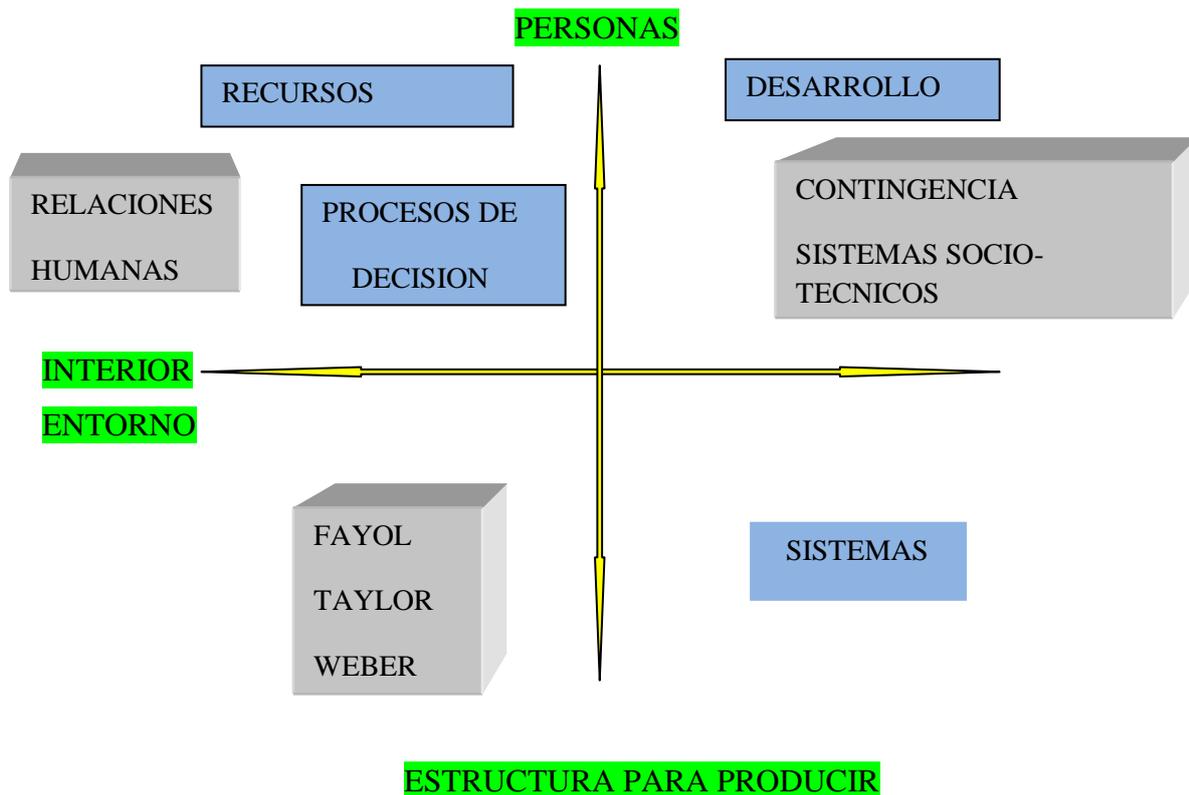


Tabla 1: Teorías de la organización (Tena, 1989, p. 41).

A continuación haremos una descripción de las principales teorías de la organización tomando como referencia la clasificación propuesta por Tena (1989), considera que las principales teorías se pueden agrupar en tres:

- ✓ Teorías estructurales, dentro de estas incluye a Weber y los teóricos de la estructura y la burocracia, la organización científica de Taylor y la organización formal de Fayol.
- ✓ Teorías orientadas al comportamiento de las personas y de los grupos, como la escuela de relaciones humanas y los estudios de Mayo.
- ✓ Teorías de la contingencia y de sistemas, que incluyen aspectos dinámicos que teniendo en cuenta el entorno y la necesidad de gestionar la adaptación a situaciones cambiantes.

Para completar esta exposición utilizaremos también los enfoques de la Teoría de la Organización recogidos por Ramió (1999):

Enfoques Clásicos	Dirección científica y administrativa Taylor Fayol	Estructuralismo Weber Selznick Merton	Escuela de las Relaciones Humanas Mayo, Likert Mcgregor, Argyris
Enfoques Neoclásicos	Neorracionalismo Simon, March	Neoestructuralismo Crozier Mayntz	Teoría Contingencias Lawrence, Lorsch Kast, Rosenzweig
Enfoques Contemporáneos	Análisis Longitudinal Análisis Interorganizativo-- Cook, Wiewel, Hunter. Economía Organizativa -- Williamson, Ouchi. Cultura y aprendizaje organizativo-- Selznick, Gouldner, Blau, Crozier, Reis Louis, Schein. Decisiones y ambigüedad—Lindblom, Cohen, March, Olsen Poder y Conflicto en las organizaciones-- Perrow, Pfeffer, Bedeian, Daft, Daudi, Morgan, Mintzberg, Cambio Organizativo—Beckhard, Bennis.		

Tabla 2: Enfoques de la Teoría de la Organización (recogidos por Ramió, 1999).

➤ Teorías estructurales de la organización.

Cuando hablamos de las Teorías estructurales de la organización nos estamos refiriendo a Weber y los teóricos de la estructura y la burocracia, la organización científica de Taylor y la organización formal y los procesos de dirección de Fayol. Su aplicación tuvo lugar en pleno apogeo de la revolución industrial, en las primeras décadas del siglo XX. Donde había un interés en la producción masiva, con abundancia de mano de obra poco formada y pasiva. En este contexto las aportaciones de esta escuela se centraron en una visión racional y científica de la empresa, con división del trabajo en tareas concretas, repetitivas, estandarizadas y jerarquizadas (Ros, 2006).

❖ El modelo burocrático de Weber

El sociólogo alemán Max Weber³³ (1864-1920), propone la burocracia como forma ideal y eficiente de organización, a través del ejercicio del poder y de la autoridad, basada en la racionalidad y la disciplina, sus características son las siguientes:

- Jerarquía, se establece una división jerárquica del trabajo y de la autoridad, estructurada y racionalizada, en las que las responsabilidades de cada trabajador están definidas, son legítimas y legales.
- Impersonalidad, el rendimiento individual está sujeto a reglas prescritas mediante documentación escrita, aplicadas de manera impersonal y uniforme, y sujetas a mecanismos de control. Por tanto las relaciones entre sus miembros son impersonales y regidas por criterios formales. Es el orden normativo el que regula la conducta de sus miembros.
- Selección de personal según sus méritos y conocimientos técnicos demostrados y división del trabajo. Los administradores trabajan también por un salario fijo y son oficiales de carrera.

Entre las aportaciones de Weber, resulta de interés para la comprensión de las relaciones dentro de la empresa, su visión del poder y de la autoridad. También hay que destacar su propuesta de separar la propiedad y la gestión, y de la estructura organizativa de la empresa. Este modelo de gestión sigue vigente en muchas organizaciones, aunque es un sistema rígido en el que la toma de decisiones es lenta y por tanto poco apropiado para entornos de cambios rápidos. Concibe la comunicación en la empresa solo como “información operativa y formal” (Bartoli, 1992, p. 30). Diversos autores señalan sus dificultades para la adaptación por su rigidez y porque los planteamientos burocráticos suelen frenar la creatividad y la iniciativa de los individuos. Además no favorecen el trabajo en equipo, la impersonalidad del sistema dificulta la cohesión así como la visión parcial que tiene los trabajadores del proceso global de la empresa. La centralización y la multiplicación de reglas tienen como consecuencia la atribución de poderes informales y con ellos de privilegios abusivos, en este modelo se produce un movimiento circular en donde la supervisión desencadena tensiones

³³ M. Weber (1984) habla de “La Burocracia” en “*Economía y Sociedad*” publicado póstumamente por primera vez en 1921, es quizás la obra más importante de la Teoría de la Organización. Define un modelo de organización que se ha configurado en el marco teórico en el que operan las estructuras y los procesos de las organizaciones públicas.

interpersonales, que a su vez generan más reglas, más desmotivación y más supervisión. (Crozier y Friedberg, 1977; Gouldern, 1954; Merton 1940, citados por Ros 2006, p. 24)³⁴.

Según Ruíz (2007), la burocracia constituye el modelo organizativo más paradigmático de nuestra sociedad, su gran expansión ha producido la “burocratización” del mundo moderno. En su aplicación a la Administración Pública destaca las siguientes características:

- Una jerarquía administrativa que en su origen y en su funcionamiento es independiente del mercado.
- Una esfera de actuación pública, en pro del interés general.
- Un modo de actuación en público sometido a control exterior.
- Un cuerpo administrativo, de profesionales entrenados de acuerdo con reglas escritas, que funciona como un servicio más que como una gerencia o una propiedad.

Held y Pollit (1986, citados por Ruíz, 2007, p. 91-93), sostienen que la burocracia aumenta y se diversifica, aunque no lo hace de forma homogénea en todas las sociedades, además señalan que su modo de estructura y funcionamiento está cambiando. El funcionario está dejando de ser anónimo, rutinario, para pasar a ser profesionales con una preparación académica especializada, al que se le concede la facultad para decidir y tener iniciativa en su trabajo diario, los nuevos funcionarios son enfermeras, médicos, profesoras, etc. Por tanto para entender las burocracias modernas hay que tener presentes los grandes cambios que se están produciendo en su interior: *Profesionalización, Tecnificación y Descentralización y Participación social*.

❖ La Escuela Clásica³⁵

Incluimos aquí las teorías de los primeros teorizadores: Taylor que se centro en la racionalización del trabajo en los niveles inferiores de la organización, y Fayol que se centra en un modelo de racionalización de la alta dirección, no solo aplicable al trabajo de los obreros, sino a la propia estructura organizativa. Aunque desde distintos

³⁴ R.K. Merton (1949) en su obra *Teoría y Estructura Sociales* y M. Crozier (1963) en *El Fenómeno Burocrático* analizan y exponen los problemas que plantea el modelo burocrático.

³⁵ F.W. Taylor: *Principios de la Dirección Científica* que fue publicada por primer vez en 1911.
H.Fayol: *Administración Industrial y General*, obra publicada en 1916.

enfoques, estos dos planteamientos tienen en común el intento de desarrollar técnicas racionales para diseñar la estructura y los procesos de coordinación de las acciones en una organización, y proponen lo que consideran la mejor forma de dirigir.

El trabajo de Taylor constituye el primer estudio analítico sobre conflictos y otras cuestiones que acontecen en ámbito laboral. Los supuestos fundamentales del pensamiento de este autor son (Bañares, 1994):

- Cientificidad, la ciencia empírica se va convirtiendo en el único criterio de valoración creíble, esto se ve favorecido por el desarrollo científico tecnológico y su creciente intervención en los procesos de producción. Este pensamiento responde al positivismo y a la racionalidad funcionalista.
- Individualismo, el motor del progreso es el interés individual, la motivación es únicamente económica, tanto en el empresario como en el trabajador.
- División selectiva, quien no posea las condiciones mínimas para realizar una tarea con el rendimiento requerido, debe quedar excluido de la organización. Se impone un modelo único de actuación para cada tarea, quedando eliminada cualquier iniciativa personal.
- Instrucción y adiestramiento de los trabajadores.
- Sistema de recompensas monetario del trabajo productivo, daban por supuesto que la competición aumentaba la eficiencia, y que a los trabajadores se les motivaba principalmente con dinero.

Esta teoría concibe la organización de forma estática y rígida, como una máquina. A nuestro parecer su mayor problema está en su visión reduccionista del hombre (como mero ejecutor según un modelo mecánico, e individualista prescindiendo de las interacciones sociales) y del trabajo (estandarización del trabajo mecánico), por tanto bastante alejada de los planteamientos que pueden propiciar el trabajo en equipo.

Las propuestas Fayol más que modelos de funcionamiento de las organizaciones, son guías de comportamiento para los directores de empresa, piensa que la tarea de dirección tiene un carácter específico, es un “saber hacer”, que exige inteligencia, decisión, experiencia, equidad y medida. Considera dos funciones especialmente importantes en la dirección: la especialización y la coordinación. Utiliza, para referirse a la empresa, la metáfora de cuerpo social, de organismo. Entre las novedades de sus planteamientos esta el distinguir entre la “autoridad personal” (conseguida) y la

“autoridad oficial” (concedida)³⁶, y dos aspectos interesantes para nuestro trabajo, por una parte la consideración de que debe existir espíritu de grupo y una cierta identificación con un *interés común*, y por otra parte, la valoración de la iniciativa como capacidad propia del hombre para tomar decisiones y ejecutarlas: “la iniciativa de todos, yendo a complementar la del jefe y en caso de necesidad supliéndola, es una fuerza para las empresas” (Fayol citado por Bañares, 1994, p. 30)

Fayol propone los siguientes principios de funcionamiento (Ruíz, 2007, p. 42-43):

- Principio escalar, establece una cadena de mando a través de la cual debe fluir claramente la autoridad y la responsabilidad.
- Unidad de mando, para evitar confusión y conflicto los trabajadores deben responder solo ante un único superior, ha de haber una línea formal de autoridad y unos roles claramente definidos.
- Excepcionalidad, los asuntos rutinarios deben delegarse en los subordinados, solo los problemas más importantes o excepcionales deben llegar a la alta administración.
- Ámbito limitado de control, un supervisor debe controlar un número limitado de subordinados para que este control sea eficaz y eficiente.
- Especificación organizacional y supervisión funcional, las tareas y funciones similares deben agruparse en el mismo departamento, y los administradores deben conocerlas plenamente para lograr los objetivos de la organización.

En la actualidad muchos de los paradigmas de la organización como el énfasis en los aspectos formales de la organización, unidad de mando, estructura del trabajo, eficiencia, reducción de costes y maximización de beneficios, así como algunas técnicas de dirección actuales se basan en este enfoque racional, en muchos casos dándose superposiciones entre el estilo *antiguo* y el *nuevo*. Aunque por otro lado la robotización y la informatización de tareas y procesos rutinarios, han permitido eliminar parte de las tareas repetitivas del trabajo directivo, a la vez que se pone en valor el conocimiento, la innovación o la creatividad de las personas y por tanto el valor del capital humano,

³⁶ “La autoridad no se refiere exclusivamente a un prestigio adquirido en virtud de un saber socialmente reconocido, sino que engloba aspectos propios de una ciencia que hace referencia a la conducta humana: el valor moral y la capacidad de orientar y organizar el trabajo de un conjunto de personas. Así entendida, la autoridad personal es un complemento necesario de la autoridad oficial” (Bañares, 1994, pp. 28-29)

haciendo posible planteamientos flexibles donde poder hablar de trabajo en equipo (Ros, 2006).

- Teorías orientadas al comportamiento de las personas y de los grupos.

Estas escuelas surgen, en parte, por las carencias del enfoque clásico que no lograba suficiente eficiencia productiva ni armonía en el centro de trabajo. Esto hizo que aumentara el interés por manejar con más eficacia los Recursos humanos de las organizaciones. Varios teóricos trataron de reforzar la teoría clásica de la organización con elementos de la sociología y la psicología, explorando factores organizativos y motivacionales que influyesen en el comportamiento de los trabajadores.

La escuela de las relaciones humanas centró el interés de sus estudios en el *factor humano* en la empresa, el papel de los grupos y de los procesos sociales en las organizaciones. En ella podemos encontrar dos líneas de investigación: la primera que analiza las relaciones entre la productividad y el comportamiento y funcionamiento de los grupos; y la segunda centrada en los estilos de liderazgo y su influencia en el rendimiento del grupo.

Los trabajos de mayor relevancia son los realizados por Elton Mayo³⁷, Fritz J. Roethlisberger y William J. Dickson en la planta de Hawthorne de la Western Electric Company entre 1924 y 1933, en los que constataron que la interacción entre grupos y el clima social del trabajo también eran importantes para el rendimiento. Sus experiencias les mostraron la tendencia del hombre a pertenecer a *grupos de trabajo* y su repercusión en la satisfacción y la motivación, mostrando la importancia de factores psicológicos y sociales. De esta manera el hombre deja de ser visto como unidad aislada para pasar a ser grupo, dando protagonismo a la organización informal³⁸.

³⁷ E. Mayo: Experimento de Hawthorne en la Western Electric Company correspondiente a la obra *Problemas Humanos en una Civilización Industrial* publicado en 1946.

³⁸ Consideramos la organización informal como el conjunto de relaciones espontáneas y no prescritas por la dirección, en cuyo seno se reproducen muchas de las características de las organizaciones formales, como, por ejemplo, normas, técnicas, procedimientos, prestigio, control, sanción, recompensa, sistemas de comunicación, etc., que mantienen no obstante, sus características informales y que comúnmente representan una respuesta autónoma de los trabajadores a las condiciones impuesta por la organización formal (García Mandaria citado por Bañares, 1994, p. 33). Mientras que la organización formal está estructurada por unos principios de estabilidad, prescritos y regulados, los aspectos que atañen a la organización informal afectan más a la estabilidad emocional, generando unos comportamientos y estructura propios modificables con el tiempo, que “responden a una necesidad básica de contacto y

Para Bañares (1994, p. 37) el origen de lo que posteriormente se ha llamado cultura empresarial lo podemos encontrar en Mayo, en su consideración de que toda organización es además de una forma de trabajo un modo de vida para las personas que en ella trabaja.

Ros, (2006, p. 28-29) considera que los principales rasgos de la escuela de relaciones humanas son:

- La armonización, mejora y desarrollo de los Recursos Humanos para poder utilizar al máximo el potencial de los mismos.
- El incluir como parte habitual de la dirección la gestión del cambio organizativo.
- Un cambio de enfoque en el tratamiento del conflicto de forma constructiva, en la búsqueda de soluciones a los problemas y desacuerdos, lo que constituye una herramienta básica en la dinámica interna de los equipos.
- La consideración de que las organizaciones están formadas por *personas* con motivos, intereses, problemas y relaciones sociales que determinan el funcionamiento real de toda organización. El empleado es *sujeto activo*, ya que atribuye significados subjetivos a su trabajo que tienen consecuencias organizacionales. Por lo que los teóricos de esta escuela creen necesario compatibilizar los intereses y objetivos de los individuos y los de la empresa.

A este modelo se le ha criticado por su insistencia en el individuo, “olvidándose” de la organización como conjunto, “con lo que niega la existencia social de la organización misma”, y su visión del conflicto como consecuencia solo de factores psicológicos, sin tener en cuenta los factores estructurales y sociales. Además su énfasis en el comportamiento individual y de grupo y en la motivación resta importancia a aspectos como el procesamiento de la información y el conocimiento (Ruíz, 2007, p. 50).

En la actualidad se intenta complementar como trabaja las personas en conjunto, la dinámica de grupos, con cómo se realiza el trabajo, con la obtención de resultados.

relación, y por tanto a un fenómeno inevitable de carácter psicológico, no siempre visible y manifiesto” (Ros, 2006, p. 30).

La organización formal y informal no se excluyen entre sí, sino que se yuxtaponen (Katzenbach, 2000).

➤ Teorías de la contingencia y de sistemas.

Estas teorías consideran que las organizaciones tienen como una de sus necesidades fundamentales la adaptación al entorno, las más conocidas y con más influencia en los planteamientos actuales son la teoría de la contingencia y la teoría de sistemas. Estos enfoques plantean un “modelo dinámico” (Álvarez, 1997, p. 243) al considerar las organizaciones como sistemas abiertos en los que sus elementos, procesos y relaciones están en continua interconexión (y adaptación) con el contexto sociocultural, con su entorno.

❖ La teoría de la contingencia

Esta escuela encabezada por Lawrence y Lorsch (1975, citado por Ros 2006, p. 38), plantea que las relaciones entre las características organizativas (tamaño, estructura, tecnología, etc.) están influenciadas por la situación y circunstancias que la rodean, lo que hace necesario que los teóricos y directivos conozcan el contexto de la organización para diseñar su estructura apropiada³⁹, es decir que el diseño óptimo va a variar según el contexto, por lo que se deben utilizar herramientas de dirección adecuadas a cada situación.

Burns y Stalker (1962, citados por Ros 2006, p. 38) consideran que hay dos sistemas de organización empresarial: el mecanicista, apropiado para entornos estables y el orgánico más adecuado para entornos en los que los cambios son más rápidos.

Según Hodge et al. (2003, p. 24), los trabajos de los teóricos de la contingencia han dado lugar a investigaciones más amplias sobre cómo factores contextuales como metas, tamaño organizativo, procesos de trabajo o entorno externo, están relacionados con la estructura organizativa.

³⁹ Lawrence y Lorsch realizaron trabajos experimentales entre 1967 y 1972 en los que analizaban la relación entre la incertidumbre del entorno y su estructura, de manera que las diferencias en el medio ambiente generaban estructuras diferentes. Pero vieron que esta relación medio ambiente - diferenciación no podía explicarlo todo, sino que se debía tener en cuenta la integración, de manera que cuanto más diversificación de departamentos sea necesaria para adaptarse a los requerimientos del medio ambiente, habrá más necesidad de integración y coordinación entre los mismos. Acuñaron el nombre de “Teoría de la contingencia”. Sus planteamientos están recogidos en su obra *Organización y ambiente* (1975).

❖ La teoría de sistemas⁴⁰.

Koontz (2000, p. 63) señala que esta perspectiva considera que un sistema es un conjunto de cosas interconectadas o interdependientes, que forman una unidad compleja, que interactúa con su entorno y está influida por él. Estas cosas pueden ser físicas, biológicas o teóricas, y esto ha hecho que se use la teoría y análisis de sistemas en las ciencias físicas y biológicas, y también en las ciencias de la administración.

Esta teoría distingue dos tipos de sistemas (Ruíz, 2007, p. 39):

- Sistemas cerrados, autosuficientes, que no dependen del entorno. En nuestro tema se aplicaría a organizaciones completamente estructuradas que se preocuparían fundamentalmente por los componentes internos de la organización: estructura, tecnología, eficacia, proceso, etc., propias de entornos estables por su jerarquización y rigidez.
- Sistemas abiertos, están condicionados por sus relaciones con el exterior. Serían las organizaciones flexibles, que se adaptan al ambiente, anticipándose a los cambios del entorno y manipulando aquellas situaciones que puedan ser controlables, lo que hace necesario el análisis de las relaciones que establece la organización con el entorno. Esta perspectiva reconoce la dependencia del entorno pero también la fluencia sobre él, dando importancia a procesos como la comunicación y la retroalimentación.

En este sentido se considera a la organización como un sistema englobado dentro un sistema más amplio, la sociedad, con la que interactúa influyéndose mutuamente. Esta perspectiva considera a las organizaciones como un conjunto de individuos o grupos, como estructuras complejas en las que interaccionan factores formales e informales, externos e internos.

Los sistemas abiertos se mueven hacia la diferenciación y especialización para atender aspectos específicos, avanzando desde la sencillez a la complejidad, lo que hace necesario la integración y coordinación de departamentos y funciones interdependientes, así como el control sobre los mismos. Según Georgopoulos (citado por Ruíz, 2007, p. 40), la integración supone la suma de recursos para garantizar la articulación funcional

⁴⁰ El padre de esta teoría es el biólogo austriaco Ludwig von Bertalanffy (1901-1972), quien acuñó la denominación "Teoría General de Sistemas" a mediados del siglo XX.

de roles y tareas mientras que la coordinación consigue la armonización a través de normas y valores comunes.

➤ El enfoque de sistemas sociotécnicos.

Este enfoque parte de las experiencias de una serie de investigadores del instituto británico Tavistock en diversas minas de carbón inglesas donde después de un fuerte proceso de mecanización con el que las tareas se asignaron siguiendo el esquema taylorista, la productividad, en contra de lo esperado, había descendido de forma significativa. Constataron que el proceso de mecanización había roto la estructura tradicional de los pequeños equipos de mineros, reemplazándolos por especialistas que trabajaban independientemente en trabajos altamente divididos de manera que descubrieron que las actitudes personales y el comportamiento de grupo están influidos en gran medida por el sistema técnico en el que trabajan. Sugirieron una nueva forma de organización del trabajo que llamaron “Diseño de Sistemas Sociotécnico” y que se inspiraba en los conceptos y teorías de sistemas, de la biología, la lógica y la cibernética (Grijalvo y Prida, 2005).

Desde este enfoque Rodríguez Porras, (2005: 65) contempla la organización como un sistema sociotecnico compuesto por “un complejo entramado de relaciones entre varios elementos interdependientes” (Tabla 3).

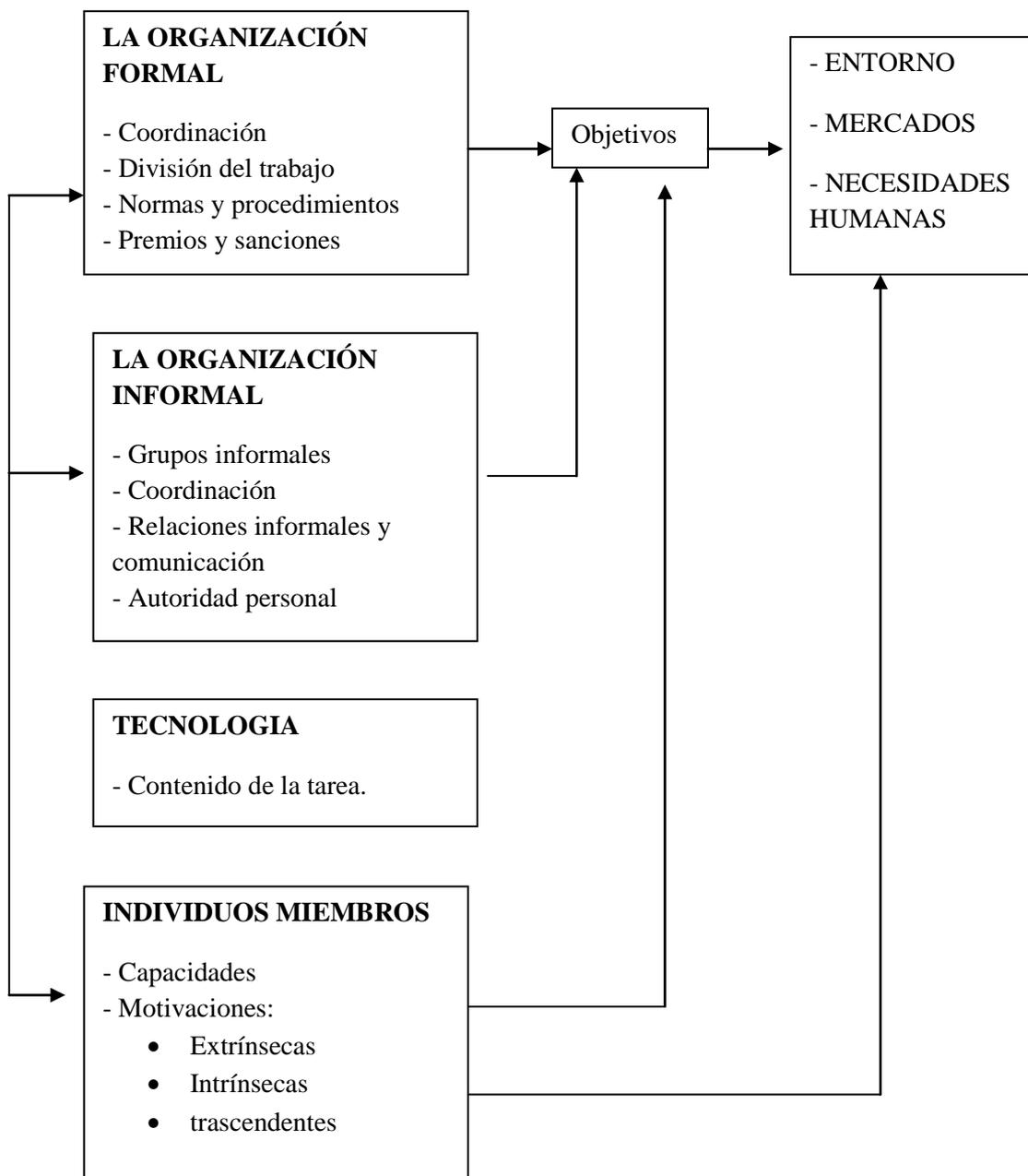


Tabla 3: Los elementos constitutivos de la organización y sus relaciones
(Rodríguez Porras, 2005: 76).

Según Grijalvo y Prida (2005) los sistemas sociotécnicos adoptan las siguientes características:

- Sistema holístico, para tener una visión del conjunto de una situación, que permita la integración del sistema productivo y técnico, y del subsistema social, reconociendo que entre ellos existe una continua interacción. El desempeño del sistema depende más de la manera en que interactúan sus partes que de la manera en que actúan independientemente unas y otras.
- Sistema abierto, en relación recíproca con el entorno.
- Autorregulación, la regulación interna del sistema por el grupo en lugar del control externo de los trabajadores por los supervisores, lo que constituye la base de los grupos de trabajo.

En este modelo los trabajadores rotan por las diferentes tareas, trabajando en equipos autónomos y a la vez implicados en tareas de cooperación con diferentes grupos, siendo los propios miembros del equipo quienes seleccionan a los nuevos trabajadores. De manera que se proporciona un enriquecimiento del trabajo individual. Se hace hincapié en las funciones más que en las partes, se busca desarrollar múltiples habilidades en el individuo y la flexibilidad del grupo (Grijalvo y Prida, 2005; Ros, 2006). Como veremos en capítulos posteriores la flexibilidad de los grupos y la pertenencia múltiple (Marín y Troyano, 2008, p. 52) es una de las características de los equipos de trabajo en el ámbito sanitario y especialmente en el hospitalario.

❖ La Teoría Neorracionalista.

Los autores centrales de esta teoría son Simon y March, tiene como punto central en sus estudios el análisis de la toma de decisiones de los individuos en las organizaciones. Simon “considera que la actividad del individuo tiene su origen en la decisión que es el “mecanismo”, mediante el cual el sujeto pasa del conocimiento a la acción” (citado por Bañares, 1994, p. 41), rechaza la visión de la dirección científica del empleado como sujeto pasivo.

Pero estos autores parten del carácter limitado de la racionalidad humana, ya que el conocimiento nunca es completo, a pesar de la posibilidad de cálculo y de anticipación. Elaboran una teoría, con importantes connotaciones psicológicas, sobre los procesos *decisionales, intraindividuales, interindividuales y organizativos*. Esta teoría ha ido progresando con el tiempo culminando con el modelo “garbage can” de Cohen, March y Olsen que considera que la elección, por la complejidad derivada de la

multitud de racionalidades que existen dentro de un ambiente extremadamente ambiguo, es el resultado de un proceso casual y de rechazos (Ramió, 1999).

❖ Los enfoques contemporáneos de la Teoría de la Organización.

Ramió (1999) observa que algunas de las ideas de las corrientes clásicas y neoclásicas mantienen en la actualidad su vigencia teórica y práctica. Constatando que el número de estudios es mayor en el campo de la organización industrial, afirma que se ha experimentado un gran progreso, las teorías se han ido sucediendo a través de la crítica a las anteriores pero también mediante su complementación y/o su mejora. Este autor considera que en algunos de los enfoque contemporáneos se establecen relaciones de complementariedad entre el conflicto y el poder, la toma de decisiones, el cambio organizativo, la cultura organizacional, las relaciones interorganizativas y el ciclo vital de la organización, mientras que en otros enfoques se buscan las conexiones entre la toma de decisiones, las relaciones interorganizativas y el análisis económico.

Continuaremos utilizando el esquema de Ramió para hacer una breve descripción de estos modelos:

- El **Análisis Longitudinal** o **desarrollo organizativo**, estudia el desarrollo y cambio de las organizaciones a través del tiempo desde su nacimiento, su crecimiento, su decadencia y su desaparición.
- **Cambio Organizativo**, aunque la mayoría de las corrientes consideran muy importante el estudio del cambio organizativo, sus enfoques se centran en otras cuestiones, mientras que en esta corriente el cambio pasa a ser el objeto principal de análisis de la teoría organizativa: cómo cambian y por qué, que fuerzas se resisten y por qué, y que agentes son o pueden ser los impulsores del cambio.
- El **Análisis Interorganizativo**, parte de la idea que las organizaciones interactúan constantemente con su entorno, y que este en gran medida está integrado por otras organizaciones con las que interactúan fundamentalmente a través de relaciones de intercambio. En este contexto nace el concepto de red⁴¹ como conjunto de relaciones interorganizativas.

⁴¹ Las transformaciones económicas, sociales y culturales acaecidas en los últimos años como consecuencia de la revolución tecnológica centrada en torno a la información, son analizadas por Castells, y la configuración de una estructura dominante que denomina la “sociedad red, basada en un espacio de

- El **Análisis económico** estudia a las organizaciones a través de sus transacciones y de los costes que se derivan de estas, con el objetivo de minimizarlos.
- **Poder y Conflicto en las Organizaciones**, a partir de los años 80 aparecen múltiples estudios en esta línea en la literatura anglosajona. Consideran que para entender las estrategias y acciones globales de las organizaciones hay que tener en cuenta la diversidad de intereses de los actores y su influencia sobre procesos decisionales y el desarrollo de estrategias, así como los distintos focos de poder, la creación de alianzas y la aparición de conflictos. Para conocer la organización hay que conocer como se distribuye y ejerce el poder.
- **La Cultura y el Aprendizaje Organizativo**, dentro de esta corriente encontramos tres enfoques:
 1. La cultura como variable independiente, los primeros estudios empiezan con la corriente neoestructuralista o institucional. Su visión está centrada en la influencia que la cultura de una sociedad ejerce sobre sus organizaciones
 2. La organización como cultura, estudian desde una perspectiva antropológica, la simbología creada por las organizaciones.
 3. La cultura de la organización, estas investigaciones parten del convencimiento de que la cultura está profundamente arraigada en la organización, es producto de un proceso de aprendizaje y es asumida por sus miembros a través de los procesos de socialización organizativos (Schein, 1985 citado por Ramió 1999).

Este autor afirma que las diferentes aportaciones han tenido como resultado la apreciación de las organizaciones como entidades sociales complejas (funcional y estructuralmente)⁴², y que para su análisis es necesario tener en cuenta como se

los flujos y en un tiempo atemporal”, con una “economía información/global” y con nuevos códigos culturales, una “cultura de la virtualidad real” (Castells, 2004, p. 406).

⁴² Desde la Historia de la Antropología ha habido una influencia clara en los estudios organizacionales y de grupos, que han ido incorporando las aportaciones desde diferentes corrientes antropológicas como:

- El Funcionalismo que considera que las actividades parciales de los elementos contribuyen a la actividad total del sistema del que forman parte. Tiene entre sus representantes más destacados a Durkheim y a Malinowski.
- El Estructuralismo y su atención a la estructura social como conjunto de relaciones, como representación mental de la disposición de las partes de un todo. Representado por Lévi-Strauss quien incorpora los conceptos introducidos por Saussure desde la lingüística estructuralista, de sincronía y diacronía.

articulan tres grandes ámbitos: *sociotécnico*, *político-cultural*, y de *control y mejora*. Analiza las peculiaridades de las organizaciones públicas destacando su mayor complejidad (comparándola con la empresa privada), su vulnerabilidad a las presiones políticas (ya que no compiten en un mercado económico pero sí en un mercado político y administrativo, que son los que definen sus parámetros de eficiencia y eficacia), la mayor ambigüedad de sus objetivos, la dificultad para evaluar su rendimiento (por la multiplicidad de sus funciones y de indicadores), la obligación de actuar bajo los principios de equidad, la centralización y burocratización (que dificulta delegar o descentralizar tareas), coexistencia de diferentes profesionales con racionalidades específicas, condicionamientos en la selección, promoción y sanción de los recursos humanos, gestión de recursos financieros menos flexible, etc. Características que en gran medida son aplicables a las organizaciones públicas sanitarias, y especialmente a los hospitales. Vemos la complejidad que deriva de la multidimensionalidad, de la inserción de los sistemas en sistemas más amplios (Morín, 1998, p.100).

1.3 Grupos en las organizaciones.

Los grupos tiene una gran importancia en la vida de las personas, ya que la interacción entre los individuos se ve en gran medida moldeada por su pertenencia a uno o más grupos, en ellos realizan la mayor parte de sus actividades, incluyendo el trabajo, constituyendo las unidades a través de las que las organizaciones estructuran el trabajo. Por ello, es esencial para poder entender las conductas laborales, comprender el contexto grupal en el que tienen lugar (Salanova, Prieto y Peiró, 1996), y tener en

-
- La convergencia de ambas corrientes posteriormente en el funcional- estructuralismo, del que se considera padre a Radcliffe-Brown. La Teoría funcional- estructuralista está muy vinculada al enfoque sistémico como destaca en la obra del sociólogo Talcott Parsons. Dentro de esta corriente, el también sociólogo, Merton, en lo que se ha llamado la teoría sistémica, considera que la sociedad es un sistema (como conjunto de elementos interdependientes) que está construido por una estructura (como sistema de relaciones relativamente estables) que permanece en el tiempo. Considera que está integrada por subsistemas interdependientes que cumplen funciones necesarias para el funcionamiento, regularidad y estabilidad de todo el sistema.

Hemos de destacar la utilidad, para observar fenómenos culturales teniendo en cuenta la dimensión cronotopa, de las perspectivas sincrónica/diacrónica, aportando la perspectiva sincrónica el análisis en un momento concreto (de su estructura), mientras que la perspectiva diacrónica aportaría el análisis de su evolución a lo largo del tiempo (de sus funciones).

consideración que los lugares de trabajo son escenarios sociales (Alcover, Martínez, Rodríguez y Domínguez, 2004).

Como vimos cuando hablamos de las teorías de la organización, fue la escuela de las relaciones humanas la que despertó el interés por el estudio del *factor humano* en la empresa, del papel de los grupos y de los procesos sociales en las organizaciones. Pero no es hasta la mitad de los setenta y en la década de los ochenta cuando se producen grandes cambios teóricos que ubican a los grupos en los contextos organizacionales (Ayastarán y Cerrato, 1996). Despertándose un gran interés teórico, pero fundamentalmente aplicado, por el estudio de los grupos de trabajo, como unidad de análisis de proyectos de innovación, así como la propuesta de nuevos tipos de grupos para mejorar la calidad de vida laboral, y con ello la productividad y el rendimiento.

Actualmente las líneas de investigación sobre grupos centran su atención en las relaciones intergrupales, la influencia social y en la toma de decisiones (Salanova, et al., 1996).

Para conceptualizar el grupo encontramos múltiples definiciones, Marín (2008) intenta una delimitación del concepto a partir de la revisión de las aportaciones de diferentes autores, considera que las definiciones proporcionan diversos atributos importantes para considerar a un conjunto de personas como grupo, como son: la interacción e interrelación frecuente entre sus componentes, el definirse a sí mismos como miembros de un grupo y tener una percepción colectiva como unidad, que otros los reconozcan como miembros de un grupo, tener unos objetivos o metas e intereses comunes, y compartir unas normas que sirvan para guiarlo y cohesionarlo.

Ayastarán, Martínez y Arróspide (1996, p. 191), consideran que en los grupos “podemos definir dos dimensiones básicas: una dimensión cultural definida en términos de cultura individual vs. cultura grupal, y una dimensión estructural, definida en términos de relaciones interpersonales vs relaciones intergrupales”. En este sentido afirma que el grupo es una “entidad supraindividual” en la que determinados valores, creencias, normas de conducta y objetivos grupales, son impuestos a los individuos que los integran, lo que facilita la identificación de los mismos y reduce el conflicto interpersonal, controlando el egoísmo individual y la competición intragrupo, manteniendo la unidad del grupo, pero que como consecuencia puede traer consigo el aumento del conflicto con el exogrupo. Es lo que denomina, siguiendo a Mintzberg, como función ideológica del grupo (op. cit., 1996, p. 193).

“Pero la compleja existencia del ser humano como ser social”, se ve reflejada también en el hecho de poder formar parte de varios grupos a la vez, pudiendo haber interferencias entre unos y otros (Marín, 2008, p. 27). Se han elaborado numerosas tipologías de los grupos, pero siguiendo a Marín (2008, pp. 30-36) vamos a describir someramente las características de los siguientes tipos de grupos:

- Grupos propios o endogrupos y grupos ajenos o exogrupos, que como hemos visto en el párrafo anterior marcan la diferencia entre “lo nuestro” y lo de “los otros”.
- Grupos de iguales, está formado por personas con una posición equivalente, como por ejemplo la edad, el sexo, la posición social, grupo profesional, etc.
- Grupos de referencia y grupos de pertenencia. Una persona puede pertenecer a varios grupos, pero probablemente escogerá las normas y los valores de uno (o varios de ellos según el contexto) de ellos para valorar las acciones y las cosas, este es el grupo de referencia, cumple funciones normativas y de comparación. Por lo general pertenecemos al grupo de referencia, pero los factores que influyen en su elección son complejos, ya que normalmente nos adherimos a las normas de los grupos que sobresalen en el ámbito en el que nos encontremos en ese momento, por prestigio, por ofrecer mayores recompensas o por constituir un ideal para nosotros (es lo que pasa en el contexto sanitario donde en general el grupo de referencia es el de los médicos).
- Grupos primarios y grupos secundarios. Grupo primario: es aquel en que las relaciones personales son cara a cara, su finalidad es fundamentalmente emocional y afectiva respondiendo a necesidades personales, con relaciones particularizadoras y orientación colectivista, como por ejemplo la familia, los amigos, etc. Ejerce un control informal, no institucionalizado sobre sus miembros, encargándose en gran medida de la socialización y de la construcción del yo social.

El grupo secundario o formal, se crea por una finalidad determinada, y las relaciones entre sus miembros tienen un carácter impersonal y están organizados formalmente. Se permanece en ellos por el interés en el logro de los objetivos propuestos no por el propio valor de las relaciones. En ellos se realiza una socialización secundaria a través de la participación en las organizaciones. Dentro de ellos pueden surgir grupos primarios producto de las

estrechas relaciones de cooperación entre sus miembros, estos son los que llamamos grupos informales. A continuación en referencia a los grupos en las organizaciones y los grupos de trabajo hablaremos más ampliamente de ellos.

Gil (1994) destaca que “las estructuras formal e informal se sobreponen, mostrando aéreas muy limitadas de convergencia entre ambas”, de manera que bajo la estructura formal de la organización, se extiende una red de relaciones interpersonales surgidas de manera espontánea entre los individuos, y que configura la estructura informal constituida a su vez por diferentes grupos. Estos grupos suponen una manifestación de autonomía dentro de la rigidez de la organización, siendo un segundo punto de referencia para la percepción de los individuos del contexto de trabajo. La aparición y el desarrollo de estos grupos informales responde tanto a necesidades personales de sus integrantes, como a características de la propia organización: cercanía entre las personas (física, de realización de la misma tarea o de la misma profesión), necesidades e intereses personales comunes, experiencia común en el trabajo, consenso entre sus miembros, fracaso del sistema para satisfacer las necesidades personales y sociales de sus integrantes.

Siguiendo a Salanova et al. (1996, p. 104) y desde una perspectiva amplia consideramos los grupos de trabajo como: “Unidades colectivas orientadas a la tarea, compuesta por un pequeño número de miembros organizados y que interactúan entre sí y con su ambiente para conseguir determinadas metas grupales”.

Alcover et al. (2004) definen los grupos de trabajo como sistemas complejos y adaptativos, que se caracterizan por la interacción y la interdependencia mutuas entre sus miembros, los proyectos o las tareas que deben realizar, así como por sus resultados, consecuencias y el uso de la tecnología, que tienen una identidad colectiva compartida y unos límites temporales y psicológicos. Señalan que en las organizaciones la creación de grupos o equipos responde a las características o necesidades de las tareas que deben ejecutar un conjunto de empleados, estos son grupos formales, que cuentan dentro de la estructura de la organización, con una identidad y reconocimiento explícitos ya que están orientados a la consecución de sus objetivos. Pero también pueden surgir de manera espontánea, producto de las relaciones interpersonales entre las mismas personas, a lo largo del tiempo, amistosas o de interés, y que tiene como objetivo fundamental la satisfacción de las necesidades personales y sociales de las personas que

los forman, son grupos informales. Ambos grupos, formales e informales, pueden solaparse o coincidir parcialmente (por ejemplo en comidas del servicio, actividades deportivas, etc.)

Los grupos pueden cumplir funciones importantes tanto para la organización como para los individuos que los integran (Gil, 1994, pp. 13-14):

- Distribución del trabajo y responsabilidades, así como la realización de tareas complejas e interdependientes.
- Dirección y supervisión del trabajo.
- Solución de problemas y toma de decisiones, que precisen informaciones y valoraciones variadas.
- Procesamiento y transmisión de información.
- Probar y ratificar decisiones.
- Coordinación de esfuerzos interdepartamentales.
- Participación y compromiso de las personas con los planes y decisiones tomadas.
- Negociar y resolver conflictos.
- Promover el cambio y el desarrollo.
- Actuar como agentes de socialización y formación de nuevos miembros.
- Satisfacer necesidades de afiliación.
- Marco de referencia que proporciona retroalimentación que contribuye a generar el autoconcepto y a mantener la autoestima.
- Proporciona apoyos y ayuda, material y emocional, reduciendo sentimientos de inseguridad, incertidumbre y ansiedad. Pudiendo aparecer el fenómeno de “facilitación social” (Triplett, 1898, citado por Infante, 2008, p. 56), por el que los miembros tienden a esforzarse más cuando trabajan juntos que cuando trabajan solos.
- Marco social de comparación que permite poner a prueba ideas y capacidades, y compartir perspectivas.
- Facilita el entretenimiento y la satisfacción personal, disminuyendo el aburrimiento y la fatiga.
- Permite un cierto control sobre el poder de la organización, pudiendo proporcionar en cierta medida protección y defensa contra las exigencias de la misma.

Pero los grupos pueden ser también disfuncionales para la organización, y dificultar la obtención de sus objetivos, el trabajo en grupo puede tener también unos inconvenientes o riesgos con respecto al trabajo individual (Gil, 1994, p. 15):

- Lentitud, pues necesita más tiempo.
- Inhibición de sus miembros, conformismo y reducción de juicios críticos, por miedo a ser excluido del grupo.
- Manipulación y control del grupo por unos pocos individuos.
- “Holgazanería social” (Ringelmann, 1913, citado por Infante, 2008, p. 56), por reducción del esfuerzo individual.
- Dilución de responsabilidades.
- “Pensamiento grupal” o polarización de decisiones.
- Desarrollo de normas contrarias a los fines de la organización.

Los grupos ocupan un papel esencial en el funcionamiento de las organizaciones, constituyendo unidades básicas para el logro de sus objetivos y los de sus miembros, de acuerdo con Ayastarán y Cerrato (1996), consideramos los grupos de trabajo como elementos fundamentales para poder hacer frente a la creciente complejidad de las tareas y consecuentemente, la necesidad de colaboración entre varias personas, y los requerimientos de una mayor participación en la organización, en la realización y control de la tarea. Pero su productividad y eficacia va a depender de tres tipos de variables: las relacionadas con el grupo, con su composición y estructura; las relacionadas con la organización, con su estructura y los recursos de los que dispone; y por último las relacionadas con las propias actividades a realizar, sus características, complejidad, interdependencia, etc.

En cuanto a las variables relacionadas con el propio grupo, hemos de tener en cuenta por una parte la fase en la que se encuentra el grupo⁴³ y por otra la estructura

⁴³ Marín y Troyano (2008), hacen un análisis de los principales modelos que pretenden explicar el desarrollo de los grupos, su formación y su final. Nos parecen más apropiados los modelos integradores, pues consideramos, de acuerdo con estos, que el funcionamiento de los grupos es dinámico, (siendo necesario tener en cuenta la importancia de los aspectos temporales) y que estos pasan por estadios muy similares que no deben ser considerados como eventos determinantes sino como eventos potenciales (por ejemplo identificación, productividad, individualización, declive), que no tienen por qué estar presentes en todos los grupos, ya que la interacción y la conducta dependerán, a lo largo del tiempo, de variaciones en la tarea y en factores como la composición del grupo, el contexto, el tipo de liderazgo etc. Destacan la importancia (citando a Keyton 1993) de tener en cuenta la fase de terminación de los grupos, sobre todo “en organizaciones basadas en grupos y equipos de trabajo, donde la pertenencia es flexible, múltiple y dinámica” (Marín y Troyano, 2008, p. 52)

grupales, en la que contemplamos los siguientes elementos (Salanova, et al. 1996, pp. 114-119; Infante, 2008, p. 56-66):

- Composición del grupo: tamaño, homogeneidad/heterogeneidad, tanto de género y edad, como de formación, de capacidades y de destrezas.
- Sistemas de posición y estatus, establece el patrón general de influencia social, de distribución del poder y de las responsabilidades, así como del prestigio social asociado a ellas y que puede ser más o menos jerárquico.
- Normas grupales, establecen reglas colectivas sobre aspectos sociales, cómo debe comportarse los miembros de un grupo, pero también sobre aspectos técnicos relacionados con la tarea.
- Cohesión grupal, unión que hace referencia al deseo de pertenencia de los miembros del grupo. Infante (2008) señala que sobre ella tiene una gran importancia la etapa evolutiva del grupo y que se ve favorecida por la autopercepción de los miembros del grupo de compartir los mismos valores, creencias y actitudes, estatus, sexo, etc., por aislamiento social, la acción de los líderes, etc. Incidiendo positivamente en la satisfacción y motivación y consecuentemente en el compromiso y el rendimiento del grupo.
- Afiliación grupal, se refiere a los sentimientos de pertenencia individual y que se refleja en el tipo de relaciones que establece dentro del grupo.
- Roles grupales, constituyen “expectativas colectivas sobre cómo debe comportarse un miembro particular del grupo” (Salanova, et al. 1996, p. 118), por el hecho de ocupar una determinada posición. Uno de los roles más estudiado es del líder. Infante (2008) hace distinción entre roles funcionales bien de tarea, bien de mantenimiento y de proceso, y roles no funcionales entre los que destaca el agresivo, el obstruccionista, el auto-referencial, el competidor, etc.
- Redes de comunicación habituales de los miembros del grupo.
- Cultura y clima (“sistemas ideológicos”, Infante, 2008), marco común de referencia cultural configurado por el grupo a través de sus relaciones sociales.
- Naturaleza de las tareas (creativas y de planificación, de ejecución, de elección o de negociación).

Friedmann y Naville (1963) señala la importancia de los grupos informales, ya que toda organización necesita unos intercambios de información y unas relaciones más directas, más simples y libres que las que proporciona oficialmente. En este sentido vuelven más flexibles las relaciones burocráticas y las completa, destacando el papel funcional de lo informal. También apunta su efecto en la motivación que se pone a prueba y se fortalece en el contacto directo. En la medida en que los fines de la organización sean aceptados, estos pueden ser reafirmados o rechazados, aceptándose entre diversos autores, una relación entre cohesión en el trabajo, cooperación y productividad. Continuando con las beneficios e inconvenientes, que pueden proporcionar los grupos informales (además de los mencionados para los grupos en general), destacamos siguiendo a Gil (1994), el promover relaciones armoniosas y de cooperación proporcionando estabilidad y cohesión interna a los grupos de trabajo, y así colaborando en la estabilización del sistema, lo que consecuentemente revierte en la productividad y satisfacción de los sujetos, pudiendo reducir la rotación del personal. Como inconvenientes podemos apreciar: la difusión de rumores indeseables, provocar conflictos interpersonales, intergrupales y de rol, rechazar a algunos miembros, reducir la motivación y fomentar resistencias al cambio.

1.4 El clima organizacional.

El clima organizacional es un concepto multidimensional que “puede definirse como las percepciones compartidas por los miembros de la organización respecto al entorno en el que se desarrolla su trabajo, entendiéndolo como las políticas, los procedimientos y las prácticas” (Soler y Meseguer, 2010a, p. 186). Englobando el ambiente físico y humano, en el que se desarrolla el trabajo.

Bretones y Mañas (2008, pp. 77-78) señalan que la importancia del concepto de clima organizacional radica en la influencia que este tiene en los comportamientos y actitudes laborales. Analizan diferentes estudios de los que extraen los aspectos en los que se aprecia su influencia: la interacción social, “en términos de confianza, comunicación y coordinación”, en la cohesión, el apoyo, el reconocimiento, la autonomía, la satisfacción laboral, el bienestar psicológico y la motivación. Afirman que todo ello tiene repercusiones en el compromiso organizacional, en la productividad

y el rendimiento. En este aspecto tiene un valor predictivo en tanto que puede aportar explicaciones acerca del impacto de la organización y de su sistema social en la conducta de sus trabajadores (De Diego, De la Fuente y Boada, 2008, p. 43).

La investigación sobre el clima organizacional se ha planteado a tres niveles de análisis que han derivado en el establecimiento de tres tipos de clima (Bretones y Mañas, 2008, p. 75):

- El “clima psicológico”, referido a las percepciones que tienen los individuos de su entorno.
- El “clima agregado” es el conjunto de percepciones de los individuos que pertenecen a una misma unidad identificable (organización o equipo de trabajo). En esta línea Gamero (2008, p. 226) define el clima afectivo “como las experiencias compartidas por los miembros de un grupo de trabajo”.
- El “clima colectivo” referido a un grupo de individuos con percepciones similares.

Es una manifestación de la cultura organizacional y está determinado por factores estructurales y de proceso de la organización además de por la cultura, por cuestiones económicas y sociales, y por componentes individuales (De Diego, et al., 2008, pp. 44-46).

Factores de la organización		Factores individuales
Relacionados con la estructura	Relacionados con los procesos	
<ul style="list-style-type: none"> - Tamaño y configuración - Centralización o descentralización - Complejidad - Políticas y prácticas - Normas y procedimientos - Orientación burocrática - Sistema jerárquico - Sistema de coordinación y control - Características de la tarea 	<ul style="list-style-type: none"> -Liderazgo y estilos de dirección -Procesos de comunicación -Sistemas de motivación y recompensas -Conflictos y obstáculos -Innovación y riesgo -Proceso de toma de decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> - Personalidad - Valores (aprendizaje, estrés, estatus...) - Aptitudes y habilidades - Motivación y experiencias - Inteligencia - Socialización

Tabla 5: Factores que ejercen influencia en la determinación del clima laboral (De Diego, De la Fuente y Boada, 2008, pp. 45-46).

2.- CULTURA ORGANIZACIONAL

La cultura es algo dinámico, en constante construcción, su definición también ha tenido significados múltiples y ha ido variando con las diferentes corrientes antropológicas, aportando diferentes autores, distintas conceptualizaciones. De estas vamos a escoger las siguientes:

Linton (1936, p. 398) afirma que la cultura como “un todo comprende la suma total de las respuestas ya establecidas de la sociedad frente a las necesidades humanas”. Reconoce que las respuestas que cada cultura da son sumamente variadas, estando interrelacionadas las formas de satisfacer estas necesidades a través de sistemas instituidos en cada sociedad. Distingue tres tipos de necesidades que cada cultura trata de satisfacer a través de sus sistemas culturales (White, 1959):

- Biológicas, que derivan de las características físicas del hombre y que este trata de resolver adecuadamente a través del sistema tecnoeconómico de una sociedad, articulado por sus conocimientos así como por las herramientas o tecnología de la que hace uso.
- Sociales, que surgen de la interacción del individuo dentro del grupo, constituyen las instituciones vitales para el grupo, su sistema institucional, y tiene por funciones “preparar a los individuos para determinados status en el sistema social y la de coordinar sus actividades y dotar al grupo de gobierno y dirección”. Opera a tres niveles: microinstitucional, mesoinstitucional y macroinstitucional. De manera que los contactos entre los individuos de una sociedad, les proporciona un fondo de experiencia común.
- Psíquicas, que buscan el equilibrio emocional y la conciencia del ser humano, son difíciles de definir y constituyen el sistema ideal de una sociedad, las creencia, valores y normas que dan sentido a sus acciones.

Taylor destaca el carácter dinámico y múltiple de la cultura y como esta es adquirida a través del aprendizaje socio-cultural:

La cultura o civilización, en sentido etnográfico amplio, es aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto miembro de la sociedad (Tylor 1871, p.29).

Lison (1998a) aporta las siguientes reflexiones acerca de la cultura como cualidad distintiva del ser humano:

Lo cultural no es un mero adjetivo sino una realidad inherente al ser humano e inmanente a su condición humana, imprescindible y decisiva en la explicación de la evolución, del individuo y de la humanidad [...] lo que realmente define radicalmente al hombre en el cosmos no es su ser social (lo son también los animales) sino su carácter cultural, la inagotable capacidad de atribuir significado y otorgar sentido con profusión a todo lo que libremente designa [...] con nuestra inteligencia estructuramos el mundo; el significado, la intención y la mentalidad hacen de nosotros una clase única en el cosmos. (Lisón, 1998a:9).

Los faits de culture (asuntos culturales) de un grupo humano son, en primer lugar, sus axioma, dignidades ideales o creaciones del espíritu, sus saberes o capital espiritual que constituyen su realidad y organizan no solo el campo de conocimiento de lo humano y comunitario sino que lo constituido y gobernado va desde los objetos materiales y prácticas cotidianas hasta el repertorio de creencias y cánones de pensamiento que estructuran toda la vida social y dan sentido y orientación al grupo (Lisón, 1998a:10).

Para Geertz (1997) la cultura es un sistema ordenado de significaciones históricamente transmitido, y que los hombres expresan a través de formas simbólicas, con las que comunican sus sentimientos, formulan sus juicios, perpetúan y desarrollan su conocimiento y sus actitudes ante la vida.

2.1 La aparición del concepto de cultura organizacional y el interés por su estudio.

Podemos considerar los estudios de Max Weber, sobre la influencia de principios morales del calvinismo en la aparición del espíritu capitalista, como los primeros en mostrar interés por los aspectos culturales de la organización. Pero fueron los investigadores de la escuela de relaciones humanas quienes usaron por primera vez técnicas como el trabajo de campo y la observación participante, y realizaron descripciones etnográficas, para estudiar factores no económicos que influían en la motivación y el desempeño de los miembros de una organización, dando relevancia a la investigación del aspecto informal de la dinámica organizativa.

A partir de los años sesenta aparece en el estudio de la organización el interés por la cultura, como una nueva perspectiva teórica que fija su atención en la interpretación de los aspectos simbólicos de la vida organizativa, y que responde a la necesidad de explicar lo que ocurre en un entorno tan complejo, de creciente incertidumbre y competitividad. Este interés viene influenciado por el éxito y la gran expansión

internacional de las empresas japonesas y la argumentación de que este, eran producto de sus valores y actitudes hacia el trabajo, su sentido de responsabilidad colectiva y de la autoridad, “propios de la cultura japonesa”, y que parecen explicar aspectos tan importantes como la identificación con la organización o la sublimación del trabajo. Además se advierte un cambio de mentalidad, de manera que el éxito personal empieza a concebirse no solo en términos materiales y económicos, sino en términos de calidad de vida y de expresión de las propias capacidades y aptitudes. De manera que a principios de los 80 “la cultura de la organización”, se consolida como concepto de moda, tanto en el mundo académico como en el de la gestión, siendo presentado como nueva arma competitiva de las empresas innovadoras (Lucas y García, 2002). En este sentido se resalta su significado instrumental que considera la cultura como elemento fundamental en el rendimiento de la organización, en tanto que “marco normativo de conducta para desenvolverse y ser eficaz en ella” (Rodríguez Fernández, 1993, p. 246).

Pero surge también un interés “humanista” que reivindica que en los ámbitos organizacionales, laborales y económicos, existen aspectos y dimensiones del “obrar humano- éticas y culturales”, que no se pueden estudiar exclusivamente con categorías científico-positivistas, y que precisan de un enfoque holista y multidisciplinar, y que pretenden restablecer la conexión perdida entre el “tecnosistema” y el “mundo vital”, poniendo en valor el “carácter social de la acción humana” (Bañares 1994, pp. 87-88).

Las investigaciones de Garfinkel sobre normas de un centro de prevención de suicidios, las de Goffmann en hospitales psiquiátricos, las de White sobre bandas juveniles, son ejemplos de estudios que aplicaron el concepto de cultura al análisis de estas organizaciones, proponiendo que la cultura es una variable que influye en la vida organizativa, como también influye en la sociedad, y a partir de esta premisa, consideran que los pequeños grupos culturales tienen las mismas características que los grandes grupos (Lucas y García, 2002).

2.2 El concepto de cultura organizacional.

El término de cultura organizacional ha recibido una gran atención en las últimas décadas por diferentes estudiosos de la organización y desde diferentes disciplinas: psicología, sociología, antropología, administración de empresas, economía, etc. Con intereses variados pero entre los que destaca el esclarecer las supuestas relaciones entre

cultura y rendimiento. Pero autores como Sánchez, Lanero, Yurrebaso y Tejero (2006) y Amador (2002), tras hacer una revisión de diferentes estudios, señalan la falta de consenso tanto en la definición del término, como en cómo “medirla”, incluso en cómo se debería “usar” en provecho de la organización.

LA CULTURA COMO UN SISTEMA DE IDEAS			
Escuela	Autores	Definición de cultura	Aplicación a la organización
Cognitivo	Goodenough	Sistema de conocimientos que permite a los miembros de una sociedad percibir, evaluar y actuar de manera aceptable. La cultura, como producto del aprendizaje humano consiste en las formas en las cuales la gente ha organizado su experiencia del mundo real.	Las organizaciones son artefactos sociales de los mapas cognitivos compartidos por los miembros. Su función es orientar y modelar el comportamiento individual hacia los modos de conducta dictados por las demandas organizacionales.
Interpretativo	Geertz (1997)	La cultura es un sistema ordenado de significados históricamente transmitido, los hombres se expresan a través de formas simbólicas, con las que comunican sus sentimientos, formulan sus juicios, perpetúan y desarrollan su conocimiento y sus actitudes ante la vida.	La cultura es un conjunto de significados que son construidos e interiorizados a través de las prácticas cotidianas de los miembros de la organización y que les permiten interpretar y dar sentido a los acontecimientos y adecuar sus comportamientos a las normas establecidas en la organización.
LAS ORGANIZACIONES COMO SISTEMAS SOCIOCULTURALES			
Escuela	Autores	Definición de cultura	Aplicación a la organización
Funcionalismo	Malinowski Linton	Aparato instrumental que permite al ser humano hacer frente a problemas específicos para satisfacer sus necesidades básicas.	“La cultura, como sistema cultural, permite al individuo la satisfacción de sus necesidades a través del trabajo y de la participación en la organización”.
Estructural/ funcionalista	Radcliffe-Brown	“Construcción de mecanismos por los cuales un individuo adquiere características mentales (valores, creencias) y hábitos que le permiten participar en la vida social”. Incluye también estructuras sociales para adaptarse al medio ambiente y mantener una vida social ordenada.	La organización es un sistema social con un subsistema de valores, aceptados de forma generalizada, legitimando así el lugar u el rol de la organización en un sistema social mayor.
Ecológico adaptativo	Wite, Service, Rappaport, Harris.	“Sistema de patrones de comportamiento transmitido socialmente que sirve para interrelacionar a las comunidades humanas en sus ambientes ecológicos, mediante un proceso de feedback y causalidad recíproca”.	“Las organizaciones son representaciones sociales que adoptan variedad de formas a través de un proceso continuo de adaptación a los factores ambientales críticos”, lo que determina la aparición de distintas estrategias y formas organizacionales.
Histórico	Boas, Benedict, Kluckhohn, Kroeber.	“La cultura es concebida como un producto de procesos y circunstancias históricas”.	“Las organizaciones son el producto de cambios y transformaciones históricas que modifican las formas organizacionales, así como sus estructuras y estrategias”.

Tabla 5: Tipologías de los conceptos de cultura derivados de las teorías antropológicas y su adaptación a la organización (adaptada de Amador, 2002, p. 38, citando a Allaire y Firsirotu, 1984).

AUTORES Y OBRAS	DEFINICIÓN DE CULTURA ORGANIZACIONAL	
Ouchi (1982) <i>Teoría Z</i>	Concibe la cultura de la empresa como producto de la tradición y de las condiciones predominantes, implica sus valores como agresividad, defensa o agudeza, y que dan las pautas para las acciones, actividades y opiniones.	Se considera la cultura desde un punto de vista descriptivo, desde la empresa en relación a los miembros de la misma.
Deal y Kennedy (1985) Corporate Culture	Centran su atención en los valores como guía común de los empleados y esencia de la filosofía de la empresa para alcanzar el éxito.	La cultura como medio para alcanzar el éxito a través de una mayor eficacia gracias a la cohesión.
Gogel y Siat (1986) <i>La cultura de la empresa y cambios estratégicos</i>	“Es el conjunto de normas, de valores, de modelos de conducta, de lenguaje, de ritos y de tabús, que caracterizan una sociedad y que proceden de la personalidad de sus fundadores y de su propia historia”	Utilizan términos cogidos de la Antropología Cultural. Hablan también de identidad organizacional equiparándola con la cultura
Uttal (1985) <i>The Corporate culture vultures en culture and related corporate realities.</i>	Sistema de valores y de creencias compartidos por los miembros de la organización y que interactúa con la estructura y los sistemas de control de la misma generando normas de conducta	No la considera como un elemento más de la organización.
Tapie (1986) Ganar	Es aquello que consigue unir a personas de diversas procedencias socioculturales y profesionales, en torno a un conjunto de valores compartidos, que constituyen la base de la adhesión de cada individuo a la empresa.	Considera que en la empresa se generan vínculos sociales capaces de vencer las discrepancias individuales de sus miembros.
Anzizu (1985) <i>Cultura organizativa. Su incidencia en el funcionamiento y desarrollo de la empresa.</i>	Es el conjunto de verdades básicas (principios y creencias) de una organización que son compartidos por sus miembros y que les proporcionan, a través de la propia relación profesional, unos modos de comportamiento y estilos de vida propios, lo que la diferencian de otras organizaciones.	Sintetiza diversos enfoques conceptuales. Destaca la naturaleza social del hombre y su capacidad para perfeccionarse.
Cardona (1985) <i>El management a través de los mejores libros. La cultura empresarial.</i>	Es el conjunto de patrones de comportamiento adquiridos, determinados por unos valores (espirituales o ideas fuerza) y creencias comunes que determinan la conducta del grupo, y de los que no somos conscientes.	Reduce la cultura a los valores comunes asumidos de modo inconsciente.
Husenman (1986) <i>Cultura organizativa: una nueva fórmula integradora de gestión.</i>	“El concepto de cultura se basa en la organización, a través de un proceso de aprendizaje, elabora una estructura social propia, de creencias y sobre todo de valores, que configuran un marco ideológico de referencia con el que se enfrentan a la realidad y la evalúan”.	Aporta una perspectiva dinámica y una concepción de la empresa como un sistema social, pero considerando que la cultura tiene como función fundamental en el aumento de la eficacia.

<p>Garmendia (1988)</p> <p><i>La Cultura de la Empresa: Una Aproximación Teórica y Práctica</i></p>	<p>Considera que este concepto se deriva de la intersección de dos teorías: la de la cultura y la de la organización, y que es abordado desde tres perspectivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - antropológico- funcionalista, que ve la cultura como un instrumento para la satisfacción de ciertas necesidades. - relativista, que entiende la cultura como un principio básico para la consecución de objetivos. - la que considera la cultura como un conjunto de creencias y símbolos compartidos
--	--

Tabla 6 (p.41): Definiciones de cultura organizacional. Elaboración propia a partir de las definiciones recogidas por Bañares desde un enfoque empresarial (1994, pp. 89-95)

En general en los estudios sobre la organización, se han adoptado dos formas de aproximación a la cultura, la racionalista y la constructivista, ambas con posiciones divergentes. La racionalista que ve la cultura como una variable o característica de la organización que debe ser tenida en cuenta junto a la estructura, el liderazgo, la estrategia o la tecnología, y por tanto es posible controlar, gestionar y manipular, para alcanzar así una mayor eficacia.

Consecuencia evidente de este planteamiento es la percepción de la cultura corporativa de forma homogénea, como un sistema de valores compartidos y de creencias en interacción con la gente de una compañía, sus estructuras organizacionales y sus sistemas de control para producir normas de comportamiento (Roca, 2001, p. 82).

Por su parte la concepción constructivista para la que las organizaciones “son culturas”, son realidades construidas (Berger y Luckmann 1993), y en consecuencia deben ser entendidas y analizadas desde sus aspectos simbólicos, expresivos e ideacionales. Desde esta perspectiva la organización es vista como una “construcción social, simbólicamente constituida y reproducida a través de la interacción social, siendo así que la cultura es dentro de la empresa una metáfora de la organización, en tanto que al igual que la organización es depositaria y productora de sentido” (Roca, 2001, p. 84).

En este sentido para Morgan (1990, pp. 118-125) la cultura es “un fenómeno vivo y activo a través del cual cada persona crea y recrea los mundos en los que vive y ve” como ventajas en el uso de la metáfora de la cultura, que muestra a la organización como un sistema de significados y de esquemas interpretativos compartidos, dirigiendo la atención al significado simbólico de muchos aspectos más racionales de la organización, y que en cierta manera trata la cultura corporativa como un “aglutinador normativo”, que abre el camino a la investigación y reinterpretación de conceptos y procesos tradicionales de la dirección, de su relación con el entorno y del cambio

organizacional. Pero advierte también del peligro de usar la cultura como control, a través de la “manipulación ideológica”, en vez de cómo “expresión del carácter humano”.

Es interesante la mención que hace este autor las culturas observables “fragmentadas” en la organización, Hodge et al. (2003) también hacen distinción entre la cultura declarada, como se dice que se hacen las cosas, y la cultura practicada, como se hacen las cosas en realidad. Estos planteamientos han llevado a diversos autores a estudiar los llamados desfases culturales⁴⁴ (Amador, 2002; Sánchez, et al., 2007).

Para Schein (1988) la cultura organizacional, es un sistema de valores y creencias influido por las estructuras de las organizaciones, la tecnología y el entorno para producir normas de pensamiento y acción que son compartidas por todos los miembros de la organización. Para él es un modelo de presunciones básicas, interiorizadas por sus miembros, y que dan a estos las pautas correctas para percibir, sentir, pensar e ir aprendiendo a enfrentarse tanto a los problemas de adaptación interna como a los de integración externa que se presentan en la organización. Amador (2002, p. 39) reafirma esta opinión y considera que las culturas proporcionan a los miembros de la organización un conjunto de ideas que les ayudan a enfrentarse, individual y colectivamente, con las incertidumbres y ambigüedades de un ambiente dinámico y cambiante debido a las condiciones económicas, los desarrollos tecnológicos y a las acciones de sus competidores.

Para estudiar la cultura Schein (1988) se remite a los elementos que la constituyen y propone un sistema de estratos, considera que los elementos de la cultura se sitúan a tres niveles:

1. *Presunciones básicas*, es el nivel más profundo, el nivel fúndate, lo constituirían las creencias, la etnohistoria, los modos de percibir, pensar y sentir, compartidos por los miembros de una empresa, su “habitus”⁴⁵ (Bourdieu, 1988) y que operan de forma inconsciente dándose por supuestos. Y por ello muy difíciles de

⁴⁴ El estudio de los desfases culturales se centra en ver las diferencias entre lo que los sujetos viven en las empresas y lo que esperan de ellas, el *estado deseado*.

⁴⁵ Bourdieu llama “habitus” a un conjunto de esquemas a partir de los cuales los individuos perciben y actúan en el mundo. Estos esquemas se van generando a lo largo de la historia de cada individuo e implican una interiorización de la estructura y relaciones sociales existentes en el campo de acción del sujeto.

cambiar. Rodríguez (1993) las considera equivalentes a las “representaciones sociales”, por ser un “conocimiento socialmente elaborado y compartido” (Jodelet, 1986, p. 473)

2. *Valores declarados*, el nivel organizador, apreciativo y valorativo compuesto por los valores, fines, filosofías, ideologías, justificaciones, expectativas, actitudes, que permiten interpretar y justificar los *productos de la cultura*. Se pueden analizar y discutir y por ello es posible cambiarlos.
3. *Artefactos y creaciones*, son los productos de la cultura, el nivel exterior, observable, los símbolos, ritos y comportamientos, estructuras y procesos organizacionales visibles como el lenguaje (argot, jergas profesionales), las normas, reglas y procedimientos, las sanciones y recompensas, los patrones de conducta, hábitos y relaciones sociales, los mitos, historias y leyendas, espacios físicos, decoración, vestido, distribución del tiempo, etc.

Alcover et al. (2004, pp. 90-91), hacen una revisión de las conceptualizaciones de distintos autores llegando a la siguiente definición:

Conjunto de valores, creencias y presunciones profundamente arraigados, dados por supuestos y compartidos por los miembros que la componen. Se trata de una estructura subyacente de significados que se mantiene a lo largo del tiempo y que limita la percepción, la interpretación y el comportamiento de las personas.

Añaden que las culturas proporciona a los miembros de la organización un conjunto de ideas, sistemas de creencias y expectativas, *marcos de referencia*, que les permite interpretar individual y colectivamente sus experiencias y responder ante ellas, es decir, surgen ante el afán de sus miembros por hacer frente a las incertidumbres. Destacan su *efecto homogeneizador* de las actitudes y de las conductas, su carácter aprendido a través de los procesos de socialización dentro de la empresa, de la *experiencia social*. Esta *culturización* (Hodge et al., 2003) se produce tanto desde el “nuevo” preocupado en aprender, en “adaptarse”, como desde los veteranos interesados en moldearlo e “integrarlo”. Morgan (1990, p. 108) afirma que esta culturización produce etnocentrismo, al proporcionar códigos de acción, hace que se reconozcan como normales y apropiados los comportamientos y las acciones que concuerdan con estos códigos, considerando como anormales las que no se ajustan a los mismos.

Lucas y García, (2002) consideran que la cultura, no es solamente un instrumento al servicio de la eficiencia productiva, sino que cumple otra serie de funciones y por tanto sus consecuencias las podemos ver en diferentes dimensiones:

- Dimensión simbólica, en tanto a que responde a la necesidad de los humanos de dar sentido a la realidad y a lo que hacen, a las tareas que desarrolla y a las metas que persiguen, y de orientar las incertidumbres. En este sentido contribuye también a crear una identidad colectiva y un compromiso común, así como a desarrollar un sentimiento de pertenencia, cuestión que por otra parte predispone a sobrevalorar lo propio, fomentando el etnocentrismo, de manera que puede interferir en la cooperación y coordinación entre grupos, por la intolerancia, temor, rechazo o ignorancia de las subcultura de “los otros” (Trice y Beyer, 1993, citado por Amador, 2002, p. 40).
- Dimensión instrumental, en tanto que la cultura organizacional influye en el cumplimiento de metas colectivas, y por tanto en la consecución o no de los objetivos de la organización. En este sentido se considera que la cultura actúa también como un factor de adaptación al entorno, a tener en cuenta al definir la estrategia de la organización.
- Dimensión estabilizadora, ya que la existencia de una cultura compartida es un factor importante de cohesión interna, contribuyendo a crear un orden social, los autores apuntan que en la medida en que los valores son asumidos personalmente, se puede prescindir de la supervisión o de los incentivos continuos, y que por esta razón la cultura puede ser usada por la dirección como un instrumento para manipular al personal. Por otra parte supone un factor de estabilidad en el tiempo, de continuidad, como sistema de información básico de las normas, procedimientos, modos de hacer, creencias, valores, etc. Pero también se puede convertir en un factor de resistencia al cambio.

De manera que podemos afirmar que la cultura organizacional produce un triple efecto: latente y manifiesto, al actuar de forma simultánea a varios niveles de conciencia; funcional y disfuncional, ya que puede desencadenar consecuencias beneficiosas para el logro de los objetivos de la organización, pero también puede ejercer un efecto negativo; técnico y expresivo (Amador, 2002, p. 41). “La cultura es siempre envolvente”, influida por múltiples interacciones, por lo que nuestra

comprensión de ella es por lo general más “fragmentada y superficial que la realidad” (Morgan, 1990, p. 125).

Bañares (1994, p. 151) afirma que “la cultura de una organización es la que proporciona a sus miembros una perspectiva integral que da sentido a sus actuaciones y una visión de su identidad y de su misión (fines)”. De manera que como afirma también Aguirre (2002, p. 91) siguiendo las aportaciones de Schein: sin un grupo no puede existir cultura pero es necesario a su vez que este, posea un cierto grado de cultura para que forme un grupo y no un mero agregado de personas.

Según Bañares (1994, p. 153), la cultura organizativa se asienta sobre la necesidad del individuo de cooperación y de desarrollo personal, y actúa como un factor de síntesis, al presentarse como una realidad común a todos los miembros de la organización, y a la vez propia de cada uno. “El sujeto aporta el resultado de su acción, pero a la vez se hace a sí mismo- se desarrolla- en su propio actuar, al recibir las influencias de las acciones de los demás”. La autora aporta la reflexión sobre la necesidad de tener en cuenta al individuo, a la voluntad de la persona, ya que no es suficiente conocer el fin y los objetivos de la organización, además hay que *quererlos*. Para lograrlo es necesaria la participación y la comunicación, para llegar a la aprensión personal de ese fin y a un enriquecimiento común a partir de las distintas aportaciones de todos, aprovechando la pluralidad como fuente de riqueza: “En la medida en que se permite a cada persona introducir motivaciones más personales, su trabajo contribuirá de modo más logrado a sus aspiraciones de perfeccionamiento personal “(Bañares 1994, pp. 212-213).

Consideramos como Chanlat (1994, p. 337) la pertinencia de estudiar antropológicamente las organizaciones para comprender la realidad humana dentro de las mismas, considerando “cinco planos estrechamente vinculados entre sí: el del individuo, el de la influencia recíproca, el de la organización, el de la sociedad y el del mundo”.

2.3 Tipos de cultura organizacional

Según los tipos de estrategia que una organización desarrolla en función de sus prioridades estratégicas y de las peculiaridades del entorno, podemos distinguir tres tipos de cultura organizativa (Alcover et al., 2004, pp. 93-94):

- Culturas emprendedoras o de adaptabilidad, en las que son predominantes la flexibilidad y adaptación a entornos cambiantes, a las necesidades de los clientes (al exterior). Por lo que son especialmente valoradas la creatividad, la innovación, la iniciativa y la admisión de riesgos.
- Culturas de misión, son propias de empresas con un entorno más estable, con menos cambios, y que acentúan el servir al cliente (al exterior), la competitividad y la productividad.
- Culturas de clan, son propias de empresas que se centran más en los procesos internos que en los externos, en entornos dinámicos y cambiantes. Se fomentan las actitudes de responsabilidad compartida y de participación, para favorecer el compromiso con la organización y evitar la “fuga de talentos” a otras empresas.
- Culturas burocráticas, se centran en los procesos internos, la forma de lograr los objetivos es a través del correcto cumplimiento de las reglas y procedimientos. Se desarrollan en entornos estables y jerarquizados, en ellas se valoran actitudes como la conformidad, la colaboración entre sus miembros, la consistencia, la eficiencia, etc.

Otra forma de clasificar las culturas organizacionales es la que distingue entre culturas fuertes, como aquellas que están incorporadas e integradas de forma sólida tanto en el plano colectivo como individual entre los miembros de la organización. Y culturas débiles, aquellas que están poco asumidas por sus miembros, débilmente implantadas. Andrews, Basler y Coller (2002, pp. 35-36) apuntan los pros y los contras de ambas. A pesar de que diferentes trabajos afirman que las culturas fuertes reportan un mayor rendimiento, también pueden cegar a las personas en su percepción de la realidad en aspectos relevantes para la organización, dificultando una toma de decisiones adecuada, fundamentalmente en aspectos que conlleven cambios organizacionales y de adaptación al entorno. Las culturas débiles generan mayor ambigüedad y por ello pueden ser fuente de conflicto al no proporcionar respuestas compartidas, aunque por otra parte al garantizar mayor independencia de criterio pueden ser más flexibles y adaptables a los cambios. Señalan citando el trabajo de Kotter y Heskett, la pertinencia de centrar la atención, más que en la “fortaleza” de una cultura, en su grado de adaptabilidad interno y externo.

3.4 Aspectos de la socialización en las organizaciones y socialización selectiva. Cultura y subculturas.

La socialización es un proceso fundamental en la construcción de las personas y en su progresiva adaptación e integración en “grupos cada vez más complejos, cambiantes e interdependientes como son las organizaciones”. Mediante este proceso los nuevos miembros aprenden las normas y valores de la organización, interiorizan su estructura social, forjando así, dentro de la organización y en interacción con los demás, su propia identidad social y profesional. “El aprendizaje y desarrollo de las habilidades y capacidades de los individuos en una organización, exige que las mismas sean ubicadas en el contexto de las interrelaciones de esos individuos en dicho contexto cultural” (Rodríguez 1993, p. 224).

Este proceso de socialización según Aguirre (2002, 2004) se produce a través de la interacción organizacional, del “roce interactivo” entre sus miembros y el liderazgo, ya que son los líderes los que tienen la visión del potencial de la organización, y en base a ello establece la meta a alcanzar o la misión de la organización, que considera es el principio inspirador de la cultura de la organización. En este sentido la cultura tiene como función básica: cohesionar a la organización, por lo que todo miembro de la misma tiene que ser enculturado de su cultura organizacional, en la que se pueden reconocer cinco elementos fundamentales de la cultura: *etnohistoria, creencias, valores, comunicación y productos*.

La enculturación supone un proceso de aprendizaje que provee al individuo de las herramientas iniciales para adherirlo a su contexto sociocultural, mediante la adquisición de elementos básicos de esa cultura, el individuo aprende la forma de adaptarse a su sociedad y a ser parte activa de su estructura. Pero a su vez también va formando su individualidad y su personalidad, lo que demuestra que ha subjetivado esa cultura.

De manera que la principal identificación es la da la cultura: la “forma de ser y de actuar” propias de la organización, que posibilita la existencia de un “nosotros común” y la identificación por otros de un “grupo diferencial”, lo que tiene un efecto de cohesión interna. “Cada grupo es una cultura y se consolida a la vez que construye su cultura” (Aguirre 2002, p. 92). Pero esta identidad cultural en las sociedades urbano-

industriales, en las que se puede pertenecer a varios grupos culturales al mismo tiempo, se establece por autoadscripción (Barth, 1969, citado por Aguirre 2002, p. 97).

Rodríguez (1993, p. 249) nos habla también de la “socialización selectiva” que tiene lugar a nivel de subgrupos o subsistemas dentro de cualquier organización, de la existencia de subculturas⁴⁶ grupales distintas y que pueden tener asunciones que afecten al desarrollo del trabajo, pudiendo dar lugar a conflictos intergrupales, en este sentido afirma que la cultura puede servir “para resolver problemas básicos de los grupos que coexisten en la organización, fundamentalmente, problemas de supervivencia, adaptación, integración de procesos internos y afianzamiento de la identidad grupal”. Para ello apunta la necesidad de establecer un marco mínimo compartido de asunciones básicas, y considerando que los procesos de formación del grupo y de la cultura son simultáneos, convergentes e interdependientes, orientar ambos procesos, a la configuración de esquemas de pensamiento, sistemas de valores y de creencias y sentimientos compartidos, que permita construir una identidad común, de grupo.

Alcover recogiendo las aportaciones de diversos autores (2003b, p. 219) llama “cognición socialmente compartida” o “modelos mentales compartidos” a la estructuras de conocimiento que permiten la codificación e interpretación de la información relevante a los miembros del equipo tanto de la tarea como del resto de compañeros, proporcionando explicaciones y expectativas que ayudan a la coordinación y adaptación de sus acciones tanto a las exigencias del trabajo como a la de los compañeros. Considera (citando a Mathieu et al., 2000), que el desarrollo de modelos mentales compartidos y el aprendizaje grupal son decisivos para un funcionamiento eficaz, ya que la semejanza de estas estructuras de conocimiento entre sus integrantes permite pronosticar la calidad de los procesos de equipo y de sus resultados.

Si puede demostrarse que un grupo dado de personas han compartido una cantidad significativa de experiencias importantes en el proceso de resolución de problemas externos e internos, puede asumirse que tales experiencias comunes, con el tiempo, han originado en estas personas, una visión compartida del mundo que les rodea y el lugar que ocupan en él. Es necesario que se hayan dado un número suficiente de experiencias comunes, para llegar a esta visión compartida, y la visión compartida tiene que haber ejercido su influencia durante un tiempo

⁴⁶Según Aguirre (2004, p. 170) las organizaciones (las sociedades complejas está compuesta por un conjunto de subunidades culturales o subculturas que se corresponden con los grupos sociales que la componen, con tradiciones y símbolos culturales diferenciadores, pero también con valores e intereses propios.

suficiente, para llegar a ser dada por supuesta desgajada de la conciencia (Schein, 1988, p. 24).

Estas estructuras cognitivas que hacen posible la producción de un “mundo de sentido común”, son lo que según Bourdieu (1988, p. 479) constituye el “habitus”.

Colobrans (1996) nos advierte del peligro de considerar la cultura organizativa como homogénea y estática, confusión que nos llevaría a equipararla con la imagen de la empresa y nos señala la necesidad de profundizar para vislumbrar la complejidad, pluralidad y multidimensionalidad de las organizaciones.

Según Aguirre (2002, pp. 94-95) las culturas están inmersas unas en otras⁴⁷, lo que hace que haya cierta influencia aculturadora⁴⁸ de unas sobre otras, pudiendo situarse en situación de equilibrio y mutua prestación o en posición asimétrica de sumisión y supremacía. De manera que en toda cultura se producen procesos de organización interior y de relación exterior. En las organizaciones está compuesta por un conjunto de subunidades culturales o subculturas que se corresponden con los grupos sociales que la componen. Es necesaria una buena comunicación con estas formas subculturales, lo que crea dialéctica interna y revitalización que contribuye a la eficacia cultural del liderazgo, de manera que si se niega el dialogo ascendente entre subculturas y liderazgo, estas pueden convertirse en cotraculturas de protesta que impidan la colaboración. Por ello considera que es imprescindible para el liderazgo conocer las subculturas presentes dentro de la organización (Aguirre 2004).

Sánchez et al. (2006) trabajan en esclarecer algunos aspectos sobre esta concepción de la organización como formas simbólicas, como grupos sociales heterogéneos donde se construyen múltiples realidades, inmersa en un “contexto cultural plural”, nos permite descubrir como distintos grupos dentro de la organización pueden atribuir sentidos diferentes a la realidad, y por tanto tener distintas subculturas. De aquí que diferentes autores consideren “la cultura organizacional como la

⁴⁷ En la exposición de Aguirre (2002:94) afloran los conceptos de área cultural de Boas y de círculo cultural de Ratzel, de núcleos culturales y de los estratos, de difusión de la cultura y del contacto cultural, en su explicación de esta interrelación entre culturas.

⁴⁸ En la aculturación, intercambio de rasgos culturales resultante del contacto directo y continuo entre grupos. Se puede dar una situación de asimetría ya que generalmente una de las culturas involucradas tiene mayor capacidad de imponer sus patrones. Así los patrones iniciales pueden verse alterados sin que los grupos pierdan su diferencia.

intersección de los sistemas interpretativos de las subculturas organizacionales insertadas en la cultura dominante”. Las vías por las que se implanta y mantiene la cultura son a veces sutiles, se crea una determinada atmosfera que condiciona a los miembros de la organización a ver las cosas de una determinada manera, a ir adaptándose, y en el que discrepar puede suponer la marginación. Destacan como un factor importante en la consolidación de esta cultura el tiempo, la permanencia de los empleados, destacando que la rotación excesiva dificulta la consolidación de los valores comunes (Sánchez et al., 2006).

De manera que como afirma Roca (2001), la cultura ayuda a la cohesión y a la cooperación de los miembros de una misma ocupación o profesión, pero a la vez puede bloquear la cooperación con otros grupos o profesiones, al establecer una cierta distancia y rigidez con respecto a “los otros”. Es decir las organizaciones complejas son de naturaleza multicultural, están compuestas por diferentes secciones y grupos: profesionales, ocupacionales, de género, de clase, etc., cada uno con su propia subcultura, interconectadas y vinculadas entre sí, con diferentes modos de ajuste, y entre las que en ocasiones surgen conflictos intergrupales. Por tanto al hablar de cultura en la empresa no podemos referirnos solo a lo que une y homogeniza, sino también a lo que diferencia y separa (Roca, 2001).

Podemos destacar como un proceso de socialización selectiva fundamental en el ámbito sanitario el de la *profesionalización* (Rodríguez y Guillen 1992), en el que el individuo no solo adquiere el conocimiento *experto* (científico, en el ámbito académico), sino también el conocimiento práctico tanto de las habilidades propias de las tareas a realizar durante su trabajo (de las rutinas profesionales), como de las habilidades sociales, de su lugar en la organización y en la sociedad⁴⁹.

⁴⁹ Rodríguez y Guillen (1992, p. 12) plantean que las profesiones se definen y se miden atendiendo a sus características estructurales y de actitud. Destacando como características estructurales: el ser una ocupación a tiempo completo, la agrupación en asociaciones profesionales (colegios profesionales, sindicatos, etc., para proteger sus monopolios), la elaboración de códigos de ética profesional, y “la conquista de la autonomía para asegurarse el derecho exclusivo a la práctica profesional y a la evaluación de su trabajo”. Subrayan entre las actitudes: el usar como principal referencia la organización profesional, el compromiso vocacional, y las creencias de servicio a la sociedad, autorregulación y autonomía (como idea y sentimiento de que el profesional, en base a las características especiales de su conocimiento y destrezas, debe tomar sus decisiones sin presiones externas). Consideran como profesiones tipo la Medicina y el Derecho, como burocracias profesionales, que consiguen la coordinación por medio de la normalización y estandarización de las destrezas y técnicas de los profesionales (Mintzberg 1987, citado por Rodríguez y Guillen (1992, p. 16). Guillen (1990, p. 38) añade otra característica, especialmente relevante en nuestro estudio, “la autoridad sobre las ocupaciones subordinadas”, como ocurre entre la

3. - CULTURA DEL TRABAJO

Podemos decir que el hombre ha trabajado siempre, si consideramos el trabajo como la actividad por la cual los seres humanos, haciendo uso de sus conocimientos y de herramientas o tecnología (*sistema tecnoeconómico*, Linton 1936), han satisfecho sus necesidades físicas a través de la interacción hombre-naturaleza. Pero la cosmovisión de las distintas sociedades con respecto al trabajo ha cambiado mucho a lo largo de la historia, sobre todo en las sociedades occidentales, en las que la concepción moderna, muestra el trabajo como el medio para el progreso material (Alcover et al., 2004, p. 12). Otros conceptos como empleo (s XVIII), desempleo (s XIX), subempleo (s XX), tienen un origen más reciente, a partir de la revolución industrial, en los países occidentales, y son el resultado de los cambios en el sistema tecnoeconómico en nuestra historia más reciente.

3.1 Significado del trabajo.

No nos parece oportuno en este trabajo entrar en polémicas a cerca del concepto de trabajo, las nuevas (viejas) formas de trabajo, etc. Por lo que recogemos una definición amplia y consideramos el trabajo como el conjunto de actividades humanas en las que se invierte un tiempo y esfuerzo individual o colectivo, ya sea o no remunerada, cuya finalidad es la producción o creación de bienes y de productos, o la prestación de servicios para la satisfacción de alguna necesidad individual, grupal o social (Alcover et al., 2004, p. 12). Vemos como afirma Peiró, Prieto y Roe (1996) el trabajo como un fenómeno complejo, multifacético y cambiante, como realidad social sociohistóricamente construida⁵⁰, a través de la interacción social, y que se ve influido de forma determinante por factores sociales, económicos y políticos. Y en este sentido su contenido y las tareas que se realizan, los resultados que se producen, el significado y el valor que le atribuyen los individuos y el papel que desempeña en sus vidas, así

médicos y enfermeras (y resto de personal de centros sanitarios), o entre enfermeras y auxiliares de enfermería.

⁵⁰ Hemos pasado del trabajo como “castigo divino”, al trabajo como “don”. En la tradición judeo-cristiana el trabajo era considerado como un “castigo divino” ocasionado por el pecado original: “ganarás el pan con el sudor de tu frente” (Génesis, 3, p. 19). La revolución industrial y el desarrollo del capitalismo apoyados por la ética protestante promueven una nueva interpretación del trabajo, como “obligación moral” y como medio para obtener bienestar y prosperidad, como “don”, situando al trabajo en el centro de la vida social (Veira y Muñoz, 2004).

como la consideración y estatus que le atribuye la sociedad. Podemos decir que es el resultado de la interacción, la negociación, el intercambio y la interpretación, de los valores y creencias desarrollados permanentemente por los individuos que construyen esas realidades.

Señalan que para su estudio hay que tener en cuenta cuatro planos:

1. *El trabajo como actividad humana*, las conductas en el trabajo.
2. *El trabajo como situación*, en lo que se refiere a los ambientes y contextos en los que se desarrolla.
3. *El trabajo como significado*, los aspectos relacionados con la subjetividad.
4. *El trabajo como fenómeno psicosocial*, como interiorizan los individuos los aspectos sociales del trabajo.

3.2 Valores y actitudes hacia el trabajo

Cada sociedad, sus instituciones y organizaciones poseen sus propios valores y creencias a cerca del trabajo y transmiten a sus miembros modelos culturales e informaciones a través de los procesos de socialización por medio de la educación, la comunicación e interacción social, que son completados y modelados por las propias experiencias laborales de cada individuo. En nuestra sociedad se trasmite el valor del trabajo como fuente de identidad y como obligación social, por el que se cubren necesidades materiales, sociales y psicológicas, pero que también cumple importantes funciones sociopolíticas, puesto que el acceso al trabajo (“oficial”), constituye un requisito para una ciudadanía plena. Y en este sentido, tienen una función esencial en la integración social de los individuos, permite y justifica un acceso diferenciado a los recursos, y con ello interviene de forma importante en la configuración de la estructura social, ya que puede proporcionar estatus y prestigio, poder y control.

“El ser humano como ciudadano se integra en el estado-nación a través del trabajo productivo, a través del empleo. De ahí la enorme significación, tanto psicológica como social, que tiene el trabajo y el empleo en nuestras sociedades”. (Ovejero, 2001, p. 145).

El trabajo, además, cumple otra serie de funciones como la de estructurar el tiempo de las personas y mantener al individuo bajo una actividad más o menos obligatoria, proporciona oportunidades para la interacción social y para el desarrollo de habilidades y destrezas. Como vemos el trabajo es una de las actividades principales en

nuestra sociedad y uno de los aspectos más importantes de la vida personal, grupal y organizacional, lo que hace que el acceso al trabajo, la actividad laboral, sus condiciones, etc., contribuyan al desarrollo y crecimiento personal de los individuos y a su integración social, pero también puedan ser una causa de alineación, y en el peor de los casos de exclusión (Salanova, Gracia y Peiró 1996).

Otro aspecto a tener en consideración son las reglas y normas sociales que proporcionan el marco de referencia evaluativo, y que atribuyen deberes y obligaciones sociales a las personas, en el que podemos encontrar dos concepciones, la de que el trabajo es una obligación, un deber y el único modo de realización personal, derivada de la *ética protestante* (Weber, 1988). Y la creencia de que el trabajo es un derecho de todo ciudadano y por tanto la sociedad debe proporcionarle un trabajo digno (idea que surge en los años 60, con los conceptos de “estado del bienestar” y de ciudadanía). Aunque estas dos conceptualizaciones del trabajo no son excluyentes, pudiendo considerar una persona que el trabajo es tanto un deber como un derecho (Alcover et al., 2004). Para los españoles, el trabajo aparece como derecho y deber en el artículo 35 de la Constitución de 1978.

El contexto y las condiciones en las que se trabaja tienen una gran trascendencia puesto que tienen una importante repercusión en las dinámicas de las relaciones laborales y en la experiencia subjetiva del trabajo, además y teniendo en cuenta la centralidad del trabajo actualmente en nuestras vidas y la gran inversión de tiempo que supone tanto en la ejecución del mismo (horas diarias que dedicamos a ello, aproximadamente un tercio de la actividad diaria), como en la preparación y formación para poder desempeñarlo (previa en el caso de la obtención del un título, y posteriormente para estar actualizado), podemos afirmar que es un factor central en la toma de decisiones “vitales” de las personas.

Las condiciones de trabajo engloban un diverso grupo de factores y circunstancias que afectan al entorno y contenido del trabajo, pero que también tienen consecuencias para el trabajador en el ámbito laboral y personal (salud, calidad de vida, estatus, relaciones sociales, tiempo de ocio, etc.) y para las personas de su entorno (familia, amigos, etc.). Alcover et al. (2004) ordenan y sintetizan estos factores agrupándolos en:

- Factores del contexto, en los que incluyen las condiciones de empleo (sistemas de contratación, flexibilidad, rotación, etc.), la cultura organizacional y los factores físico-ambientales (espacios de trabajo y de descanso, mobiliario y

decoración, temperatura, iluminación, ventilación, ruidos, riesgos laborales, etc.) y relacionados con el puesto de trabajo (exigencias de la tarea: carga de trabajo física y/o mental).

- Elementos materiales de las condiciones de trabajo como factores tecnológicos y ergonómicos.
- Factores relacionados con la organización del trabajo, que en realidad son articuladores de las condiciones del trabajo con los contenidos: roles, funciones y tareas.
- Factores psicosociales: interacción social, grupos y trabajo en equipo, liderazgo y el clima.

Estos autores también analizan las distintas perspectivas desde donde se han analizado el significado del trabajo para las personas, relacionándolo con la motivación laboral, o con las experiencias laborales, considerándolo una representación social o dependiente de las características de personalidad individuales, o como una síntesis de todas estas perspectivas. Proponen esta última opción como la más apropiada por considerar que el significado del trabajo es un conjunto de valores⁵¹ y creencia que los individuos desarrollan tanto en la socialización “para” como “en” el trabajo, influidos por el contexto histórico, social, económico, cultural, político y tecnológico, y que por tanto, dicho significado es flexible y modelable por el influjo de las propias experiencias laborales y por los posibles cambios situacionales.

La centralidad en el trabajo hace referencia básicamente a una creencia de las personas respecto de la posición del trabajo en sus vidas mientras que la implicación y el compromiso con el mismo pone el énfasis en las respuestas cognitivas, afectivas y emocionales sobre el trabajo y en las implicaciones actitudinales y comportamentales que tienen para su desempeño. (Salanova et al., 1996, p. 52).

⁵¹ Alcover et al., (2004, pp. 278-288), consideran que “los valores asociados al trabajo constituyen expresiones específicas de los valores humanos básicos, ya que al igual que estos se trata de conjuntos de creencias en relación con las metas deseadas o con comportamientos también deseados”, son ordenados según su importancia y sirven para motivar y guiar la acción, funcionan como criterios evaluativos para justificar y juzgar la acción, y se adquieren a través de la socialización y del aprendizaje y experiencia personal. Por tanto ejercen su influencia tanto en la formación de las actitudes como en el comportamiento. La actitud es la evaluación general que hacen los individuos, reflejan el juicio favorable o desfavorable, acerca de cualquier objeto de actitud. “Se puede decir que los valores poseen un significado intersubjetivo o social, mientras que las actitudes son significados intrasubjetivos o personales”.

Con respecto a la centralidad del trabajo en la vida Højrup (2003) describe tres modos de vida: el modo de vida-1 se corresponde con trabajadores que trabajan por cuenta propia en pequeños negocios familiares, en los que el concepto de trabajo y de tiempo libre se encuentra fusionado para poder mantener con éxito su empresa; el modo de vida-2 en el que se encontrarían obreros y empleados, en los que el trabajo asalariado ocupa un tiempo dedicado al trabajo (dependiente) diferenciado de “otro tiempo” (independiente, libre o de ocio), donde el trabajo es visto como una fuente de ingresos. El modo de vida 2, estructurado alrededor de una específica relación entre medios y fines donde el fin es el no- trabajo (Højrup, 2003, p. 34). El modo de vida-3 incluye a profesionales como médicos, abogados, directivos, etc. Para ellos, el trabajo es significativo en sí mismo, una actividad con la que pueden comprometerse y en la que pueden desarrollarse, siendo las organizaciones jerárquicas el contexto en el que progresar en su carrera profesional y desplegar sus capacidades, delegando funciones subordinadas en otros trabajadores, produciéndose “una división conceptual de la idea de trabajo en “toma de decisiones” frente a “ejecución” (op. cit., 2003, p. 38). Tienen una orientación hacia el éxito profesional, hacia su carrera, por lo que deben estar continuamente en desarrollo, proyectando una imagen que implica cultivar unos determinados estilos de vida, por lo que el modo de vida se convierte en un medio para lograr sus objetivos de progreso profesional. El éxito se traduce en mayores ingresos y en un acceso a marcas de estatus (residencia, ocio, colegios, etc.).

Estos modos de vida también proporcionan una visión de los demás de manera que vistos desde el modo de vida-3, los del modo de vida-2 desperdician su tiempo, ya que sus vidas no tienen como propósito progresar y adquirir cualificaciones.

En estas valoraciones se hace referencia también al compromiso “personal, vocacional o adquirido” necesario para contribuir a hacer mejor el trabajo día a día (Garzón, 2005, p. 21)⁵².

Los problemas que se plantean hoy, en la experiencia del trabajo, son además de los problemas de explotación, sino también de participación/ exclusión. En este sentido, “merece la pena repensar la psicología del trabajo desde el punto de vista de la experiencia subjetiva del trabajo y la ciudadanía” (Serrano, Moreno y Crespo, 2001, p. 62).

⁵² A los profesionales sanitarios se les atribuye un carácter vocacional, de llamada y con ello cualidades como la sensibilidad, el compromiso y la responsabilidad.

Como afirma Blanch (2001, p. 31) el trabajo en las sociedades industriales ha estado en el centro de la vida moderna desarrollada, funcionando como factor económico de producción, de intercambio económico de bienes y servicios, pero además desempeñando otras funciones destacadas que repasamos a continuación: es un importante entorno de relaciones sociales interpersonales, de participación, y de socialización secundaria; actúa como base de la integración sociopolítica y cultural, como soporte para la atribución de roles, identidad y estatus sociales que condicionan la apreciación del bienestar subjetivo, como referente de la experiencia cotidiana del espacio y del tiempo, siendo fundamental en la planificación de los proyectos tanto individuales como colectivos, siendo el lugar donde se articula la vida privada y la pública, lo personal y lo social. Teniendo un sentido plural, contradictorio y ambivalente, siendo objeto de deseo y de rechazo, debatiéndose entre el miedo a perderlo y el anhelo de librarse de él.

Blanch (2001, pp. 39- 40) afirma que “el paradigma productivo, además de su multifuncionalidad técnica, económica y organizacional, tiene una clara incidencia en la vida general de las personas, familias, grupos, ciudades y pueblos”. Teniendo implicaciones importantes tanto en aspectos de la vida individual como social, entre los que podemos destacar las siguientes problemáticas:

- “Percepción y organización de los tiempos de trabajo y no trabajo en la vida personal, familiar y social”.
- “Valoración del trabajo como circunstancia, función y proyecto existencial”.
- Representación social de las etapas laborales y no laborales de la vida adulta.
- Las personas se someten a mayor presión y estrés, aumentando su vulnerabilidad psicosocial.
- Aparición de problemas individuales de “autoimagen profesional e identidad psicosocial”, así como de motivación y satisfacción laboral.
- Como consecuencia de la inestabilidad en el empleo se produce la disminución o privación de grupos de pertenecía y de referencia laborales y por tanto de una red estable de interacciones sociales. Que conducen a la devaluación y estigmatización de la persona.
- La necesidad de crear nuevos modelos de socialización y de carrera que se adapten al este nuevo mundo sociolaboral cambiante. A través de cambios en las condiciones sociolaborales y de una formación integral en la que se prepare

también para la incertidumbre laboral, para la creación de actitudes abiertas, flexibles y adaptables, a través de la adecuada combinación de entrenamiento en habilidades sociales cooperativas, críticas y asertivas (Ovejero, 2001, pp. 161-162).

En el modelo actual (capitalismo neoliberal como pensamiento único)⁵³ no solo se pide que se cumpla con la tarea, es necesaria una dedicación activa a la producción y resolución de los problemas que puedan surgir durante la misma, lo que supone una ilimitada disponibilidad temporal e intelectual y un sincretismo entre la esfera privada y pública, propiciado por los avances de las telecomunicaciones. El Neoliberalismo fomenta un aumento del tiempo de trabajo en detrimento del tiempo personal. Asistimos a una hegemonía del trabajo (por su relación con el dinero) en detrimento del desarrollo armónico de las personas.

Esto da lugar a sociedades en crisis donde impera la integración del individuo a derechos que tiene como eje fundamental la actividad económica, internalizando en el trabajador lo fundamental que es el esfuerzo individual y su alta capacidad productiva para mantener la estabilidad en la empresa, generando consecuencias como la inseguridad en el trabajo, una mayor explotación del trabajador y la exclusión laboral. Dichas consecuencias son vistas desde la perspectiva neoliberal como algo natural, por ser parte de la dinámica de mercado, donde la fuerza laboral debe esmerarse en mantener una alta competitividad y productividad para permanecer en el mercado de trabajo, ocultando bajo esta premisa la lógica del capital (Añez, 2004).

De manera que se difuminan las fronteras entre el trabajo y el no trabajo, por la expansión del trabajo por actividades que tradicionalmente eran asociadas a la esfera de la vida privada (cuidados familiares, ocio, etc.) (Serrano et al., 2001, p.61).

⁵³ El neoliberalismo como corriente ideológica del capitalismo considera el mercado (definido como sistema de asignación de recursos escasos en el cual los individuos en competencia persiguen sus propios intereses), libre de cualquier traba, como el fundamento de lo social. De manera que el neoliberalismo es "la realización política de la creencia de que el intercambio mercantil es la manifestación esencial de la libertad humana" (Gray, 1998, p. 36 citado por Vaquero 1999). Sus estrategias están dirigidas a los grandes cambios tecnológicos, la expansión del mercado y de las comunicaciones, buscando la centralización del modo de producción y el dominio sociocultural. En este marco se considera la acción del Estado como un obstáculo a la libertad, por lo que se desarrollan estrategias que minimizan su acción, obligando a los Estados "a organizar el conjunto social, de acuerdo a los intereses de los actores económicos que actúan a escala internacional" (Añez, 2004). Situación a la que estamos asistiendo actualmente en nuestro país y a nivel mundial, producto de la globalización, donde los intereses de los mercados, del capital "imponen" las políticas a los Estados, en un contexto en el que el Estado del Bienestar se quiebra ante la gran crisis económica y financiera, producto del ataque de los mercados a los Estados para maximizar sus beneficios, y no solo de los problemas en la gestión económica y laboral, de los países, como se pretende mostrar y para la que aportan como una de sus soluciones una mayor desregulación del mercado laboral.

“La dualización del mercado laboral se produce en el terreno del significado, manifestándose como una dualidad entre un trabajo con sentido y valor y otro, más habitual, desvalorizado”. Entre el “trabajo ideal”, como actividad que responde a los gustos personales, atractivo, reconocido socialmente, y el empleo posible, poco interesante, ineludible, subordinado, precario (Serrano et al., 2001, p.57).

Bañares (1994) considera que nuestras sociedades actuales son las sociedades del conocimiento, la información y la tecnología, y están caracterizadas por la complejidad, la segmentación, y el laborocentrismo. Donde, según un modelo mecánico (neoliberal), se produce una racionalización del trabajo y una excesiva división de las tareas (especialización). La finalidad es conseguir una mayor productividad tanto en cantidad como en eficacia, pero donde en la actualidad se está imponiendo un nuevo criterio, el de la calidad. Considera que la visión actual del trabajo está caracterizada por la falta de una perspectiva global, y piensa que la importancia dada actualmente a la tecnología ha tenido como consecuencia “efectos perversos” en el mundo, en las personas y en las relaciones sociales, lo que le ha llevado a plantearse que si el trabajo es el ejercicio de la técnica, este debe ser estudiado como actividad humana capaz de obtener el mayor beneficio en bien de la persona y de la sociedad (Bañares 1994, p. 217). El surgimiento del interés por la cultura del trabajo, de la organización y de la empresa constituye intento de reestablecer la conexión entre el “mundo laboral” y el “mundo de la vida”.

A este interés se suma nuestro estudio, que pretende la comprensión, en nuestra unidad de estudio, de las dinámicas de trabajo colaborativo, y en la que dando voz a los actores y estudiando los contextos en los que se desenvuelven, pretendemos descubrir estas conexiones.

4.- EL TRABAJO EN EQUIPO.

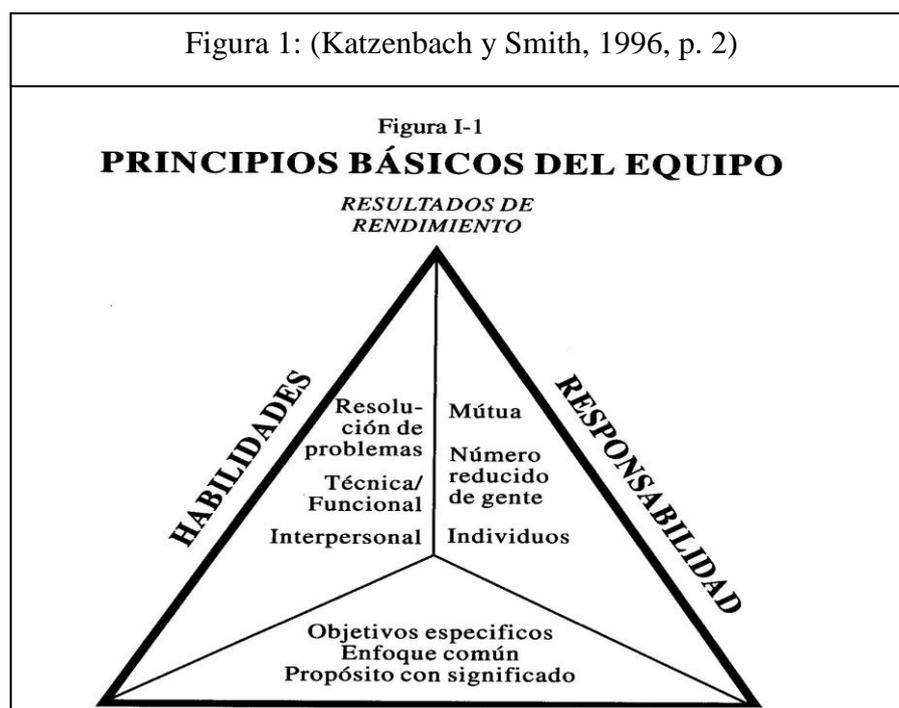
Desde mediados del siglo XX en el mundo empresarial se empieza a tomar conciencia de que las organizaciones no están compuestas de individuos aislados y que las personas participan en la organización a través de diferentes grupos formales e informales que se entrelazan entre sí. Surgen multitud de trabajos que ponen de manifiesto que el trabajo en grupos y con grupos es fundamental para el funcionamiento de las organizaciones y que muchas de las actividades que se realizan en estas deben abordarse en condiciones de colaboración trabajando en equipo. (Gil, 1994). Los grupos

de trabajo y especialmente los equipos, constituyen formas eficaces para liberar y usar el potencial de los empleados: alineando objetivos personales y de equipo con los de la organización, revisándolos y actualizándolos de manera continuada y promoviendo la creación de sinergias, la implicación de todos en la mejora de los procesos. (Katzenbach y Smith, 1996).

4.1 El concepto de trabajo en equipo.

Diferentes autores (Gil, 1994; Katzenbach y Smith, 1996; Ros, 2006), hacen referencia a la ambigüedad en el uso del término equipo, que llega a aplicarse casi a cualquier agrupación en la empresa, incluso a la empresa en su conjunto. Pensamos que efectivamente de forma intencional, se evoca a un imaginario colectivo que alude a la unidad y a la cohesión de las personas a las que va dirigido ese discurso, pero más en un sentido de uniformidad, que de enriquecimiento con la diversidad de sus integrantes. Por lo que a nivel de aplicación, en la práctica del trabajo, está totalmente vacío de contenido.

Katzenbach y Smith, (1996) consideran el equipo como la unidad básica de rendimiento de la mayor parte de las organizaciones y que el equipo verdaderamente comprometido (el que cumple los principios básicos que proponen) constituye la unidad más productiva de rendimiento que la dirección tiene a su disposición. Sus argumentaciones las avalan con numerosos estudios en el mundo empresarial.



Proponen la siguiente definición: “Un equipo es un pequeño número de personas con habilidades complementarias, comprometido con un propósito común, objetivos de rendimiento y enfoque, de los que se consideran mutuamente responsables.” (Katzenbach y Smith, 1996, p. 39).

Afirman que los equipos tienen un rendimiento superior ya que obtienen resultados individuales más resultados colectivos.

GRUPO DE TRABAJO	EQUIPO
<ul style="list-style-type: none"> - Líder fuerte y con orientación clara - Responsabilidad individual - Su propósito coincide con la misión de la organización. - Productos de trabajo individuales - Debate, decide y delega. 	<ul style="list-style-type: none"> - Liderazgo compartido - Responsabilidad individual y colectiva. - Tiene un propósito específico que debe de cumplir, además del de la organización. - Productos de trabajo colectivos. - Debate, decide y realmente realiza un trabajo conjunto.

Tabla 7: Características de los grupos y de los equipos de trabajo.

Para Gil (1994), el termino equipo se utiliza para designar cualquier colectivo humano, cualquier grupo, incluso a la compañía entera. Pero estos no son realmente equipos, sino conjuntos de relaciones individuales establecidas con un jefe. En este sentido Guzzo (citado por Alcover et al. 2004, p. 166) destaca, que en las organizaciones, el papel del trabajo en equipo ha ido cambiando a lo largo del tiempo: en los años 60 se consideraba una herramienta útil para la formación y la experiencia, en la década de los 70 se acentúa la participación de los trabajadores, en los años 80 se ve como un instrumento para mejorar la calidad y la productividad, y a partir de la década de los 90 ha sido visto como una forma de solucionar problemas derivados de los

sistemas cada vez más flexibles y complejos de la organización del trabajo. Alcover et al. (2004) señala que aunque no es siempre el mejor procedimiento de trabajo para todo tipo de tareas y de funciones, si constituye actualmente una de las mejores herramientas de las que disponen las organizaciones para adaptarse y hacer frente a las demandas de los actuales contextos, cada vez más exigentes y cambiantes.

Aunque el tamaño del equipo es una variable que depende del contexto, el concepto de equipo operativo o de trabajo corresponde a grupos pequeños, en los que los sujetos están en contacto directo (hoy en día hay que tener en cuenta la conexión virtual), colaboran entre sí y están comprometidos con una acción coordinada. Constituyen unidades permanentes o temporales, relativamente independientes y autónomas, aunque mantienen una dependencia de otros sistemas, a nivel de departamento o sección.

Para Borrell (2004) los equipos están constituidos por diversas personas con habilidades complementarias, que están comprometidas con un propósito común, entre los que se dan las siguientes condiciones:

- Una necesidad mutua de compartir habilidades y conocimientos.
- Que se complementen en sus perfiles.
- Una relación de confianza, no forzosamente de amistad, que les permita delegar en la competencia de un compañero y parcelar su trabajo sabiendo que el otro cumplirá su parte.

La Organización Mundial de la Salud (2007), propone también la siguiente definición:

Dos o más personas que trabajan en interdependencia en pro de un fin común. Reunir un grupo de personas no crea un “equipo”. Un equipo desarrolla productos que son el resultado del esfuerzo colectivo e implica sinergia. La sinergia es la propiedad mediante la cual, la totalidad es superior a la suma de sus partes (OMS, 2007, p. 4).

Pero debemos diferenciar “equipo de trabajo” como unidad funcional específica para realizar un trabajo, que no es lo mismo que trabajar en equipo, que se refiere a un estilo o forma de trabajar, a una metodología de trabajo de un grupo o equipo. Para Ros el trabajo en equipo:

Es asumir un conjunto de valores, y un espíritu que anima a un nuevo modelo de relaciones entre las personas, así como un modelo de participación plena en el trabajo, basado en la confianza, la comunicación, la sinceridad y el apoyo mutuo.

Se privilegia la interdependencia activa, consciente y responsable de sus miembros, lo cual les integra en asumir la misión del equipo como propia (Ros, 2006, p. 70).

4.2 Características del trabajo en equipo.

De las definiciones anteriores podemos extraer las características que deben tener el trabajo en equipo:

- Los miembros del equipo tienen unos objetivos comunes, claros y compartidos, que conocen, con los que están comprometidos y que consideran importantes. Conocen sus límites y saben lo que se espera de ellos (Hartzler, 1999).
- Asumen su responsabilidad individual y la del equipo. Katzenbach y Smith (2000) destaca la importancia del compromiso y la confianza para delegar y aceptar responsabilidades de los demás, lo que supone la dificultad de superar los arraigados valores del individualismo, y en el que la cohesión grupal juega un papel destacado.
- Combinación adecuada de las habilidades necesarias para realizar las tareas. Según Katzenbach y Smith (2000) estas pertenecen a tres categorías: conocimiento técnico y funcional, habilidades para la resolución de problemas y la toma de decisiones, y habilidades interpersonales (comunicación eficaz y saber escuchar, crítica útil y conflictos constructivos, aceptación del riesgo, reconocer los intereses y logros de los demás).
- Hay relaciones de **interdependencia** entre sus miembros, lo que implica **colaboración** y **coordinación** en sus funciones y actividades.
- El liderazgo es compartido, **participan** en las decisiones que afectan al equipo, lo que les confiere un sentido de propiedad y de compromiso (mientras que en el grupo de trabajo es el líder el que decide la asignación de las tareas y la integración de los productos de trabajo individuales).
- El trabajo en equipo es un proceso plural, la interacción provoca un estado trascendente que excede la contribución de cada miembro, es lo que se llama **sinergia**. El resultado total, el producto o servicio ha excedido la suma de las contribuciones individuales, ése es el significado de la excelencia en el trabajo en equipo (Blake, Mouton y Allen, 1993). La sinergia es considerada la

característica que diferencia el trabajo en equipo del trabajo en grupo (Ros 2006, p. 73).

- Hartzler (1999), destaca la importancia de que cada miembro sepa cuál es su rol y que no haya confusión en cuanto a quien tiene que realizar cada tarea.
- Relaciones de **confianza** entre sus miembros como base de una **comunicación** abierta y honesta sobre sus ideas, opiniones, desacuerdos y sentimientos (Rodríguez Porras, 2005, pp. 151-152).

De manera que compartir un fin común no garantiza la colaboración entre los miembros de un equipo, es necesario que este fin sea aceptado. Es una condición necesaria para asumir la responsabilidad individual y colectiva de los proyectos, ya que como afirma Bañares (1994, p. 210) “la responsabilidad solo se asume respecto a aquello que se conoce y se siente como propio”

Alcover et al. (2004, pp. 290 y siguientes) destacan las ventajas de la existencia de confianza en las organizaciones, aunque señalan que resulta más difícil crearla que destruirla, de ahí su fragilidad. En su construcción y desarrollo no solo influyen las características y conductas de los individuos, sino también los factores contextuales y las condiciones de trabajo. Distinguen tres tipos y niveles de confianza en contextos laborales y organizacionales, el desarrollo de un nivel potenciaría el desarrollo del nivel siguiente:

1. Confianza basada en el cálculo.
2. Confianza basada en el conocimiento, se desarrolla y se pone a prueba con las experiencias compartidas a lo largo del tiempo y permite anticipar reacciones y conductas de los demás.
3. Confianza basada en la identificación. Se asienta en la comprensión mutua, se desarrolla hasta el punto de que una persona puede actuar en lugar de la otra. En los equipos de trabajo surge cuando se desarrolla una identidad grupal y un sentimiento de pertenencia, y permite potenciar su funcionamiento a través del establecimiento de sinergias.

La confianza entendida como capital social de las organizaciones tiene tres efectos constitutivos (Alcover et al., 2004, pp. 291-292):

- Facilitar los intercambios y transacciones interpersonales, así como las conductas de colaboración.
- Incrementar la sociabilidad espontánea que contribuye a compartir la información útil entre los miembros del equipo y el uso responsable de los recursos de la organización.
- Permite la adopción de formas adaptativas a la autoridad en la organización, permitiendo que las figuras de autoridad no tengan que justificar y explicar permanentemente sus acciones, o que controlar continuamente el trabajo de las personas a su cargo.

A partir de las investigaciones de diferentes autores vamos a analizar los conceptos que me parecen fundamentales relacionados con el trabajo en equipo:

Mahieu (2005) desde el ámbito educativo también afirma que la polisemia de la palabra equipo es fuente de confusiones, que con frecuencia se alude a la uniformidad de los modos de pensamiento y de las prácticas, cuando en realidad lo que se debe pretender es una confrontación de las diferencias, que permita el flujo de nuevas ideas y la creatividad. En este sentido el **conflicto** tiene que reconocerse como un aspecto normal de la interacción humana, para ser capaces de aprovecharlo de forma constructiva. Considera al equipo como un instrumento para administrar la heterogeneidad, de responsabilización, de autogestión, y una herramienta de regulación para el manejo racional de las innovaciones y del cambio.

Mayo (2000:135) destaca la importancia del equipo en el *aprendizaje* entre los individuos y lo considera crucial en el aprendizaje organizacional, con efectos tanto en la aplicación como en la transferencia de conocimientos y de habilidades. Este aspecto me parece muy interesante por su aplicación en el entorno sanitario donde gran parte de la formación de sus profesionales se realiza a través de su integración en los “equipos sanitarios”.

Blake, Mouton y Allen (1993), dicen que existe un acuerdo generalizado en la importancia del trabajo en equipo, pero que la mayoría de las empresas no forman a sus equipos a cerca de las dificultades que surgen en el trabajo en equipo y sobre en que hay que hacer. Para ellos la cuestión clave es cómo actúan conjuntamente las partes y destacan en este aspecto la importancia de la **participación**, la consideran como un aspecto esencial de la productividad, la creatividad y la satisfacción, ya que otorga a los

miembros del equipo cierta sensación de propiedad, en este sentido la consideran fundamental para lograr resultados sinérgicos.

Para ellos la **sinergia** requiere tanto contribución individual como conocimiento, respeto de los demás y se combina con la confianza y el apoyo mutuo entre sus miembros. El trabajo en equipo sinérgico es un trabajo en equipo inteligente. Consideran que con ella se mejora la eficacia mediante la movilización de los recursos humanos. El trabajo en equipo de resultados impresionantes consiste en obtener el máximo beneficio de la dedicación, participación, iniciativa, información válida, recomendaciones abiertas, resolución eficaz de conflictos, determinación de soluciones congruentes y empleo extensivo de la crítica (Blake et al 1993, p. 15).

La sinergia sería el total de energía que aporta cada individuo, distinguiéndose dos componentes, la “sinergia de mantenimiento” destinada a mantener unas relaciones interpersonales satisfactorias y la “sinergia efectiva” que sería la que se destina a la producción (Borrel, 2004, p. 16).

Stewart, Manz y Sims (2003), nos hablan de los procesos por los que las contribuciones individuales se combinan en un resultado del grupo. Definen la **interdependencia** como “la cantidad de interacción que se requiere para que los miembros del equipo realicen sus tareas” (Op. cit. p. 40). Distinguen tres niveles:

- Interdependencia combinada, cuando cada persona trabaja en tareas específicas de manera más o menos aislada, combinando sus aportaciones individuales. Puede ser una manera eficiente de realizar el trabajo cuando las contribuciones de cualquiera de los individuos de un equipo no se ven afectadas, en general, por las contribuciones de los otros miembros.
- Interdependencia secuencial, las tareas pasan de un miembro del equipo a otro, ya que el producto final de cada trabajador se convierte en la entrada para otros trabajadores. Requiere un nivel más alto de coordinación entre los miembros del equipo, aunque generalmente el trabajo se mueve en una sola dirección. La interacción es limitada.
- Interdependencia recíproca, los equipos trabajan juntos colaborando para combinar las aportaciones y productos de cada uno, en un producto final único del grupo. Las tareas van y vienen entre los miembros del equipo, debiendo coordinarse entre ellos. Consideran que este tipo de interdependencia sí requiere

trabajo en equipo y es adecuada cuando los requerimientos del equipo son dinámicos.

Afirman que una interdependencia de equipo adecuada está supeditada a las tareas que este debe realizar, es una característica de diseño y por tanto puede ser determinada estratégicamente. De manera que los equipos que realizan una tarea común pueden organizarse con diferentes grados de interdependencia para las diferentes subtareas que tienen que ejecutar. De acuerdo con Robbins y Judge (2009), el grado de interdependencia indicaría cuando un trabajo requiere ser realizado en grupo y cuando es mejor realizarlo en equipo, de manera que las tareas sencillas para las que no son necesarias diferentes aportaciones, es posible que se ejecuten mejor de forma individual, mientras que aquellas tareas complejas que precisen aportaciones diversas y coordinadas obtendrían mejores resultados si se realizaran en equipo.

“Los equipos tienen sentido cuando hay interdependencia entre las tareas; cuando el éxito del todo depende del éxito de cada uno y el éxito de cada uno depende del de los demás” (Robbins et al., 2009, p. 339).

Uno de los aspectos que más ha despertado el interés de las investigaciones es el de la eficacia de los equipos, constatándose la influencia e interacción de múltiples factores (Ayastarán, 1996:233; Robbins et al., 2009):

- Relacionados con la organización y el contexto, y en los que es determinante el apoyo que el equipo recibe de la organización y que queda reflejado en: recursos disponibles (humanos, materiales y temporales), estructura organizativa, la presencia o no de una *cultura de equipo* (Alcover, 2003b, p. 204; 2004, p. 165), tipo de liderazgo, redes de comunicación, evaluación del desempeño y sistemas de recompensa.
- Relacionados con la tarea, variedad, complejidad, interdependencia, identificación.
- Relacionados con el grupo, composición y estructura grupal: sistemas de posición y estatus, cohesión, roles, etc. Aunque en estos aspectos ya nos detuvimos en el apartado dedicado a los grupos, me parece de interés destacar la importancia de la personalidad de los miembros, ya que el comportamiento individual tiene gran influencia en el grupal, y por tanto en el equipo, en este sentido Robbins y Judge (2009, p. 331), resaltan que los equipos con una

calificación alta en cuanto a su desempeño, presentan como rasgos de personalidad de sus miembros: responsabilidad, amabilidad, tolerancia, estabilidad emocional, extroversión y apertura a la experiencia.

4.3 Composición y formación de los equipos.

La heterogeneidad de los miembros de los equipos generalmente los hace más eficaces al poder combinar una mayor riqueza de informaciones y habilidades, aunque pueden generarse conflictos por las diferencias de estatus en el intento de armonizar y ajustar las jerarquías. Ros (2006, pp. 74-75, citando a Pacheco 2003), señala que en las organizaciones postmodernas los conflictos entre el sistema formal e informal de jerarquías pueden verse agudizados en relación a los trabajadores de base menos especializados (como enfermeros), por la interacción de condicionamientos complejos en la redistribución del poder y los desequilibrios en la cargas de responsabilidad y en la distribución de recompensas.

Por otra parte es necesario que reúnan los suficientes conocimientos y destrezas técnicas para desarrollar las funciones que les corresponden, pero también habilidades sociales que les permitan interactuar con el grupo de forma adecuada.

Robbins y Judge (2009), destacan también la importancia de tener en cuenta no solo las capacidades, habilidades y destrezas, sino también las preferencias individuales en cuanto a la forma de trabajo, ya que hay personas que prefieren trabajar como parte de un grupo, pero hay otras que prefieren trabajar de forma individual. Aspecto que es difícil de aplicar en el contexto sanitario donde la selección de la mayoría del personal se hace en base a puntuaciones en una bolsa de trabajo.

La predisposición de los individuos y sus “fortalezas” deben ser apreciadas por los gestores en la selección de los miembros de un equipo y en la asignación del trabajo, para facilitar un buen funcionamiento y una buena integración de los roles de equipo (Robbins y Judge, 2009, p. 332):

- Integrador y coordinador.
- Asesor, estimula la búsqueda de información.
- Creador, inicia las ideas.
- Promotor de las ideas iniciadas.
- Analizador de las opciones disponibles.

- Organizador.
- Productor.
- Controlador, examina los detalles y refuerza las reglas.
- Salvaguarda, defiende de las batallas externas.

Estos son roles potenciales y es posible que un mismo individuo juegue múltiples roles. En cualquier caso es necesario que haya un equilibrio entre roles de tarea o rendimiento y los de cohesión o socioemocionales, para Borrel (2004, p. 25), estos últimos pueden llegar a hacerse imprescindibles, ya que es más fácil encontrar personas capaces de trabajar duro que personas capaces de crear entornos de trabajo agradables.

Los autores consideran que un número mayor de diez, podría teóricamente convertirse en equipo, pero normalmente se dividirían en subequipos, y no funcionarían como un equipo único, lo que guardaría relación con los conceptos de “equipo básico” y “equipo ampliado” que formula Yeager (2005, p. 144).

En relación al tamaño en el equipo pequeño las aportaciones de cada miembro son más visibles, lo que hace que se involucren más. Sin embargo al aumentar su tamaño se reducen las oportunidades de interacción y de participación, resultando más dificultosa la identificación con los logros del grupo, la coordinación de sus acciones (Ros, 2006) y el llegar a acuerdos sobre acciones específicas, también tienen otros problemas como el tener suficiente espacio físico y tiempo para reunirse (Yeager, 2005, p. 144). Además es posible ocultar mejor la “Holgazanería social” (Ringelmann, 1913, citado por Infante, 2008, p. 56), la disminución del desempeño individual, con la consiguiente dilución de responsabilidades, argumentada por la creencia de que los demás no están realizando un esfuerzo suficiente. Como resultado los grandes grupos tienden a establecer propósitos menos claros, normalmente dictados por los líderes jerárquicos, y se conforman con los valores de trabajo en equipo como un método de trabajo. De esta forma si se rompen los valores de trabajo en equipo, los grupos vuelven a su jerarquía normal y a las estructuras, políticas y procedimientos de empresa.

Para Ros (2006, pp. 78-79), el tamaño del grupo va a depender del trabajo que se deba realizar, por lo que para saber cuál es su número adecuado, habrá que revisar el tipo de tarea a ejecutar. Argumenta que por lo general los grupos pequeños son más eficaces (mayor calidad con menos recursos) y los grupos grandes son más eficientes (mayor cantidad).

El proceso a través del cual se forma y consolida el equipo, ha sido motivo de estudio de diversos autores que han intentado establecer una clasificación evolutiva en la que distinguir diferentes etapas, Borrel (2004, pp. 21-23) afirma que los equipos van madurando y afianzándose, en la medida en que sus miembros se conocen y saben que pueden esperar los unos de los otros, es lo que llama las etapas vitales de un equipo. Según esto distingue dos tipos de equipos:

- Equipos jóvenes, en los que hay que progresar fijando objetivos y metas, analizando las tareas y responsabilidades a desarrollar así como su distribución, aceptando y tomando decisiones. A nivel interpersonal se deben desarrollar lazos de cooperación, emocionalmente los individuos experimentan la necesidad de sentirse reconocidos, en un proceso de inclusión, que en el caso de personas de nueva incorporación o en equipos recién formados, produce la ansiedad de verse aceptado por el resto de integrantes del equipo, en un proceso que conduce a la identificación grupal y en el que se confrontan y tienen que equilibrarse los valores propios y los del grupo.
- Equipos maduros, se caracterizan por una superposición entre los papeles formales y las relaciones afectivas y en la asunción de “un código de valores y una manera de hacer que constituye el Ethos del equipo” (Borrel, 2004, p. 22), o personalidad del equipo. También se anima a la expresión individual, en un reconocimiento y aceptación de sus componentes personal y profesionalmente en lo que constituye un proceso de individualización que puede generar agrupaciones de los individuos más afines, creándose subgrupos que ocasionalmente pueden generar rivalidades. De manera que la comunicación adecuada entre los miembros es fundamental para la creación de vínculos de confianza.

En cuanto a la dinámica interna de los equipos también considera los siguientes tipos:

- Equipo cohesionado, en los que sus miembros están unidos en torno a un proyecto común, de una forma más o menos homogénea.
- Equipo disgregado, se halla en el polo opuesto al anterior, en el se hacen las tareas mínimas y la toma de decisiones es ineficaz.

- Equipo de núcleo duro, hay una persona (líder formal o informal) o un grupo alrededor del cual se cohesionan la mayor parte del equipo.
- Equipo de núcleo blando, hay una mínima fracción del equipo cohesionada en torno al proyecto.
- Equipo fracturado, está dividido en subgrupos con objetivos y convicciones diferentes, en el que uno de ellos prevalece.

La cohesión del equipo se basa en gran medida en las emociones, en el aprecio y la generosidad, y en el equilibrio entre la cooperación y la competitividad.

4.4 El liderazgo de los equipos.

El liderazgo en una organización trata de lograr que las personas que trabajan en la misma colaboren y se esfuercen en conseguir unos objetivos y resultados, siendo en este sentido el liderazgo un proceso de influencia social en el que interaccionan el líder, los seguidores y la situación (Alcover et al., 2004, p. 172).

Mientras algunos líderes surgen a través de su propia influencia y el apoyo o reconocimiento del personal alrededor de ellos (líderes informales), a otros se les asignan los papeles de liderazgo desde una posición formal.

En este sentido Weber (1984) diferencia entre poder y autoridad. Viendo el poder como la capacidad de obligar a los individuos a obedecer o de tomar decisiones que afecten la vida de otros sin tener en cuenta la resistencia de éstos. Weber distingue entre el mero ejercicio del poder y la relación de dominación: la probabilidad de que un mandato sea obedecido, destacando como el poder puede ejercerse por medio de la fuerza y la coerción. Este poder puede ser ejercido por estrategias de manipulación ocultando las intenciones reales para influir en las respuestas de individuos o grupos, o también por estrategias de persuasión, guiando a los individuos hacia la adopción de una idea, actitud, o la acción mediante significados racionales y simbólicos, intenta convencer mediante argumentos que se aceptan sólo después de ser evaluados independientemente e integrados como base del comportamiento propio. De manera que a diferencia del ejercicio de la fuerza, en la manipulación y la persuasión, la autoridad se vincula a la consideración de cierta legitimidad.

Weber considera la autoridad como la capacidad de lograr que se cumplan de forma voluntaria las órdenes recibidas, fundamentándose así en la legitimidad.

Distingue tres tipos de autoridad:

- La autoridad carismática, por admiración al líder. El líder carismático destaca por sus atributos (visión clara de futuro, habilidades de comunicación, honestidad, confianza en sí mismo, honestidad, inteligencia, gran energía y orientación a la acción), el cumplimiento organizacional se consigue por “devoción” a una persona en particular. Pero el liderazgo carismático es visto desde las investigaciones actuales como un concepto interactivo, considerándose que el “carisma es resultado de las percepciones y acciones de los seguidores, que no son solo influidos por las características y el comportamiento reales del líder, sino también por el contexto de la situación”. En este sentido muchas discusiones teóricas sobre este tipo de liderazgo destacan la importancia de proporcionar un significado o propósito a los seguidores que permita la identificación de éstos con el líder y su visión, sobre todo en tiempos de crisis. El líder carismático este significado lo construye como base de su “propio significado personal”⁵⁴ (Lussier y Achua, 2005, p. 342).
- La autoridad tradicional, las costumbres de la organización tienden a no ser cuestionadas “siempre ha sido así”. El líder tradicional, hereda el poder, ya sea por la costumbre de que ocupe un cargo destacado o por pertenecer a un grupo que ha ostentado el poder desde hace mucho.
- La autoridad racional, los medios y las decisiones se dirigen a la consecución de unos objetivos administrando adecuadamente los recursos, para lograr una mayor eficiencia técnica. Esta autoridad se adquiere en función de la posición que se ocupa, ejerciéndose mediante una serie de reglas y procedimientos que establecen el comportamiento de las distintas personas en sus roles. Este tipo de autoridad es en el que se apoya la burocracia, el líder legal asciende al poder por los métodos oficiales, ya sean las elecciones o votaciones, o porque demuestra

⁵⁴ Lussier y Achua, (2005, pp. 342-43), recogen como significado o propósito de vida la siguiente definición “el grado en que la vida de la gente tiene sentido emocional y en que las demandas que enfrenta se perciben como dignas de energía y compromiso”, lo que hace que la vida de una persona valga la pena. En el influyen diversos factores como la creencia en uno mismo, la necesidad de dejar un legado o algo perdurable, mentalidad activista, abnegación, herencia y tradiciones culturales, fe y espiritualidad, intereses personales y valores.

su calidad de experto sobre los demás. Para Weber los expertos han de ser quienes realizarán además esfuerzos de coordinación y control. Siendo la autoridad un poder legítimo e institucional en el que hay que mantener cierta "distancia" entre los que mandan y los que obedecen, estando claramente instituidos los deberes y obligaciones de cada cual.

Infante (2008, p. 92) pone de manifiesto que el proceso de liderazgo "implica una relación interpersonal asimétrica entre uno que ejerce un tipo de influencia y otros que son influidos con mayor o menor conciencia". Distingue entre líderes formales e informales. Los líderes formales son personas que ocupan posiciones o puestos de autoridad, y que en las estructuras jerárquicas de las instituciones cuentan con mecanismos formales como sanciones y recompensas para el cumplimiento de sus directrices. Mientras que los líderes informales surgen en los grupos de forma espontánea, son personas que destacan y son valoradas por el grupo por sus conocimientos, simpatía, iniciativa u otras cualidades.

En los contextos laborales actuales, se aprecia el liderazgo como una capacidad de influir a través de la persuasión, de la utilización del poder personal para generar y compartir una visión (Alcover et al., 2004, p. 173). Pero este enfoque contrasta con las formas de liderazgo formal encontradas en las organizaciones sanitarias, organizadas en torno a burocracias profesionales y aún muy jerarquizadas, donde los puestos de responsabilidad y gestión de personal frecuentemente están ocupados por personas sin la suficiente formación en la dinámica y dirección de grupos. En este sentido Gil (1994, pp. 19-21) analiza la situación de los cargos intermedios, cuyo ejemplo más representativo en el ámbito sanitario sería el de los supervisores de enfermería de los servicios, situados en una posición intermedia entre la dirección y los trabajadores, afirma que son personas claves para la organización, pero que su posición intermedia les hace recibir presiones de ambos lados, ya que deben intentar lograr los objetivos marcados por sus superiores pero no a expensas de las necesidades de sus subordinados. Destaca que pueden verse amenazados por los siguientes problemas:

- Objetivos inciertos, con frecuencia la dirección no les comunica sus expectativas de forma clara, lo que le hace que tenga que interpretarlas y convertirla en objetivos
- Tareas y funciones poco claras.

- Ambigüedad y conflicto de rol, con respecto a sus responsabilidades funcionales, lo que puede suponer un importante factor estresante. Si además no han aprendido habilidades de dirección y supervisión se pueden convertir en ejecutores de las directrices de la dirección entrando en conflicto con sus iguales o subordinados.
- Confusión sobre procedimientos de trabajo, pueden no tener claros los medios que deben utilizar para informar, motivar, afrontar conflictos y supervisar a sus subordinados.
- Promoción limitada, por la escasez de puestos superiores.
- Conflictos interpersonales, producidos por el estrés sobre todo cuando interactúan con sus iguales.

Considera que estas variables hacen que los grupos intermedios sean probablemente los que más estrés, insatisfacción y conflicto sufran entre los directivos de las organizaciones.

Para Aguilar, García y Calvo (2004) los líderes juegan un papel fundamental en la creación y transmisión de valores en el contexto de las organizaciones sanitarias. Concretamente los supervisores tienen una influencia decisiva porque son los que traducen los valores reales de la organización, su filosofía, sus políticas y sus objetivos, a través de la toma de decisiones que realizan día a día y de los criterios que las sustentan.

Para que prevalezcan los intereses grupales y el espíritu de equipo, el líder debe estimular a sus seguidores a que respalden estos valores y crear un clima de cooperación y apoyo, para inducir compromiso y motivación en los trabajadores. Los líderes que fracasan en esta misión pueden suscitar actitudes y comportamientos hostiles que dificulten la consecución de los objetivos e interfieran en los procesos de trabajo.

Vemos así como el líder (como difusor de los valores de la organización), tiene un papel fundamental en la creación de ambientes que favorezcan la colaboración y el trabajo en equipo.

En cualquier caso el líder tiene por misión dirigir equipos y solucionar problemas para ello tiene que (Gil, 1994, pp. 19-21):

- Influir en el comportamiento de las personas que lidera. Implicar a los miembros, con claridad de ideas, capacidad de mando e iniciativa para el cambio.

- Motivar, hay que tener en cuenta que la motivación es compleja, en ella no influyen solo aspectos materiales como recompensas económicas, sino también aspectos personales como el reconocimiento, la realización y la responsabilidad.
- Delegar, puede tener efectos positivos sobre la motivación al poder participar en tareas relevantes y en la consecución de los objetivos.
- Evaluar, para detectar y mejorar los puntos débiles pero también para resaltar los aspectos positivos.
- Facilitar el proceso de toma de decisiones del grupo.
- Habilidades de negociación, de resolución de conflictos y de asesoramiento

Mintzberg (citado por Lussier y Achua, 2005, p. 9), identificó diez funciones que los líderes desempeñan para lograr los objetivos de la organización y las agrupó en tres categorías como se muestra en la siguiente tabla:

Funciones administrativas		
Funciones interpersonales	Funciones informativas	Funciones decisionales
Representación	Supervisor	Emprendedor
Líder (guía)	De difusión	De manejo de problemas
Enlace	Portavoz	De asignación
		De recursos negociador

Tabla 8: Funciones administrativas del líder

Como hemos podido apreciar la diversidad de conocimientos y habilidades que debe manejar el líder hace necesario que tenga una adecuada formación en cuanto a dinámica y dirección de grupos, así como en habilidades de comunicación (Gil, 1994, p. 25). Como afirma Infante (2008, p. 101): “Los líderes al mismo tiempo se nacen y se hacen, y su eficacia conductual depende tanto de los factores personales como de los situacionales (objetivos, tareas y destinatarios)”.

4.5 El estudio del trabajo en equipo en ámbitos sanitarios.

En nuestras búsquedas bibliográficas en las bases de datos especializadas Pubmed y Cuiden, etc., apreciamos que hablar de equipos en salud no es algo nuevo encontrando

el primer artículo en 1920⁵⁵. En España un hecho que impulso el hablar de equipos de salud fue el desarrollo de la atención primaria a partir de la reforma de 1984, y la creación de los “equipos de atención primaria”.

En general los primeros artículos versan sobre la necesidad de abordar los problemas de salud por diferentes profesionales, pero el auge del interés por estudiar cómo se hace efectivo el trabajo en equipo surge a raíz de un informe emitido en 1999 por el Instituto de Medicina estadounidense (IOM) que evidencia que los errores médicos son responsables de entre 44.000 y 98.000 muertes al año, como respuesta el presidente Clinton creo la Quality Interagency Coordination (QuIC) para desarrollar un Plan Federal que permitiera reducir el número y la gravedad de los errores médicos, asumiendo la Agencia de Investigación y Calidad el papel de liderar el “movimiento de seguridad del paciente”. De las investigaciones e informes emitidos se desprende la necesidad de trabajar en equipo para mejorar la asistencia sanitaria, y la consideración de que la formación de los profesionales sanitarios para trabajar como un equipo bien coordinado debe mejorar la seguridad del paciente y reducir los errores médicos (Baker, Gustafson, Beaubien, Salas y Barach, 2005). Estos estudios ponen de manifiesto la necesidad de reorientar la “cultura de la culpa” a una “cultura de seguridad del paciente”.

Por su parte la Fundación para la Investigación de los Servicios Sanitarios de Canadá (CHSRF) en 2005 encargo a un grupo de 25 investigadores que sintetizaran la evidencia existente, en Canadá y en el extranjero, sobre los equipos de salud eficaces y lo que se estaba haciendo para promover este método de trabajo. Su objetivo era

⁵⁵ Nos parece interesante añadir, a modo de curiosidad la referencia de estos primeros artículos en revistas del ámbito sanitario, no las incluyo en la bibliografía ya que no hemos tenido acceso a ellas ni a los resúmenes de los artículos. Hemos seleccionado los primeros artículos encontrados, que abordaban las siguientes temáticas:

- Los equipos de trabajo en salud: una editorial en la revista *Am J Public Health*, 10(7):607 en 1920, Team work among health agencies, y Burrows, R. (1925). Team work. *Cal West Med*. 23(7):848-9.
- La Supervisión médica de los hombres en el trabajo: Meiklejohn, A. (1951) Medical supervision of men at work. The doctor-nurse team in industry. *Nurs Mirror Midwives J*, 27;93(2413):307-8.
- Las relaciones interprofesionales: Koch CC (1951) Education in interprofessional relations.. *Am J Optom Arch Am Acad Optom*, 28(6): 283-9.
- Comunicación en el trabajo en equipo: Pratt OG. (1955)Essentials in the hospital of 1955 team work and open channels of communication. *Conn State Med J*. 19(12):960-3.
- Trabajo en equipo interdisciplinario y Trabajo en equipo en el cuidado de la salud 1968
- Trabajo en equipo de enfermería: Germain, L.D. (1950). Pharmacy-nursing team work improves care of patient. *Hosp Manage*. 69(6):78-82.

elaborar recomendaciones para poner en práctica el trabajo en equipo eficaz en los diferentes niveles de los sistemas de salud de Canadá. Entre sus conclusiones destacamos las siguientes (Clements, Mylène y Priest, 2007):

- En la literatura el concepto de equipo es muy amplio, considerándose como algo que existe cada vez que dos o más personas trabajan juntos para conseguir un objetivo común. Encontrando que en muchas ocasiones trabajo en equipo y colaboración se utilizan como sinónimos, cuando en realidad su significado es diferente. La colaboración entre los profesionales es un proceso que afecta al trabajo en equipo, pero también es un resultado en sí mismo, pudiendo tener lugar sin que los profesionales se consideren miembros de un equipo. Por su parte el trabajo en equipo requiere de una decisión explícita de los miembros del equipo para cooperar en la consecución de un objetivo común, lo que significa en ocasiones sacrificar su autonomía para lograr coordinar las actuaciones, bien a través de las decisiones de un “jefe” o por la toma de decisiones compartida. Como resultado la responsabilidad debe ser asumida de forma individual, pero también de forma grupal.
- En la atención sanitaria el funcionamiento real en equipo raramente existe, a pesar de que los miembros del equipo están en continua interacción y deben trabajar juntos para prestar cuidados a los pacientes.
- Uno de los mayores obstáculos son las estructuras jerárquicas históricas de poder, asentadas en gran medida en arraigadas “culturas profesionales”.
- Es necesario garantizar una comunicación de y entre las profesiones, así como dentro de la institución.
- Los equipos eficaces se adaptan a condiciones cambiantes, por su seguridad en sus capacidades para resolver problemas y por la confianza mutua.
- Los estudios muestran una relación fuerte entre el desempeño eficaz de los equipos y cualidades como la flexibilidad, la adaptabilidad, la resistencia al estrés, la cohesión, la moral, etc.
- Parece que la composición del equipo y el trabajo en equipo eficaz podrían tener efectos positivos en los entornos de salud, sobre todo en referencia a la calidad de la atención y en la seguridad del paciente, como son: la reducción de errores médicos, la mejor distribución de cargas de trabajo, el aumento de la cohesión y la reducción del desgaste de los profesionales de la salud. De manera que podría

ser un medio para atender mejor las necesidades de los pacientes, y aumentar la productividad a través de una fuerza de trabajo más equilibrada, más feliz y más saludable.

- El entrenamiento del equipo es esencial tanto en habilidades técnicas como en habilidades sociales, a través de programas individualizados de formación. Señalan también la utilidad de las listas de verificación y de los protocolos de comunicación para mejorar los procesos de equipo y reducir los errores adversos, en este sentido se proponen programas de formación utilizados en aviación, de gestión de recursos de tripulación (CRM).

Este interés por el trabajo en equipo también ha sido recogido por la enfermería basada en la evidencia dando lugar a la elaboración de la Guía de práctica colaborativa en los equipos de enfermería, elaborada por la Asociación profesional de enfermeras de Ontario (RNAO, Canadá), dentro de las Guías de buenas prácticas en entornos saludables. Y que forman parte del Proyecto de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016, desarrollado gracias a la colaboración entre Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii), el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados en Salud basados en la Evidencia (constituido por el Instituto de Salud Carlos III, 14 comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad), y la Asociación de Enfermeras de Ontario (Ruzafa, González, Moreno, del Rio, Albornos y Escandell, 2011).

Hall (2005, p. 193, citando a Norsen, Opladen, y Quinn, 1995), afirman que las habilidades de colaboración son las herramientas que cada profesional puede utilizar para empezar a explorar y comprender los mapas cognitivos de los demás miembros del equipo. Señalan como habilidades fundamentales para el trabajo en equipo eficaz:

- Cooperación: trabajar con otros para lograr un mismo fin, para lo que es necesario reconocer y respetar otras opiniones y puntos de vista.
- Asertividad: Afirmación del propio punto de vista con la confianza.
- Responsabilidad: aceptar y compartir las responsabilidades, y participar en la planificación y la toma de decisiones del grupo.
- Comunicación: intercambio eficaz de información importante y de ideas, y la discusión de las mismas.
- Autonomía: Capacidad para trabajar de forma independiente.

- Coordinación: La organización eficiente de las tareas de grupo.
- Además de las habilidades específicas de liderazgo para gestionar un equipo interprofesional, se requiere la capacidad de reconocer los desafíos inherentes a la dinámica de grupo, pero también de los suscitados al tratar de mezclar las diferentes culturas profesionales representadas en el equipo.

En el ámbito sanitario y desde una perspectiva enfermera D'Amour et al. (2004, 2006a, 2006b, 2008) estudian ampliamente el modelo de trabajo en equipo poniendo énfasis en el concepto de colaboración. Analizan diferentes modelos (D'Amour, San Martín, Ferrada y Beaulieu, 2004) y proponen el “modelo de estructuración de la colaboración interprofesional” (D'Amour y San Martín, 2006b). Entienden que el concepto de colaboración trata sobre la naturaleza de las relaciones y de las interacciones entre un conjunto de individuos que trabajan juntos, y que es un proceso interactivo y dinámico de gran complejidad que requiere de negociación y de intercambio social. Supone una acción colectiva, orientada hacia un objetivo común. Consideran que se utilizan cuatro nociones para definir la colaboración: compartir, compañerismo, poder e interdependencia:

- La noción de compartir se refiere a las responsabilidades, información y la toma de decisiones pero también a tener una filosofía y unos valores comunes, unos modelos mentales compartidos (Gillespie, Chaboyer, Longbottom y Wallis, 2010) que posibiliten estos intercambios.
- Ven necesario que se establezca una relación de compañerismo. “Esta relación exige una comunicación abierta y honesta, una confianza y un respeto mutuo así como un conocimiento y una valoración del trabajo y de los puntos de vista de los otros profesionales” (D'Amour San Martín y Ferrada, 2006a, p. 27).
- En una situación de colaboración, se hace necesaria la simetría de poder entre los distintos profesionales y una estructura organizativa horizontal.
- La colaboración implica que los profesionales sean interdependientes antes que autónomos, y deriva de las necesidades del paciente. La toma de conciencia de esta interdependencia por parte de los miembros del equipo ocasiona un efecto sinérgico.

Me parece interesante la relación que entiendo existe entre los conceptos de colaboración y de interdependencia recíproca, ya que considero que es en el

“intercambio recíproco” de conocimientos, de informaciones, de actuaciones, entre las distintas profesiones donde se puede lograr la tan buscada sinergia, la excelencia en el trabajo en equipo (Blake, Mouton y Allen 1993, p. 12).

En el “modelo de estructuración de la colaboración interprofesional” (D’Amour, y San Martín, 2006b), definen cuatro dimensiones: finalización, interiorización, formalización y gobierno, dentro de estas establecen indicadores cuya medición permita establecer el nivel de colaboración alcanzado (tabla 9).

DIMENSIÓN	INDICADOR (seleccionan 4 de 10)	Nivel 3 Colaboración en acción	Nivel 2 Colaboración en construcción	Nivel 1 Colaboración en inercia
Finalización , grado en que los profesionales se adhieren a objetivos comunes centrados en las necesidades de los clientes.	Finalidades	Consensuadas y globales	Puntualmente hay finalidades comunes	Ausencia de finalidades comunes o en confrontación
Interiorización , presencia de conciencia de grupo en los profesionales, interdependencia, y confianza	Conocimiento mutuo	Frecuentes reuniones y actividades comunes regulares	Pocas actividades comunes y escasas ocasiones para reunirse	No hay ocasiones para reunirse ni actividades comunes.
Formalización , definición de normas de conducta, intercambio de información y coordinación	Existencia de reglas	Reglas definidas conjuntamente y acuerdos consensuados	Acuerdos no consensuados, en proceso de construcción y negociación	No hay acuerdos, no son respetados u ocasionan conflictos.
Gobierno	Liderazgo	Liderazgo compartido o consensuado	Liderazgo difuso, con poco impacto.	Liderazgo monopolizado

Tabla 9: Niveles de colaboración (tabla extraída de D’Amour y San Martín, 2006b, p. 50).

Mahieu (2005), D'Amour et al., (2004, 2006a) y Esperanza, Guillén y Miralles (2006) distinguen tres tipos de equipos según la intensidad de colaboración entre sus miembros:

- Equipo multidisciplinar o pluridisciplinar, es aquel formado por un conjunto de profesionales que proceden de diversas disciplinas, implicados en un proyecto común (en nuestro caso la salud del paciente), pero que trabajan de forma individual, independiente o paralela. Hace referencia a yuxtaposición de disciplinas, es aditiva.
- Equipo interdisciplinar implica una colaboración más estrecha, sus miembros tienen objetivos comunes y una copropiedad del proyecto, necesita un espacio formal para compartir la información, las decisiones, con la finalidad de proponer conjuntamente, soluciones a problemas altamente complejos.
- Equipo transdisciplinar, en él los territorios profesionales se difuminan, se busca el consenso, intercambiando información, conocimientos, competencias, traspasando la concepción tradicional de las fronteras disciplinarias. De esta forma sus componentes adquieren conocimiento de otras disciplinas relacionadas y las incorporan a su práctica.

“Hay más o menos acuerdo en que la constitución de los equipos debe ser multidisciplinaria y su práctica al menos interdisciplinaria” (Romano et al 2007, p. 137)

Uno de los aspectos problemáticos en los equipos de salud es que la estructura y composición del equipo es variable, por la rotación que ocasiona continuos cambios en los individuos, pero también en el número de sus componentes, Yeager (2005, p. 144) destaca la expansión de los grupos de trabajo en salud considerando la existencia de lo que podemos llamar el “equipo básico” y el “equipo ampliado”. Estos conceptos nos van a ser de gran utilidad cuando analicemos las dinámicas de trabajo en la UCI.

Por último me parece pertinente resumir y subrayar algunas de las condiciones que los autores destacan como necesarias para propiciar el trabajo en equipo y que nos han parecido importantes para tener en cuenta en el trabajo de campo:

- La comunicación interna, formal e informal (D'Amour et al., 2004, 2006a, 2006b, 2008; Rodríguez, 2005; Clèires, 2006; Rubio 2006; Romano et al., 2007; Plaza, Martínez y Rodríguez, 2009).

- La existencia de espacios y tiempos propios para la comunicación interprofesional, como pueden ser las reuniones interdisciplinarias (D'Amour et al 2006^a; Esperanza et al.; 2006, Rubio et al., 2006; Romano et al., 2007; Plaza et al., 2009).
- La definición clara de las funciones de los profesionales, y el conocimiento del papel no solo que desempeña uno mismo sino también los demás profesionales (Creus, 2002; Del Río, Perezagua, Villalta y Sánchez, 2005; Romano et al., 2007), así como el reconocimiento y el respeto mutuo (Yeager, 2005; Huber, 2010).
- La presencia de estrategias organizativas e institucionales que favorezcan la participación y que dediquen tiempo y recursos para suministrar a los individuos las herramientas necesarias para el trabajo colaborativo (D'Amour et al 2006a; Rubio 2006; Romano et al., 2007).
- Sentimiento de pertenencia a al grupo (D'Amour et al, 2004).
- El liderazgo de equipo, fundamental para una adecuada orientación y coordinación de sus miembros. (Reader, Flin, Mearns y Cuthbertson, 2009)

5.- LA COMUNICACIÓN EN LAS ORGANIZACIONES Y EL TRABAJO EN EQUIPO

Como afirma Marín (2008c, p.69), la comunicación “es la esencia misma de todo grupo humano”. Pero el proceso de comunicación es complejo ya que en el intervienen diversos elementos heterogéneos: emisor, receptor, codificación, mensaje, medio o canal a través del cual se transmite el mensaje, decodificación, creación de significado, retroalimentación, barreras al flujo comunicativo (tabla 10).

Cassirer (1975) entiende que las formas simbólicas son la base de la comunicación, ya que es la existencia de un mundo común la que posibilita la relación dialógica entre emisor y receptor. Este mundo común de significados, según Sapir (1956) y Whorf (1971), está determinado en gran medida por la estructura de nuestra lengua que nos predispone hacia ciertas elecciones interpretativas.

La comunicación constituye la base para la expresión y comprensión de procesos básicos para el grupo: influencia, identidad, transmisión de la cultura, cooperación, competencia, legitimación, contagio, imitación social o liderazgo. De manera que en las

organizaciones su papel es fundamental, ya que une a los individuos de un sistema social y proporciona las informaciones necesarias para dirigir las acciones hacia sus objetivos (Marín, 2008c, p.70). Además a través de la comunicación “las personas establecen relaciones interpersonales funcionales que les permite trabajar de forma conjunta y alcanzar las metas previstas” (Mañas y Salvador, 2008, p. 98).

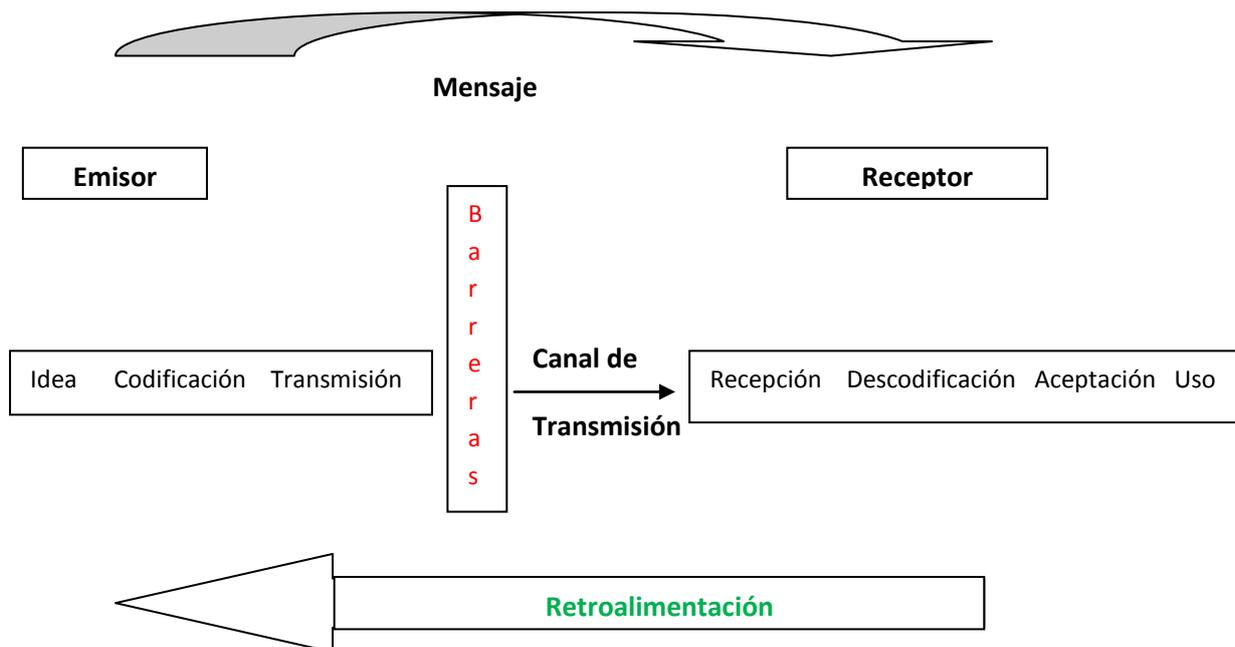


Tabla 10: “Elementos del proceso de comunicación” (David y Newstrom, 1991, p. 86, citados por Mañas y Salvador, 2008, p. 98)

Gil y Barrasa (2003, p. 322, citando a Stohl, 1995, p. 161), definen la comunicación organizacional como “el proceso de interacción colectiva de generar e interpretar mensajes”, de manera que con ella sus miembros obtiene la información oportuna de la organización, a la que le atribuyen un significado, y a la que responden tratando así de “influir en el contexto social”. De manera que “la información está en la base de los procesos de comunicación y constituye su materia prima” (Gil y Barrasa,

2003, p. 327). Por ello los procesos de comunicación van a depender también de las características de la información⁵⁶.

Según Marín (2008, p. 70), en todo grupo organizado y formal, y en concreto en una organización, “es necesario restringir, conducir y planificar la comunicación entre sus miembros”. De manera que cuanto mayor es el grupo también se hace mayor la necesidad de canalizar la comunicación de forma adecuada para que las informaciones circulen de forma fluida en el menor tiempo posible a todos miembros de la organización que la precisen y con las mínimas distorsiones.

En los entornos sanitarios hemos de destacar la importancia de las barreras al flujo comunicativo, que pueden hacer ineficaz la comunicación produciendo obstáculos en el proceso comunicativo que pueden deformar el significado del mensaje, como por ejemplo el uso de términos no conocidos por el receptor (terminología biomédica especializada), recibir información incorrecta, elegir un canal inadecuado, diferencias de valores sociales (jerarquización) y culturales (profesionales) etc. Otras barreras pueden deberse a factores personales como puede ser las habilidades para comunicarse eficazmente, el nivel de confianza entre emisor y receptor (su relación interpersonal), la capacidad de escuchar y de comprender, la formación, etc. También podemos encontrar barreras físicas como por ejemplo la distancia y barreras semánticas debidas a errores de codificación y descodificación (Mañas y Salvador, 2008, p. 97).

La comunicación en las organizaciones puede ser de diferentes tipos, atendiendo a diferentes criterios (Marín, 2008, Mañas y Salvador, 2008):

- Teniendo en cuenta a qué nivel se realiza la comunicación interpersonal, esta puede ser: diádica o dual, en pequeños grupos y en grupos grandes o comunicación pública.
- Según el flujo comunicativo puede ser descendente, horizontal o lateral y descendente.
- Según un criterio ambiental puede ser externa o interna. La comunicación interna, según Mañas y Salvador (2008, pp. 96-97), se puede considerar “como el patrón de mensajes compartidos por los miembros de una organización”.

⁵⁶ Gil y Barrasa (2003, p. 328, citando a Hodge, Anthony y Gales, 1998) señala las siguientes características de la información: relevancia, calidad, riqueza y cantidad de canales de transmisión, temporalidad, accesibilidad y valor simbólico).

Mientras que la comunicación externa se refiere a los mensajes que la organización emite hacia el exterior.

Nos vamos a detener someramente en algunos de estos tipos de comunicación, los que nos resultan de mayor interés para nuestra investigación.

- La comunicación diádica es la que se establece persona a persona, en ella influyen factores como la cercanía, la intimidad y la confianza.
- La comunicación en grupos pequeños, está determinada por los objetivos de la interacción grupal, estos son básicamente tres: interacción con fines de evolución personal o socializadora, reuniones para trabajar un tema concreto y para tomar decisiones sobre alguna cuestión común. Para que este tipo de comunicación sea efectiva son necesarias una serie de condiciones: compromiso e interés por los otros miembros del grupo, identidad, liderazgo y normas grupales⁵⁷. Tanto aquí como en la comunicación diádica el rol comunicativo, de emisor y receptor, entre los distintos individuos se entremezcla e intercambia continuamente (Marín, 2008, p. 77).
- La comunicación en grupos grandes o en situación pública, a diferencia de las anteriores, el rol de emisor suele distanciarse más (suele estar situado en una posición de autoridad) y ser mas permanente en el tiempo, mientras que los demás están escuchando, existiendo una serie de normas más o menos instituidas formalmente que regulan la aceptación de los roles comunicativos que previene desavenencias en la marcha del grupo. Otra característica es la mayor formalidad del contenido del mensaje que se emite, suele ser menos espontaneo y expresar ideas que han sido preparadas previamente.
- La comunicación descendente es propia de las organizaciones y de los grupos formales, donde el estatus organizativo está definido, produciéndose la comunicación desde los niveles superiores hacia los inferiores. Con frecuencia se producen rupturas y distorsiones comunicativas ocasionadas por deformación y mala interpretación de los mensajes, sobre todo en grandes organizaciones y con muchos niveles jerárquicos (Rodríguez, 1996, citado por Mañas y Salvador,

⁵⁷ La comunicación grupal se ve influenciada por factores de interrelación interpersonal, tamaño del grupo, atracción física, tiempo para la comunicación y por las condiciones físico-ambientales (ruidos, espacios donde reunirse, etc.) (Marín, 2008, p. 87).

2008, p. 104)⁵⁸. Para contrarrestar estos problemas es recomendable utilizar diferentes canales y repetir el mensaje varias veces. Los mensajes se pueden referir a: instrucciones sobre la realización o mejor comprensión de la tarea, sobre procedimientos y prácticas de la organización, retroalimentación del trabajador sobre su rendimiento y ejecución y adoctrinamiento ideológico (metas, valores, normas, etc.).

- La comunicación horizontal, se produce entre individuos de un nivel jerárquico similar dentro de la organización. Según Porter y Roberts (1976, citados por Mañas y Salvador, 2008, p. 105), podemos distinguir las siguientes interacciones: entre los miembros de un mismo departamento, entre diferentes departamentos o servicios que deben realizar acciones conjuntas o coordinadas, y de asesoría (de expertos que apoyan a departamentos en proyectos específicos).
- La comunicación ascendente, en ella la información fluye desde los trabajadores hacia los niveles superiores, normalmente sus jefes inmediatos, que son los que suelen recoger los problemas planteados por sus subordinados (Marín, 2008, p. 82).

Por último nos referiremos a los tipos de comunicación atendiendo a las redes⁵⁹ que se establecen dentro de los grupos o de la organización, se pueden diferenciar dos tipos de redes formales e informales (Marín, 2008, p. 83):

- Las redes formales, son los “circuitos de comunicación” establecidos por la organización, determinados por las relaciones y las funciones marcadas por el rol y el estatus asignado a sus miembros. En función de las dinámicas y los flujos de comunicación pueden ser de dos tipos: centralizadas (la información pasa por una persona que se encarga de distribuirla) y descentralizada (en la que todos los miembros del grupo tienen la misma posibilidad de acceder a la información).

⁵⁸ Estos autores señalan la importancia de la confianza también en este tipo de comunicación, en relación al tipo de información que se proporciona y a la “percepción de ocultación”, de aspectos en esa información.

⁵⁹ Según Marín (2008, p.83) “se entiende por redes de comunicación, la estructura de relaciones establecidas en el interior de las comunicaciones de los grupos”.

Redes informales, corresponde a las interacciones espontaneas que se producen entre los miembros de los grupos y de la organización, en el plano personal, como respuesta a la satisfacción de sus necesidades afectivas y socioemocionales. Por ello se basan en simpatías y preferencias, más que en el puesto que se ocupa. Esta comunicación informal incorpora además de los contenidos racionales, sentimientos, actitudes y valores. Se ve afectada por el contacto continuado, la atracción mutua, la similitud de valores y la proximidad social (ingresos, contexto cultural y social, etc.). Su distribución en red hace que se propague más rápidamente que la comunicación formal (a la que completa con frecuencia), per aunque habitualmente es bastante precisa, también suele ser incompleta, lo que puede provocar distorsiones, rumores⁶⁰ y malentendidos.

Pensamos que era necesario detenernos en los conceptos básicos relacionados con la comunicación, al ser esta una condición indispensable para establecer relaciones interpersonales adecuadas y con ello hacer efectiva la colaboración y el trabajo en equipo (D´Amour et al 2004, 2006a, 2006b, 2008; Rodríguez Porras, 2005; Clèires, 2006; Rubio et al., 2006; Romano et al. 2007; Plaza et al. 2009; Richardson, West y Cuthbertson, 2010).

Compartimos con Marín, (2008, p. 71) la idea de que los grupos humanos “constituyen sistemas sociales unidos por lazos de comunicación interrelacionados”, en este sentido la comunicación posibilita las relaciones humanas, y por tanto es el medio a través del cual alimentar los sistemas sociales organizacionales, y por el que lograr la satisfacción de las necesidades tanto individuales como grupales.

II- MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo presentamos el diseño y las estrategias metodológicas. Las técnicas empleadas para la recogida de datos y su análisis, y la ética que la ha guiado esta investigación.

⁶⁰ Los rumores son informaciones que se difunden sin que exista evidencia sobre ellas y se caracterizan por introducir distorsiones e interpretaciones personales. En ocasiones se trata de informaciones incorrectas surgidas como consecuencia de situaciones ambiguas, o por el interés y necesidad de los empleados en acceder a datos sobre temas importantes para ellos (Soler y Meseguer, 2010b, p. 96).

1.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

La investigación siempre comienza con el planteamiento de un problema o grupo de problemas; es lo que Malinowski denomina “problemas preliminares” (Hammersley y Atkinson 2001, p. 40), en nuestro caso “la idea” de que el trabajo en equipo como metodología de trabajo tiene un uso más a nivel teórico y abstracto (en lo que debería de ser), que a nivel práctico (en lo que es).

Como afirma De la Cuesta (2008), elegir un tema de investigación es un proceso interactivo y expansivo, influenciado por los asuntos y factores que van surgiendo en la medida en que se va avanzando, de manera que la pregunta de investigación cualitativa se formula de manera flexible construyéndose y reconstruyéndose durante el propio proceso de investigación combinando intereses teóricos (desarrollar conocimiento), sociales (es relevante socialmente), profesionales y personales.

En este sentido el interés personal queda patente, ya que el punto de vista desde el que me sitúo⁶¹, es el de enfermera asistencial que ha trabajado durante 24 años en diferentes hospitales y servicios, pero que en el momento de empezar esta investigación, estaba trabajando desde hacía 9 años en el lugar del estudio, la unidad de cuidados intensivos del hospital Rafael Méndez. En consecuencia soy consciente de que esta idea está impregnada de mis propias vivencias y antecedentes, que han motivado en gran medida el acercamiento a este tema. De ahí también el interés profesional, me muevo a diario en un contexto “multicultural”, de relaciones interprofesionales, en donde hay una gran interdependencia entre las actividades que desempeñamos los diferentes profesionales que interactuamos. A partir de esta realidad podemos apreciar su interés social, ya que como hemos destacado a partir de las referencias que hacemos en este trabajo a las investigaciones desde diferentes ámbitos, la colaboración, la comunicación y el trabajo en equipo interprofesional constituyen una de las bases para un cuidado seguro y de calidad a los pacientes. Como también hemos destacado, existe poco conocimiento a cerca de estos complejos fenómenos, de ahí nuestro interés en conocer y

⁶¹ Aquí hablare en primera persona, ya que considero que es importante que me sitúe como investigadora, como profesional y como persona, y que haga participes a los lectores de mis reflexiones epistemológicas y metodológicas, como condición necesaria para poder controlar los sesgos que pueden derivarse de mi posición de “participante observador”.

comprender los factores que intervienen favoreciendo o dificultando las practicas colaborativas.

En cuanto a la flexibilidad en la formulación del problema de investigación, este se ha ido reformulando a medida que la documentación bibliográfica aportaba conocimiento a la investigadora sobre el tema, así como con los datos recogidos en el trabajo de campo. De manera que en un primer momento hablamos de trabajo en equipo, para posteriormente hablar además y de un modo más amplio de colaboración interprofesional, reconociendo que esta se podía hacer efectiva con diferentes niveles (D'Amour y San Martín, 2006b), y en diferentes equipos por la peculiaridad de estos en los contextos sanitarios, donde la pertenencia suele ser flexible, variable y múltiple (Marín y Troyano, 2008; Yeager, 2005). Hubo que repensar el planteamiento en principio simplista, para adaptarnos a la complejidad que se desprendían de los datos que iban recopilándose.

La investigación cualitativa nos ha parecido la adecuada para acercarnos a nuestro objeto de estudio por su enfoque holístico e integrador, en el que todas las visiones son valiosas y en el que la realidad se presenta como un todo complejo de interacciones. Pensamos que los grupos, culturales, situacionales, y en nuestro caso laborales, comparten una estructura de razonamiento, que aunque generalmente no es explícita, si se manifiesta en diferentes aspectos de la vida. En este sentido exploramos el campo relacional de los individuos o grupos su participación en relaciones sociales estructuradas, en redes relacionales concretas y como estas pueden afectar a sus expectativas, creencias y acciones (Jociles, 1999).

Por ello hemos diseñado un estudio exploratorio descriptivo inserto en el paradigma cualitativo, basado en el enfoque etnográfico como forma de aproximación a la realidad, que “se apoya en la convicción de que las tradiciones, roles, valores y normas del ambiente en que se vive se van interiorizando poco a poco y generan determinados estilos que pueden explicar la conducta individual de forma adecuada” (Pérez Serrano 1994, p. 19). En este sentido la etnografía nos permite estudiar conductas sociales y culturales. La aproximación etnográfica es la idónea, al considerar que los acontecimientos y fenómenos deben ser entendidos en su contexto, en el mundo real. Ya que los encuentros intersubjetivos proporcionan la oportunidad de hacer inteligible las vivencias de los informantes en el entorno en el que interaccionan elementos culturales, sociales, individuales, cognitivos, verbales y no verbales, con el fin de comprender su

complejidad. Reconociendo que la “verdad” está compuesta por múltiples constructos de la realidad”, y por tanto la existencia de múltiples realidades (Salamanca 2006).

Conocemos a las personas en sus acciones, decires, tiempos y lugares que percibimos y captamos oyéndolos y viviendo como ellos, lo que nos da una convicción subjetiva, no ya a nivel social sino a nivel simbólico mental [...] pero anclado en la experiencia de similares fenómenos en nuestras vidas, experiencia que se refiere a problemas de moralidad y valor, de creatividad y alegoría [...] sobre las cuales reflexionan de una u otra manera en todas las culturas. [...]El detalle etnográfico vivido tiene que llevarnos a estructuras de significado, a paradigmas y principios de carácter universal. La experiencia del mundo empírico nos proporciona material sustantivo y preciso que tiene que ser descodificado y comparado por la razón antropológica. (Lisón, 1998b, p. 238).

1.1 Unidad de estudio.

El objeto de estudio de esta investigación es el trabajo colaborativo interdisciplinar en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca.

La elección de la unidad de estudio está motivada por la facilidad de acceso, ya que la investigadora es trabajadora de la misma, y desde el primer momento hubo una predisposición a la colaboración tanto desde la dirección del hospital, autorizando su realización a través de la conformidad de la comisión de investigación con la realización de esta investigación, como por parte del jefe de servicio y del supervisor, así como por los trabajadores implicados.

Otros motivos que motivaron su elección fueron:

- La alta sensibilidad que tiene una unidad de cuidados intensivos, donde el trabajo en equipo se puede considerar un valor añadido.
- La diversidad de los miembros que participan en la unidad, constituyendo en cierta manera un microcosmos de lo que es el hospital, la unidad recrea la complejidad del hospital.
- La compatibilidad de los turnos para hacer las entrevistas, ya que en determinados horarios era posible entrevistar a un profesional, mientras los demás se hacen cargo del trabajo asistencial lo que hace posible que se pueda combinar la atención al paciente con la participación en la investigación (en un Hospital comarcal donde muchos trabajadores no viven cerca en ocasiones puede ser difícil conseguir tiempo para hacer las entrevistas). El poder hacer las

entrevistas dentro de los horarios de trabajo ha facilitado el acceso a los informantes.

- El universo de estudio es accesible.
- La escasa disponibilidad de tiempo para iniciar esta investigación en otro entorno.

El proceso de investigación ha seguido una serie de fases interconectadas tras la determinación del problema de investigación y la elección del tipo de estudio y de su diseño. Estas fases han partido de la recopilación de información y documentación bibliográfica para trazar el marco teórico, la recogida de datos a través del trabajo de campo, la organización, análisis y comparación de los datos recopilados, y por último la descripción e interpretación de los hallazgos a través de la redacción de este documento.

El procedimiento que se siguió para la recolección de la información fue el siguiente:

- Documentación bibliográfica. Que aunque constituyo en un primer momento la base del acercamiento al problema de estudio, se actualizo de forma constante a lo largo de toda la investigación, para proporcionar elementos para la comparación con los datos recogidos durante el trabajo de campo.
- Se solicito la autorización de la comisión de investigación del hospital para realizar esta investigación, en 2009 para la realización de una tesis de máster y en 2010 para continuar el estudio con esta tesis doctoral, y una vez concedida se comenzó con el resto de actividades (anexos I y II).
- Se puso en conocimiento del supervisor y del jefe del servicio el inicio de la investigación, solicitando su aprobación.
- Se contacto con los informantes a través de una reunión que convoco el supervisor de servicio para otros temas, pero se aprovecho para explicar a los asistentes el motivo de la investigación, los métodos, el compromiso de confidencialidad, privacidad y buen uso de la información.
- De modo exploratorio se paso una encuesta a todo el personal del servicio, que incluía una carta de presentación explicando el propósito del estudio, los métodos utilizados, solicitando su participación en la encuesta y en las posteriores entrevistas, y agradeciéndoles de antemano su valiosa colaboración.

- Se contacto posteriormente de forma individual y personal con cada informante para concertar las entrevistas.
- Se realizo la entrevista en una sala privada dentro de la unidad (a excepción de una que se realizo en una sala fuera del servicio, también privada). Y se pidió autorización para grabar la entrevista.
- En cualquier momento se ha aclarado a los participantes cualquier duda que les haya podido surgir sobre la investigación.
- Se transcribieron las entrevistas.
- Se enviaron las transcripciones a los informantes que lo solicitaron (tres).
- Simultáneamente se programaron periodos de observación, una primera fase de observación sistemática, seguida de otra fase de observación participante.
- Se recopilaron otro tipo de documentos e informaciones sobre actividad asistencial, personal, etc., a través de entrevistas con los responsables de estas aéreas, revisión de documentos y páginas Web institucionales.
- Por último se contacto con trabajadores de otros hospitales para obtener información actualizada de las UCIs de la región.

1.2 Participantes y criterios de selección.

Los sujetos del estudio, son los profesionales que trabajan de forma habitual en la unidad de cuidados intensivos del hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca: enfermeras, médicos, auxiliares de enfermería y celadores.

Se usaron para la recolección de datos, junto con otras técnicas, entrevistas semiestructuradas en profundidad.

La elección de los informantes, siguiendo las recomendaciones de Goetz y LeCompte, (1988, p. 90), tiene entre sus propósitos encontrar estrategias que “amplíen el alcance del estudio, maten sus cuestiones y constructos o generen nuevas líneas de indagación”, por lo que muchas de las decisiones sobre de quien y como obtener información son tomadas durante el trabajo de campo, en este sentido “el muestreo tiene un carácter flexible, dinámico, secuencial y adaptable”. Hemos seguido los principios de heterogeneidad y accesibilidad ya que lo que pretendemos no es la representación estadística sino tipológica, en la que quede representada la diversidad del colectivo estudiado, por tanto va enfocado a obtener la mayor riqueza de información. Para ello se

ha utilizado el muestro intencional estructural, ya que los individuos han sido seleccionados en base a sus posiciones “jerárquicas” dentro de la organización, seleccionando así subgrupos homogéneos de informantes: 4 médicos, 8 enfermeros, 6 auxiliares de enfermería y 2 celadores. Además de la categoría profesional. Dentro de todos los grupos se han seguido los siguientes criterios: poseer una experiencia laboral en la unidad de estudio superior a dos años, tener predisposición para colaborar, que hubiese la máxima variabilidad en cuanto a edad, sexo y trayectoria profesional. Con ello hemos pretendido recoger “las distintas perspectivas desde las cuales se construye colectivamente lo que estamos estudiando [...] que nos permita cubrir la pluralidad de roles y posiciones significativas según la estructura social” (Sanmartín, 2003, p. 98) del lugar que estamos estudiando.

A través de los perfiles hemos buscado el discurso de personas que representen a su grupo de pertenencia, para de esa manera poder conocer, analizar e interpretar diferentes puntos de vista y opiniones, buscando la calidad de la información.

En la consideración de no realizar más entrevistas se ha tenido en cuenta el principio de saturación teórica (Glaser y Strauss, 1980), el momento en el que las nuevas entrevistas ya no aportan información novedosa sino repetitiva.

1. 4 Estrategias metodológicas y rol del investigador.

Las estrategias metodológicas empleadas, siguiendo a Jociles (1999), han de elegirse atendiendo a la naturaleza y amplitud del objeto de estudio, el grado de conocimiento que existe de él, los aspectos concretos que se quieren analizar, las características de la población y de los escenarios en los que se quiere investigar, el alcance teórico que se quiere dar a los resultados y la intención comparativista que queremos aplicar.

La Unidad de cuidados intensivos es un entorno altamente sensible donde se gestiona lo más valorado en nuestra sociedad “la vida”, y donde es muy importante manejar también criterios de calidad asistencial, por tanto hemos pensado que la investigadora podía ser la persona adecuada para descodificar los criterios que allí se utilizan y poder hacer la distinción entre “lo que se hace y lo que se dice que se hace” (Jociles, 1999). Compartimos con Lisón (1998b, refiriéndose a Wittgenstein) la afirmación de que para entender un modo de vida hay que vivir de una determinada

manera, los informantes no se comportan ni se expresan con la misma naturalidad ante un desconocido que ante una persona conocida de la que saben quién es y que pretensiones tiene, esto puede aportar naturalidad a nuestros encuentros. En este sentido se ha adoptado la posición de “participante observador” (Amezcuca 2000, p. 32). Esta doble condición de participante y de observador permite enriquecer los datos con estrategias tanto de aproximación como de distanciamiento, desarrollando una perspectiva crítica, un continuo extrañamiento, una reflexividad constante, para evitar una proyección demasiado subjetiva y para poder conjugar adecuadamente la perspectiva etic (del investigador) con la emic (de los actores). Entendemos, como manifiesta Sanmartín (2003, p. 60), la necesidad de “reflexión, crítica, distanciamiento y comparación, constante para poder reconocer lo percibido”.

En la investigación cualitativa el investigador adopta una posición empática: trata de situarse en el lugar de sus informantes y establecer el marco de referencia desde el que hablan sus interlocutores, les presta una atención consciente y deliberada para comprender mejor y realiza deducciones por analogía. Para lograrlo debe dejar en suspenso sus propios “pre-juicios”, puntos de vista y certezas (Báez y Pérez de Tudela, 2007, p. 24).

1.4.1 Participante observador

Desde esta posición de la investigadora como “participante observador”, la dificultad no ha estado en el acceso al campo, que como hemos dicho anteriormente fue facilitado tanto desde la dirección del hospital y de su comisión de investigación como desde los gestores y trabajadores del servicio de UCI. Ni tampoco en la familiarización con el contexto, ya que la amplia experiencia profesional de la investigadora en este campo la hace conocedora del ámbito sanitario, de su lenguaje, de sus ritos, etc. Sino que la mayor dificultad ha estado en construir la distancia, para hacer extraño lo cotidiano, en ejercitar la reflexividad necesaria para minimizar los posibles sesgos que puede introducir el investigador. Para lo que ha sido necesario desarrollar una “mirada antropológica”, formada por un cumulo de principios de percepción, sentimientos y actuaciones, que como destaca Jociles (1999), proporcionen una guía para nuestras indagaciones.

Como Lisón afirma, la mirada antropológica exige cultivar sensibilidad, debe “focalizar lo básico”, todo lo que pueda centrar o iluminar nuestra investigación: los objetos, las personas, los comportamientos, los hechos, las acciones, las objetivaciones

de las ideas, los valores y creencias, la cosmovisión y todas las creaciones culturales que podamos identificar. En este sentido inevitablemente debe estar sustentada por un componente moral (Lisón, 1998b, p. 221). Esta es pues la aspiración que guía esta investigación.

La antropología entiende que la inmersión subjetiva del investigador en el campo, forma parte del conocimiento y de la búsqueda de comprensión, como afirma Hymes (1993, p. 187, citado por Jociles, 1999) el etnógrafo es un “factor de la investigación” y sus características particulares son un instrumento de la investigación. Pero, “en la medida en que el observador reconoce y hace explícita su posición social, la subjetividad queda, si no controlada, si al menos matizada” Guasch (1997, p. 11). Compartimos con este autor la idea de que la distancia puede construirse de manera crítica, analizando lo subjetivo, revisando la distancia social y cultural respecto a lo que se investiga.

Como indica Sanmartín (2003, p. 8) se trata de “Aprender a mirar desde la relación de valor si queremos ver algo significativo [...] Querer saber, crea una distancia entre lo que observamos y comparamos, incluso cuando estudiamos nuestra propia sociedad y cultura”

Este distanciamiento entraña dificultades ya que exige un ejercicio continuo de extrañamiento para aprender a controlar la “ilusión de transparencia”, que puede aparecer como consecuencia de la excesiva familiaridad del investigador con los escenarios que estudia. (Minayo, 1995, citado por Celma, 2007, p. 136). Aunque por otra parte encontramos una ventaja importante también en esta posición del investigador, ya que al pertenecer al grupo social que estudia, conoce los códigos vigentes en su propio grupo y puede hacerlos explícitos, de manera que se pueden minimizar los problemas de interpretación y traducción cultural, al compartir informante e investigador un mínimo de intersubjetividad, hay unos ciertos códigos compartidos, a pesar de que los sesgos personales puedan persistir tanto en quien informa y como en quien investiga.

Para la construcción de este distanciamiento la investigadora ha seguido las siguientes estrategias:

- Desde marzo de 2010 hasta junio de 2011, ha rotado por diferentes de equipos: por las mañanas y en dos claves diferentes, para intentar “descontextualizarse” y evitar la posible identificación con un grupo de trabajo.

- Además durante este periodo ha tenido una jornada reducida, lo que ha posibilitado periodos de distanciamiento físico de este entorno de trabajo y la dedicación de estos a la investigación. Siguiendo además un turno rodado⁶².
- La combinación de la labor asistencial con otras actividades, la investigación y la docencia, que ha favorecido la integración de otras perspectivas.
- La documentación bibliográfica sobre el tema de investigación, pero también sobre cuestiones metodológicas que pudieran guiar la “mirada antropológica”.
- La presentación de los datos y de las reflexiones a las directoras de tesis, lo que ha permitido repensar e indagar sobre nuevas cuestiones.

1.4.2 Las técnicas para la recogida de datos y el trabajo de campo.

Como afirma De la Cuesta (2006a), la etnografía tiene como característica el uso de múltiples fuentes de datos, por lo que además del trabajo de campo, el etnógrafo examina documentos, etc., y recoge cualquier tipo de datos que puedan aportar información sobre el tema que se investiga, (Hammersley y Atkinson, 2001).

La investigación comenzó en 2009, con la documentación bibliográfica se realizó un búsqueda en bases de datos: CUIDENplus, PUBMED, TESEO, LILACS, CINAHL, DIALNET, COCHARANE plus e Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud basados en la Evidencia. También se consultaron hemerotecas virtuales como *Scielo* y *Cantarida*, la biblioteca virtual de Murciasalud; los catálogos de las bibliotecas de la Universidad de Murcia, así como en el metabuscador GOOGLE y GOOGLE académico. Se busco documentación relativa al trabajo en equipo, colaboración, relaciones interprofesionales, comunicación, entorno sanitario y hospitalario, formación de los profesionales, sistema sanitario, culturas y salud, metodología de la investigación, etc. El análisis documental también ha sido un proceso dinámico e interactivo a lo largo de toda la investigación, en la que unos documentos nos remitían a otros, y unos datos a la necesidad de su contrastación con otras investigaciones, por lo que la búsqueda de información en este sentido también se ha ido actualizando hasta la finalización de la investigación.

⁶² El turno rodado en este servicio supone trabajar una mañana seguida de una jornada intensiva de tarde más noche, librando posteriormente tres o cuatro días. Eso sumado a la reducción de jornada que supone trabajar cada mes la mitad de los días que correspondería, ha facilitado el distanciamiento durante periodos de tiempo prolongados.

El trabajo de campo también empezó en 2009 con una primera aproximación en el que se realizó observación participante y se recogió de forma sistemática información general del contexto: el hospital y de la unidad de cuidados intensivos, lo que además, aportó información sobre los aspectos a observar en las prácticas de trabajo en equipo y en las interacciones personales entre los diferentes actores, y sobre los temas a tratar en las entrevistas semiestructuradas, así como para la elección de informantes clave para las entrevistas. En los meses de marzo a junio de 2010 realizamos una segunda fase de observación participante centrándonos en las interacciones de los actores.

Además de los datos de la observación y de las entrevistas a los trabajadores de la unidad, se revisaron textos y documentos internos: protocolos, notas informativas, gráficas e historias clínicas, libro de registro de pacientes, página web institucional del hospital, de la Comunidad Autónoma, del Servicio Murciano de Salud, etc. Recogiéndose también a través de entrevistas con los responsables de distintas áreas del hospital (personal, codificación clínica, dirección de gestión, formación, calidad, etc.) datos sobre actividad asistencial, personal, gasto, etc.

De acuerdo con Sanmartín (2003: 10):

Una de las cualidades del trabajo de campo intensivo, conviviendo con los actores cuya cultura estudiamos, es precisamente que permite conocer a partir de un tipo de experiencia interpersonal, [...]. Se trata, de la aplicación de un procedimiento tan sutil y complejo como lo es la naturaleza de la vida y la cultura de los hombres. De hecho es así como la cultura se transmite: interpersonalmente, en la interacción encarnada en los hechos, en el testimonio que unos actores dan a los otros [...] Lo que circula entre la gente es lo que, como antropólogos, buscamos y, por tanto, hay que captarlo mientras está circulando, en vivo, produciéndose siendo testigos de sus testimonios. Para lograrlo hay que ponerse en el circuito, interactuar con los actores para percibir con ellos el flujo real y vivo de su cultura.

De manera que el trabajo de campo crece durante su desarrollo, en la interacción de lo que se vive durante el mismo y que condiciona la percepción de los problemas de investigación. “No se trata, por tanto, de la mera aplicación de un diseño previo, sino de un desarrollo sostenido, repetido y continuo del paso de la atención del investigador por el contexto del descubrimiento” (Sanmartín 2003:85).

- **La observación de las situaciones cotidianas.**

La observación participante de las situaciones cotidianas nos proporciona datos sobre discursos y conductas no verbales, “lo que se hace, lo que se dice que se hace y lo que se dice” (Jociles, 1999), se han planificado días y momentos concretos para la

observación: los relevos, la hora del café, reuniones, situaciones de emergencias, procedimientos especiales, ingresos, aseos de los pacientes, visitas de familiares, transmisión y pase de enfermos y tratamientos, etc. Hemos buscado poder obtener información tanto de las dinámicas que se establecen en situaciones rutinarias y cotidianas como en las extraordinarias y especiales. Se ha realizado también observación en los diferentes turnos y con las diferentes claves (grupos de personas asignadas para trabajar juntas de forma habitual), para ello, como decíamos anteriormente, se ha adoptado la posición de participante observador pero se ha organizado de manera que el investigador no tenía en esos momentos una carga y responsabilidad asistencial directa⁶³, para poder así captar y registrar en el cuaderno de campo sus observaciones de manera más exhaustiva. La observación de las interacciones ha sido compleja, sobre todo en los turnos de mañana, ya que es difícil poder aprender la amplia gama de actividades e interrelaciones entre los distintos trabajadores. Dificultad que ya señalan Pallares (2003) y Cruces (2006) en sus etnografías y que en cierta medida motivaron, que en sus investigaciones, centraran su mirada en solo un colectivo profesional, los médicos, como cúspide jerárquica de la institución. Nosotros también hemos “acotado el campo” en cierta medida, no incluyendo la visión que podrían aportar los usuarios, pacientes y familiares (cuyas contribuciones podrían dar lugar a otro interesante trabajo), y por otra parte restringiendo la observación a la zona interna de asistencia, la unidad propiamente dicha, los espacios que quedan a la izquierda del pasillo. De manera que las interacciones en los despachos, en las sesiones clínicas y en la sala de información de familiares no han sido observadas sistemáticamente. La mayor parte de los momentos de observación se han hecho desde un mirador privilegiado: el control de enfermería, ya que al ser una UCI pequeña desde él se puede visualizar la mayor parte de los boxes y espacios. Además hay una zona del control más privada (a la derecha donde está el ordenador), donde es más fácil “pasar desapercibido”. Como hemos relatado anteriormente ha sido difícil captar la complejidad de lo observado. En cada aspecto

⁶³Aunque si se han realizado tareas de apoyo a los demás trabajadores. Está muy mal visto que un compañero este sin hacer nada mientras los demás están agobiados de trabajo. Algo que ha sido muy importante para conseguir la colaboración de los participantes en las investigación ha sido mantener una imagen de la investigadora, creíble y respetable, por lo que ha sido necesario, en alguna ocasión, dejar de observar y actuar.

observado convergen múltiples elementos albergando una pluralidad de significados y de sentidos, en un escenario múltiple donde confluyen gran cantidad de actores.

Como hemos referido anteriormente la observación durante el trabajo de campo se ha organizado en dos fases:

1. Observación sistemática I, que se realizó en los meses de mayo y junio de 2009 y en la que se recogieron datos de contextualización e información general del hospital y de la unidad de cuidados intensivos.
2. Observación sistemática II, que se realizó en los meses de marzo a junio de 2010 en las que como “participante observador” se recogieron datos sobre prácticas colaborativas y de trabajo en equipo, centrándonos en las interacciones de los actores personales, profesionales y grupales, y se comenzaron las entrevistas a los informantes.

Los datos fueron recogidos sistemáticamente en nuestro cuaderno de campo con notas detalladas: el día y hora de observación, las situaciones, las conversaciones, los actores participantes, los hechos, etc. Así el cuaderno de campo ha constituido una herramienta de valiosa ayuda para la memoria de la investigadora (Sanmartín 2003, p. 75) y para la organización de los datos y la identificación de nuevos aspectos para observar en las sucesivas sesiones de observación.

Con la observación hemos recogido datos sobre artefactos y creaciones culturales (Schein, 1988): objetos, espacios, uso del tiempo, símbolos, rituales, vestimentas, así como las interacciones individuales y grupales (intercambios de información, reuniones, conversaciones informales, etc.).

Hemos sido conscientes de la influencia de la aportación personal del observador a aquello que observa, por lo que hemos realizado una observación múltiple, el esfuerzo ha debido de concentrarse en observar repetidas veces las escenas, procurando relativizar “lo propio”, haciendo extraño lo familiar, intentando mirar más allá de las apariencias, para mantener una distancia crítica.

Nuestra experiencia local es activa y pasiva, repetitiva y libre, práctica, asociativa e interpretativa, sintética. Esta experiencia directa es la que nos proporciona hechos e impresiones que nos estimulan a reflexionar, nos enfrenta a un conjunto de hechos y materiales accesibles a nuestro sistema sensorial que testimonian estados interiores, información compleja que solo viene en plenitud a través de la experiencia y la razón [...] solo la experiencia de lo humano permite adentrarnos en lo humano (Lisón, 1998b, p. 225).

- **Las entrevistas individuales**

Se usaron para la recolección de datos, junto con otras técnicas, entrevistas semiestructuradas en profundidad.

Las entrevistas individuales en profundidad nos proporcionan datos acerca de “lo que se dice y lo que se dice que se hace” (Jociles, 1999), sobre las representaciones sociales (Jodelet, 1986) contenidas en la biografía del entrevistado, sobre su sistema de representaciones en prácticas concretas. La convivencia previa con los actores nos proporciona un conocimiento del contexto necesario para el planteamiento de las cuestiones de nuestro interés, a la vez que los informantes también nos conocen a nosotros, lo que puede aportar naturalidad a nuestros encuentros. Las entrevistas cualitativas son abiertas, flexibles y dinámicas y con ellas pretendemos esclarecer experiencia humana subjetiva (Taylor y Bogdan, 1987). Pretendemos conocer con objetividad lo que es para el informante *su realidad*. Porque además de los hechos nos interesa estudiar como estos se viven y se relatan (Valles, 2002, p. 55).

Con la entrevista buscamos dos tipos de datos: la información concreta que nos da el informante y la que se obtiene de su propia cultura. Sanmartín (2003, p. 82) afirma en este sentido que “la entrevista, más que buscar información sobre hechos, busca un discurso nativo que los comente, que los valore, que los relacione y contraste de otros”, que nos descubra los modos en los que el informante categoriza su experiencia. Con ellas obtenemos opiniones y descripciones desde las que poder inferir pautas, valores, principios o creencias. Por tanto lo que nos aportan los actores tiene un doble interés “lo que dice y lo que permite inferir”.

Se elaboro una guía de las áreas y temas a tratar durante las entrevistas (anexo IX) en la que quedaran reflejados los aspectos relevantes tomando como base nuestros objetivos, las aportaciones de la literatura consultada así como datos recogidos a través de la observación. Se utilizaron preguntas de orden y de respuesta, abiertos y libres, que sirvieron de apoyo para introducir los temas que nos interesaban y ayudar al entrevistado a seguir el hilo de su propio discurso (Sanmartín 2003, p. 97). Se realizo un pilotaje con las tres primeras entrevistas que se transcribieron y categorizaron, para detectar aspectos que no quedaran claros e incorporarlos a las nuevas entrevistas, con el que se completo y modifiko la guía de temas a tratar.

Se pidió la autorización a los informantes realizándose grabaciones de voz de todas las entrevistas, además de utilizar un cuaderno de anotaciones de observaciones durante la entrevista (gestos, posición, contexto, impresiones y reflexiones de la investigadora y cualquier elemento que pudiera contribuir a la mejor comprensión de lo expresado, pero también de lo no dicho). Aunque la mayor parte de estas notas se registro inmediatamente después de la entrevista, para evitar la desconcentración tanto del entrevistador como del entrevistado.

Las entrevistas se realizaron en la propia unidad, en una sala privada y después de concertar una cita previamente con el entrevistado (que se confirmaba el mismo día llamándolo media hora antes de la hora concertada), en este sentido se atendió a la privacidad, preferencias y comodidad de los informantes. La posibilidad de realizarlas dentro del horario laboral, aprovechando las horas de menor carga de trabajo, facilito la participación de los informantes. De manera que a excepción de dos entrevistas que se realizaron una por la mañana de 13 a 15 horas, y dos por la tarde de 16 a 17,30 horas aproximadamente, el resto se realizaron por la noche a partir de las 23,30 o 24 horas, según la disponibilidad de los entrevistados, (esperaba a que los informantes pudieran atenderme sin tener que preocuparse por la atención a los enfermos, en periodos en los que esta podía ser cubierta por otros compañeros)⁶⁴.

Hemos de destacar algunas anécdotas durante la realización de la entrevistas: una de ellas hubo que interrumpirla por una llamada urgente, pero se continuo a los 20 minutos, tras solucionar el problema consultado; en otra ocasión al llegar la entrevistadora se había presentado una situación urgente con el ingreso de un nuevo paciente, y se pospuso la entrevista para otro día. Y por último se suspendió también una entrevista, tras estar en casa del informante (la única que se concertó fuera del hospital por comodidad del informante), debido al terremoto del 11 de mayo de 2011 en la ciudad de Lorca. En todas se conservo la privacidad del discurso del entrevistado y la mayoría pudieron realizarse tranquilamente y sin interrupciones.

Durante la realización de las entrevistas tuvimos en cuenta los criterios recomendados por Merton y Kendall (en Valles, 1997, p. 185) de “no dirección, especificidad, amplitud, profundidad y contexto personal”.

⁶⁴ Tenemos que destacar que en este aspecto, hubo una colaboración absoluta entre los compañeros asumiendo de buen grado las tareas del entrevistado.

En la mayor parte de las entrevistas se creó un clima de confianza que facilitó la fluidez de los temas, pero hubo algunas entrevistas en las que no se consiguió completamente, convirtiéndose prácticamente en un cuestionario de preguntas y respuestas “correctas”, en un intento de no decir nada inapropiado, eludiendo temas incómodos. Situación que como indica Sanmartín (2003, p. 97) también tiene valor para nuestro análisis: “Cuando tropezamos con cierta resistencia a hablar sobre algo, la resistencia misma es la respuesta. Ésa es una manera cultural de tratar sobre eso en ese contexto y que nos avisa de la valoración que recae sobre tal tema o problema”.

Otra dificultad que encontramos en la realización de la entrevista fue el de cómo expresar sus pensamientos sobre el trabajo en equipo, muchos informantes coincidían en que aunque lo habían nombrado y escuchado recurrentemente, les parecía un término confuso, sobre el que nunca habían reflexionado, por lo que les resultaba difícil definirlo.

Siguiendo las recomendaciones de Taylor y Bogdan (1987, p. 119-125) se pidió a los entrevistados que clarificaran y reelaboraran lo que habían dicho, reformulando sus afirmaciones y pidiéndoles que nos las confirmaran, para clarificar la información y evitar dar cuestiones por supuestas. Manteniendo una actitud empática, de respeto e interés hacia los discursos de los entrevistados.

Se realizaron en total 20 entrevistas, ocho entre los meses de mayo y junio de 2010 y doce de enero a junio de 2011, grabándose un total de 1514,85 minutos, con una media de duración de 75,74 minutos por entrevista.

Atendiendo al principio de saturación teórica (Glaser y Strauss, 1967, p. 45), consideramos suficiente este número, ya que las nuevas entrevistas ya no añadían nada significativo a lo ya conocido siendo los datos redundantes. Ya en las últimas entrevistas no se encontraron datos adicionales, repitiéndose las informaciones.

La grabación de las entrevistas en formato digital, nos ha permitido almacenar los archivos de voz en el ordenador y transcribirlos literalmente tras su audición, con el uso del software F4.

La identificación de las entrevistas se ha realizado a través de la inicial del grupo ocupacional al que pertenece el informante (M: médico, E: enfermero, A: auxiliar de enfermería, C: celadora), seguido de un número que corresponde al orden en que se realizó dentro de ese grupo. Así están referidos en los párrafos que hemos seleccionado para documentar nuestras explicaciones.

2.- ANÁLISIS DE DATOS Y RIGOR METODOLÓGICO.

Los datos etnográficos, son ricos, detallados y densos. El análisis de datos es paralelo al diseño, cíclico y reflexivo, como señalan Hammersley y Atkinson (2001, p. 223), se inicia en la fase anterior al trabajo de campo, en la formulación del problema de investigación y se prolonga durante todo el proceso de investigación. Se centra en la búsqueda de categorías y patrones culturales, que emanan en las lecturas minuciosas de la información recogida. Los resultados de las etnografías son descripciones comprensivas de prácticas culturales y de sus contextos como soporte de la acción. Este contexto se refiere a intangibles que explican comprensivamente el comportamiento humano, intangibles tales como creencias, valores y situaciones (De la Cuesta, 2006a).

El análisis de los datos implica su recopilación, organización y clasificación en unidades manejables, sintetizarlos, buscar regularidades entre ellos, seleccionar qué es lo importante y en qué van a contribuir a la investigación (Latorre y González, citados por Pérez Serrano 1994, p. 102).

Según Pérez Serrano (1994, p. 102), el sentido del análisis de datos en la investigación cualitativa consiste en reducir, categorizar, clarificar y comparar la información con el fin de obtener una visión lo más completa posible de la realidad objeto de estudio. Para ello es necesario recopilar, organizar y clasificar los datos en unidades manejables, sintetizarlos, buscar regularidades entre ellos, seleccionar qué es lo importante y en qué van a contribuir a la investigación (Latorre y González, citados por Pérez Serrano 1994, p. 102). En un proceso sistemático y ordenado, pero flexible ya que los datos se interrelacionan e influyen unos en otros.

El objetivo del análisis de datos cualitativo es buscar tendencias, regularidades o patrones y alcanzar datos ideográficos únicos. Para ello es necesario reducir los datos cualitativos elaborando códigos que nos faciliten el proceso, lo que implica seleccionar, focalizar, abstraer y transformar los datos brutos para ir determinando hipótesis de trabajo o conclusiones. La exposición de datos puede definirse como la reunión organizada de información que permite extraer conclusiones (Colas, 1992, citado por Pérez Serrano 1994, p. 113).

Este proceso de análisis y reducción de datos sigue una selección secuencial en la que Taylor y Bogdan (1994) destaca tres etapas interdependientes y cíclicas que permiten replanificar de forma continuada. En la primera que llama de *descubrimiento*, se identifican posibles temas de estudio y se desarrollan conceptos y proposiciones. En

la segunda, la fase de codificación se desarrolla una vez que los datos ya han sido recogidos, incluye la *codificación* de los datos y el refinamiento de la comprensión del tema de estudio. En la última etapa la de *relativización de los datos*, el investigador trata de comprender los datos en el contexto en el que fueron recogidos.

Nuestra investigación ha seguido estas fases de forma interactiva de manera que el análisis de unos datos retroalimentaba el estudio y nos aportaba las claves para volver sobre los datos, reflexionar y buscar nuevas relaciones. Así establecimos basándonos en la búsqueda bibliográfica y el análisis documental que sustenta nuestro marco teórico, los ejes de análisis a partir de los cuales segmentamos los temas explorados en las entrevistas y en la observación asignamos códigos que clasificamos en categorías y subcategorías, entre las que como vemos aparecen interconexiones.

Etapas	Actividades
<p>Descubrimiento Examinando los datos de todas las maneras posibles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se leyeron los datos repetidas veces. Las notas de campo recogidas al hacer observación participante, las transcripciones de las entrevistas y otros datos secundarios. - Lectura del material bibliográfico. La lectura de otras investigaciones proporciona proposiciones y conceptos fructíferos que ayudan a interpretar los datos. - Anotación de todas las ideas y reflexiones que vayan surgiendo mientras se realiza la lectura de las notas. Buscando los temas emergentes. - Elaboración de esquemas de clasificación. - Desarrollar conceptos y proposiciones teóricas mediante el estudio minucioso de los datos, intentando interpretar lo hallado
<p>Codificación Clasificación sistemática de los datos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se desarrollaron categorías de codificación para clasificar y agrupar los temas, los conceptos, las proposiciones identificadas durante el análisis inicial. - Se codificaron todos los datos: clasificado todas las notas de campo, las transcripciones, los documentos y otros materiales, subrayando palabras clave y escribiendo en el margen los códigos y la categoría en la que debe ser clasificado cada contenido. - Se revisaron y redefinieron las categorías definidas inicialmente. - Análisis para encontrar elementos que están presentes o ausentes en el contenido de los datos recogidos.

<p>Relativización de los datos</p> <p>Se trata de interpretar los datos considerando el modo y el contexto en que fueron recogidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar el sentido de los datos solicitados y no solicitados. - Analizar la influencia del observador sobre el escenario. - Detectar y analizar la influencia de otras personas presentes en el escenario, la diferencia entre lo que se manifiesta en intimidad, o en presencia de otros. - Contrastar las diferentes fuentes. - Distinguir entre datos manifiestos y latentes. - Autorreflexión crítica sobre nuestros propios presupuestos.
--	--

Tabla 11: Esquema de las etapas seguidas en el análisis y reducción de datos.

Tabla 12: Ejes de análisis

EJES DE ANÁLISIS
Roles ocupacionales y de género
Jerarquización y distribución de poder
Rotación de personal
Factores personales
Factores institucionales

Tabla 13: categorías y códigos empleados para el análisis

Categorías	Códigos
Cultura y política del hospital	Diseño del trabajo-Objetivos y misión Calidad y seguridad Sistemas de contratación /rotación personal
Cultura de la UCI	“Última frontera” (gravedad/dolor/Muerte) Tecnificación/Humanismo Estandarización/protocolización
Roles ocupacionales/ de género	Tecnificación/humanismo Roles de prestigio/roles domésticos Masculinización médicos/ feminización enfermería Interdependencia/subordinación

Jerarquización y distribución de poder	Representación en foros de decisión Toma de decisiones Distribución del tiempo y espacios, decoración, vestimenta Uso de la “palabra”- terminología Relaciones simétricas/asimétricas (paternalismo) - jerarquía Formación Antigüedad Liderazgo.	
Prácticas de colaboración	Turnos de trabajo y la distribución del personal División del trabajo y la gestión del tiempo. Socialización en el servicio- enculturación Independencia/subordinación. Interdependencia Adaptación y aceptación Dinámicas informales.	
Habilidades de colaboración	Coordinación Confianza: personal/profesional Conflictos Comunicación Participación Responsabilidad/corresponsabilidad Personas	
Factores personales	Actitudes personales Formación Trayectoria profesional Situación personal. Habilidades interpersonales	Tolerancia Adaptabilidad Sentimientos Motivación Respeto Introversión/extroversión
Ideas, concepciones y creencias (sobre el trabajo en equipo)	Utopía Sinergia Complejidad Facilitar el trabajo Transmisión e intercambio Reciprocidad Reparto del trabajo Reparto de la responsabilidad Cada uno sabe lo que tiene que hacer Compenetrarse—coordinación Confianza—conocerse—ganar confianza Colaboración—ayuda mutua- seguridad Acompañamiento Cohesión Organización Unificar ideas-- uniformidad Grupo pequeño Llevarse bien Comunicación-hablar Personas fijas, estabilidad de la plantilla	

En este proceso el archivo temático ha constituido una herramienta para la clasificación de los códigos asignados a los datos, en categorías. En las transcripciones

de las entrevistas se subrayo en colores las palabras claves que indicaban la temática que se trataba, anotando en el margen los códigos asignados y memorándum (anotaciones y aclaraciones procedentes de los cuadernos de campo y de notas y reflexiones de la investigadora), en distintos colores, realizando así una primer comparación entre lo recogido en las entrevistas y en las observaciones. En lecturas posteriores se iban extrayendo los párrafos de más interés y se clasificaban en el archivo temático, añadiendo referencias de la bibliografía con la que comparar los datos y nuevas reflexiones.

Como hemos descrito para el análisis del contenido temático hemos utilizado el análisis categorial, descomponiendo los textos (transcripciones de entrevistas, narraciones de observaciones, bibliografía y otros documentos) en unidades codificadas y clasificándolas posteriormente en categorías. Pero también hemos tenido en cuenta las condiciones de producción de los mismos realizando también análisis de los discursos, en cuanto al estudio de estos textos en sus contextos, en su relación son los procesos sociales dentro de los cuales se han producido (Bardin, 1986). Por ello tomamos como objeto fundamental de análisis el lenguaje como discurso social, situado en su contexto, en el que es observado, descrito e interpretado por el investigador (Pereña, 1994, p. 465, citado por Celma, 2007, p. 109), que intenta hallar la forma y estructura que subyace a los discursos, en el espacio denso de las relaciones que existen entre los entrevistados entre sí y con el contexto de esta interacción, las organizaciones sanitarias, el hospital y concretamente esta unidad de cuidados intensivos.

De manera que podemos apreciar como el carácter multifacético de la etnografía proporciona la base para la triangulación, a través de la comparación sistemática de diferentes clases de información, tanto desde los diferentes momentos en la que los datos se recogen como desde las diferentes técnicas utilizadas en su recolección.

Siguiendo a Hammersley y Atkinson (2001, p. 225), el enfoque de nuestra investigación ha sido progresivo, pasando por un primer momento inductivo y descriptivo, para seguidamente a través de la reflexión, la comparación, la deducción y la interpretación, desarrollar y comprobar explicaciones. Para nosotros es crucial conseguir un análisis desde la objetividad, nuestra pretensión es que los resultados de nuestra investigación tengan alcance teórico. Ya que además de buscar dilucidar qué aspectos hacen específica nuestra unidad, también queremos encontrar que otros aspectos pueden generalizarse como dinámicas de trabajo en equipo. Para ello hemos

estudiando los temas, elaborando tipologías, relacionando entre sí diferentes aspectos de la información, para gradualmente poder llegar a hacer generalizaciones, esto ha supuesto lo que podríamos llamar el tercer momento abductivo para iniciar un estudio prospectivo a través del diseño cultural, que permita aportar sugerencias, condiciones probables y tendencias de utilidad práctica en el contexto de esta investigación, pero también en otros escenarios, así como la sugerencia de nuevas líneas de investigación.

- **Rigor metodológico.**

La investigación de carácter cualitativo ha alcanzado gran relevancia ya que permite un acercamiento más global y comprensivo de la realidad. Pero aun se plantean dudas en cuanto a su fiabilidad y validez, en gran medida suscitadas por nuestra “mentalidad positivista” (Pérez, 1994, p. 76). Hemos de tener en cuenta que la investigación cualitativa, como cualquier investigación, requiere de sistematización y de rigor metodológico.

Goetz y LeCompte, (1988, p. 19) definen la fiabilidad como el grado de replicabilidad de los estudios, pero en los estudios etnográficos hemos de tener en cuenta que el comportamiento humano es dinámico por lo que ningún estudio puede ser reproducido de forma exacta, sea cual sea sus métodos o diseños. Consideran que la fiabilidad de los datos puede aumentarse a través de “la descripción de los contextos físicos, sociales e interpersonales de la recogida de datos, lo que posibilita la replicabilidad de los estudios etnográficos”. Este aspecto ha sido tenido en cuenta en este trabajo, siguiendo a Taylor y Bogdan (1987, p. 182) hemos detallado y explicado en los apartados anteriores la información sobre la manera en que fue realizada la investigación para que los lectores puedan evaluar la credibilidad de los hallazgos: metodología utilizada, tiempo y extensión del estudio, naturaleza y número de los escenarios e informantes, diseño de la investigación, encuadre mental del investigador, las relaciones con los informantes y como se analizaron los datos.

La validez depende de que las respuestas se interpreten de forma correcta, podríamos decir que se refiere a la exactitud de los descubrimientos científicos, a que éstos sean “representaciones auténticas de alguna realidad”. En los estudios cualitativos la validez se consigue si se cuida el proceso metodológico, lo que hace que “la investigación se haga creíble” (Pérez, 1994, p. 85). Los problemas de validez externa resultan de preguntar si los investigadores observan y miden realmente lo creen

observar o medir, mientras que los problemas de validez interna surgen de cuestionarse si los constructos y postulados creados, perfeccionados o comprobados por el investigador son aplicables a más de un grupo (Goetz y LeCompte, 1988, p. 224), es decir se permiten su comparación y contrastación.

Para poder contrastar nuestros datos hemos utilizado la triangulación metodológica, como combinación de diferentes métodos en el estudio de un mismo fenómeno (Denzi, 1979, citado por Pérez, 1994, p. 55). Para ello hemos utilizado junto a las entrevistas individuales en profundidad, la observación sistemática, para recoger y contrastar datos. Lo que se ha completado con la búsqueda y la revisión de la literatura y documentos. De manera que a través del análisis cruzado de las informaciones hemos obtenido datos que han permitido su contrastación.

En la investigación cualitativa los datos que se producen están “contextualizados”, lo que no hace factible su generalización. La recogida de datos y la descripción exhaustivas hacen posible realizar comparaciones y establecer concordancias con otros contextos y situaciones, y en todo caso replicar la investigación en un contexto o situación similar, es decir pueden posibilita su transferibilidad, transferir los datos a otros contextos (Pérez, 1994, p. 92).

De acuerdo con Pérez (1994, p. 91), el criterio de credibilidad se refiere al isomorfismo de los datos recogido por el investigador y la realidad, de manera que los datos obtenidos deben ser contrastados por los participantes en un proceso de feedback continuado. Para ello se les facilito las transcripciones a los informantes para que pudieran comprobar lo registrado y ver si se identificaban con lo transcrito, y también los resultados e interpretaciones para ver si se sentían representados en ellos.

Para finalizar este apartado nos referimos al criterio de relevancia, en relación a la justificación y repercusiones de esta investigación, pensamos que proporciona un mejor conocimiento del fenómeno estudiado, el trabajo colaborativo y en equipo, y de los aspectos culturales que interviene en su implementación en la unidad de estudio y en contextos de atención sanitaria con condicionantes y características similares.

3.- ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.

Como afirma González (2002), el ejercicio de la investigación científica exige conductas éticas en el investigador. La investigación cualitativa comparte los valores de verdad y justicia aplicables a la ciencia en general. Pero, por indagar en la subjetividad

del ser humano como individuo y en su condición social, remarca la necesidad de respeto y honestidad del investigador con los actores, revelando su presencia e intenciones y asegurando su confidencialidad, evitando utilizar los nombres de los observados y entrevistados, así como el de las personas que se nombraban en las entrevistas y observaciones. De manera que estos han sido los principios que han guiado el tratamiento de nuestros datos.

Previamente se han cumplido, como hemos comentado anteriormente, con los requisitos necesarios para llevar a cabo la investigación en un centro sanitario, como ha sido la solicitud y obtención de los permisos (oficiales y por escrito) por parte del Gerente y de la Comisión de Investigación del hospital, exponiendo en la solicitud los propósitos de nuestra investigación. Además de ponerlo en conocimiento y solicitar la autorización del jefe de servicio, el supervisor y los trabajadores de la UCI.

También se pidió autorización a los informantes para realizar las entrevistas y las grabaciones de las mismas.

III- ESTUDIO ANTROPOLÓGICO.

Este capítulo presenta y discute los resultados de nuestra investigación. Consta de tres bloques. En el primero se contextualiza el estudio en el entorno sanitario, analizándolo como organización sanitaria con una cultura propia, destacando como influye esta junto con las políticas y los sistemas de recursos humanos en las relaciones interprofesionales y el trabajo en equipo.

El bloque dos presenta las características de la unidad de estudio, así como la de sus profesionales, analizando el influjo de los patrones de enculturación profesional.

Por último el bloque tres que hemos titulado la práctica de la colaboración, describe las dinámicas de trabajo en equipo y como estas son influenciadas por los turnos de

trabajo y la distribución del personal, el reparto de tareas y de responsabilidades, y las interacciones entre los profesionales. A continuación se presentan las diferentes ideas y expectativas en relación a al trabajo en equipo de los profesionales y se explora qué lugar ocupa la comunicación, las relaciones y el trabajo en equipo interdisciplinario en la formación de los profesionales.

1.- EL CONTEXTO HOSPITALARIO, UN ENTORNO COMPLEJO DE INTERACCIONES.

1.1 Las organizaciones sanitarias

Como veíamos cuando hablábamos de las teorías de la organización, sus diferentes aportaciones han tenido como resultado la apreciación de las organizaciones como entidades sociales complejas (funcional y estructuralmente).

Las organizaciones públicas tienen diversas peculiaridades aplicables en general a las organizaciones sanitarias y en particular a los hospitales. Ramio (1999) analiza estas características, y destaca entre sus peculiaridades una mayor complejidad, vulnerabilidad a las presiones políticas, mayor ambigüedad de sus objetivos, la dificultad para evaluar su rendimiento, la obligación de actuar bajo los principios de equidad, la centralización y burocratización (que dificulta delegar o descentralizar tareas), coexistencia de diferentes profesionales con racionalidades específicas, condicionamientos en la selección, promoción y sanción de los recursos humanos, menor flexibilidad en la gestión de recursos financieros, etc.⁶⁵

Según Martín (2003) las organizaciones sanitarias son claros ejemplos de burocracias públicas, ya que históricamente se han caracterizado por una fuerte integración de la financiación y producción de servicios, están sujetas en la toma de decisiones a una gran centralización al regirse por el principio de jerarquía y estar en todos sus ámbitos sometidas al Derecho Público. Considera que el campo de regulación laboral es disfuncional y rígido, otorgándose gran protagonismo a las cúpulas sindicales y políticas, lo que limita las competencias y autonomía en la gestión de los recursos humanos de los directivos de los centros sanitarios, en cuanto a contratación y selección de personal.

⁶⁵ Este aspecto es comentado más ampliamente en la página 27 de esta tesis.

A su vez, los rápidos y continuos cambios sociales, económicos, políticos y tecnológicos, han traído consigo problemas de confianza y sostenibilidad en instituciones fundamentales, asociados en gran medida a la crisis del “estado del bienestar”, acuciada por la gran crisis político-económica y financiera. El sistema sanitario se enfrenta también a estos cambios, que están teniendo consecuencias no previstas, como la limitación de recursos en un medio donde las expectativas y las demandas son cada vez mayores, y en el que se está produciendo un cambio del perfil del paciente, más formado y con mayor acceso a la información, que quiere implicarse activamente en la toma de decisiones que afectan a su salud, lo que conlleva un importante cambio en las relaciones entre los usuarios y los profesionales⁶⁶, pero también dentro de las propias organizaciones sanitarias y en las relaciones entre sus trabajadores.

⁶⁶ Hernández (2007, p. 11) señala que las “profesiones tituladas históricas”, entre las que destaca la medicina, han ido estableciendo durante el siglo XX un “contrato social implícito”, en el que la sociedad y los poderes públicos, permitían un modelo de “autogobierno profesional”, basado en la confianza, al que se le suponía la capacidad de adoptar decisiones de forma “independiente, experta y altruista”, anteponiendo por encima de sus intereses, “los intereses sociales y de sus clientes”. Afirma (citando a Harrison y McDinald, 2003) que hasta los años 80, al menos, el “modelo implícito” dominante tenía como característica la interpretación de las necesidades de los pacientes desde un punto de vista exclusivamente profesional basado en el conocimiento experto aportado por el empirismo asistemático y la autorreflexión crítica, así como en el pragmatismo y autoregulación profesional para gestionar los recursos. Sin embargo en los últimos veinte años se está consolidando un modelo que se caracteriza por un enfoque neoburocrático, que se basa en evaluaciones formalizadas de las necesidades de los pacientes, sustentadas por la acumulación de evidencias científicas, en el análisis microeconómico y en la regulación externa. Considera que:

Hoy en día el supuesto “contrato social implícito” que avalado por el profesionalismo, garantiza la autonomía profesional, no es tal; se trataría más bien de un “pacto político explícito” entre los poderes públicos y las élites profesionales, concretado en leyes y normas (y también, por cierto en un extendido *laissez-faire*) (Hernández 2007, p. 13).

Propone ir hacia un modelo “contractual” abandonando el modelo de “dominación profesional” o “agencial” por medio de un nuevo marco político que se adapte a las nuevas condiciones que impone nuestra sociedad avanzada, a través de la regulación de las profesiones sanitarias.

En este sentido Jovell (2005) afirma también que el modelo de contrato social hipocrático o tradicional es hoy insuficiente para responder a los retos de la sociedad actual. Por lo que cree necesario adoptar un código de valores nuevo con el que responder con flexibilidad a las nuevas expectativas sociales y que fundamente el profesionalismo basado en “la acreditación de la competencia profesional, la capacidad de autorregulación, la definición explícita de los estándares de calidad de la atención sanitaria, la vocación de servicio altruista y la transparencia en la toma de decisiones profesionales y en la medida de los resultados obtenidos” (Jovell, 2005, p. 499). Hay dos conceptos que remarca como importantes en los que sustentar el profesionalismo, la racionalidad y la deliberación. La racionalidad se refiere a razonar y justificación las decisiones y acciones. Y la deliberación se refiere a la capacidad para enfrentarse a desacuerdos deliberando con otros profesionales, con los pacientes, familias y con los diferentes agentes sociales en aquellas situaciones en las que existe un conflicto de valores o dudas acerca de cuál es la decisión más adecuada, en cierto sentido se trata de la capacidad de “tomar decisiones en equipo”.

Cruces (2006, p. 86) comparte esta visión con Foucault, Goffman, Ariès o Beck, habla del hospital como “sistema”, en el que se articulan comportamientos, representaciones y saberes de agentes heterogéneos, que tiene su centro en la relación “médico-paciente”, pero matiza que esta relación se complica al entrelazarse otra interrelaciones alrededor, entre médico-familiares, entre distintas clases corporativas de personal hospitalario, las relaciones paciente-paciente, así como “las relaciones del hospital como un todo con el resto del sistema nacional de salud” . A lo que hay que añadir la complejidad de funciones que el contexto hospitalario monopoliza en a que destaca la investigación, el diagnóstico, cuidado y el tratamiento de pacientes, y la formación de nuevos profesionales. Considera que su conformación histórica es el producto de la interacción de las lógicas científica, demográfica y política.

Lo que hace que se planteen dudas razonables acerca de si el sector público tendrá la capacidad de dar respuesta a todas estas cuestiones (Artells y Huguet, 2009).

El documento elaborado por la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia en el que se establecen las estrategias para el desarrollo sostenible de la Sanidad 2005-2010, recoge también la preocupación por la sostenibilidad del sistema, destacando los siguientes aspectos:

- Los cambios demográficos, con el aumento de las esperanza de vida y por tanto el aumento de enfermos crónicos y el envejecimiento de la población a lo que hay que sumar el aumento de población inmigrante.
- La aplicación de los avances tecnológicos, con el empleo de nuevas y costosas técnicas y la necesidad de un uso racional de las mismas.
- El desarrollo de una nueva actitud entre los ciudadanos, que demandan participar en la toma de decisiones, y proximidad, rapidez y calidad de los servicios.

En este documento la Consejera de Sanidad expresa que este plan pretende proporcionar una sanidad de calidad (segura, eficaz, participativa y eficiente) con un coste socialmente sostenible.

Nuestro modelo de atención socio-sanitaria se basa en una atención integral de la persona enferma englobando su enfermedad, sus necesidades de cuidados, su estado psíquico y su entorno social. Lo que implica que:

Si un hospital como institución decide que su principal misión es la atención integral del paciente, deberá organizar sus recursos para que estos actúen en forma de equipos pluridisciplinares capaces de abordar todas las facetas de atención

médica, de enfermería, rehabilitadora, preventiva, de asistencia social, mental, etc. (Cuervo, Valera, Belenes, 1994, p. 289).

En este sentido hay tres factores que han acentuado la necesidad de desarrollar y reorganizar el trabajo en equipo en las “empresas” sanitarias, en un contexto donde los individuos no tienen otra opción que la de trabajar juntos, por una parte una concepción más global del paciente, la necesidad de asegurar una continuidad de la atención y por último la influencia de políticas que promueven este tipo de trabajo colaborativo (Ducanis y Golin, citados por San Martín 2007, p. 25)

Pero la complejidad de la realidad en las “empresas” sanitarias refleja múltiples contradicciones y problemas, por un lado, la comunicación interprofesional e interdisciplinaria y, por otro lado la coordinación y continuidad asistencial, en un medio ambiente donde las relaciones y los procesos de trabajo están en constante evolución y en el que las relaciones de poder no son simétricas.

El hospital se configura como un “sistema” en el que podemos apreciar cómo se entretejen las relaciones tanto colectivas (corporativas entre grupos profesionales, entre diferentes servicios o unidades), como individuales, y como estas están en gran medida determinadas por factores culturales que operan de forma inconsciente y profunda (presunciones básicas) y que se hacen observables a través de ciertos productos culturales visibles.

De manera que estos factores culturales interaccionan impregnando a los miembros de la organización desde diferentes ángulos, por un lado desde la propia “cultura del hospital”, pero también desde las propias “subculturas profesionales” insertas en la cultura del hospital y que determina en gran medida lo que se esperable en cada profesional tanto a nivel laboral como de relaciones, y en nuestro caso todo ello queda matizado por cuestiones específicas aplicables al servicio donde he realizado el estudio, una unidad de cuidados intensivos, configurando lo que también considero la “subcultura de la UCI”.

1.2 Cultura hospitalaria.

Como decíamos al hablar de la cultura organizacional, podemos ver al hospital como organización, “como una construcción social, simbólicamente construida y reproducida a través de la interacción social” (Roca, 2001, p. 84).

Para Schein (1988) la cultura organizacional, es un sistema de valores y creencias influido por las estructuras de las organizaciones, la tecnología y el entorno para producir normas de pensamiento y acción que son compartidas por todos los miembros de la organización. Para él su esencia está en el nivel más profundo operando de forma inconsciente, en las presunciones básicas, interiorizadas por sus miembros, y que dan a estos las pautas correctas para percibir, sentir, pensar e ir aprendiendo a enfrentarse a los problemas de adaptación e integración que se presentan en la organización y que junto con el nivel valorativo, determinan, en gran medida, sus relaciones tanto internas como externas. Estos niveles más profundos pueden ser inferidos por el investigador observando los productos visibles de la cultura como el lenguaje (argot, jergas profesionales), las normas, reglas y procedimientos, las sanciones y recompensas, los patrones de conducta, hábitos y relaciones sociales, los mitos, historias y leyendas, espacios físicos, decoración, vestido, distribución del tiempo, etc.

Estos productos culturales característicos de los hospitales podemos apreciarlos en:

- Rituales: cambios de turnos, protocolos.
- Símbolos: uniformidad, uso de batas y de material diverso como fonendos, libretas y bolígrafos (muchos de ellos propaganda de casas comerciales de productos farmacéuticos).
- Lenguaje: característico de la institución y de los grupos profesionales, y que se refleja en documentos escritos (historia clínica, notificaciones de régimen interno, etc.) y expresiones verbales.
- Mitos: historias a cerca del éxito profesional basado en la técnica.
- Entorno físico y ocupación de espacios. Distinción entre espacios formales y espacios informales. Asignación de espacios según el status (despachos, salas de juntas, zonas de descanso).
- Acceso al tiempo que “se produce por y reproduce la distinta posición de cada trabajador en la gestión de procesos asistenciales” (Uribe 1994, p. 145).

De manera que como afirma Amador (2002, p. 39) la cultura proporcionan a los miembros de la organización un conjunto de ideas que les ayudan a enfrentarse, individual y colectivamente, con las incertidumbres de un ambiente dinámico y cambiante debido a las condiciones políticas, económicas y sociales, los desarrollos tecnológicos, y además en el contexto hospitalario, a la variabilidad de la respuesta de

los pacientes, tanto en las consecuencias de los diagnósticos y tratamientos, como en sus comportamientos y relaciones.

Como exponíamos en el apartado anterior, el hospital se configura como un “sistema”, en el que se articulan comportamientos, representaciones y saberes de agentes heterogéneos y distintas relaciones. Todo ello configura un escenario complejo de interacciones (Morín, 1998).

Centrándonos en las relaciones interdisciplinarias que se establecen en el contexto hospitalario, hemos de tener presente que estas están en gran medida determinadas por los modelos culturales de los que son portadores los distintos actores, producto de su historia y que configuran, en gran medida, el sistema ideal en el que están insertos. Y en el que a continuación nos vamos a detener en los dos aspectos que me parecen más característicos: la jerarquización y asimetría en las relaciones, aspecto que determina en gran medida como se establecen las relaciones interpersonales, y la identificación del desarrollo profesional con el avance tecnológico, lo que pone en valor el conocimiento biotecnológico y trae como consecuencia la necesidad de especialización.

1.2.1 Jerarquización y asimetría de las relaciones.

“Las instituciones hospitalarias se configuran como microsistemas sociales”, con creencias, valores y normas distintivas, que tiene su origen en la construcción social de imágenes y simbolismos que han conformado los distintos roles sociales y las diferencias de género, y que ha determinado la división del trabajo y las desigualdades de poder que se traducen en “estratificaciones jerárquicas internas” que marcan las relaciones y los flujos comunicativos entre los distintos actores del sistema sanitario (Seppilli, 2000, pp. 37-38; Celma, 2007).

El “hospital de cuidar” de la Edad Media se transforma, a partir del siglo XVIII y a través de un proceso complejo, en el hospital jerarquizado del siglo XX, destinado a diagnosticar y curar. Es aquí donde se reconfiguran como “aparato de medicalización colectiva” (Foucault, 1999) asumiendo un papel decisivo en el contexto de la protección social comunitaria y en la estrategia de implantación del “modelo médico hegemónico”, en el que se basa la medicina occidental, caracterizado por: biologicismo, individualismo, a-historicidad, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la

racionalidad científica, eficacia pragmática, mercantilismo, tendencia a la medicalización de los problemas y a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 2005).

La biomedicina lidera la identidad profesional en el mundo sanitario, es pues, una subcultura, con sus propias reglas del juego, valores, prácticas y creencias institucionalizadas, que se basa en los avances científicos pero que al mismo tiempo es una institución social, de poder y aparato ideológico-cultural, que configura su papel en el contexto social general (Comelles y Martínez, 1993; Foucault, 1999; Seppilli, 2000; Menéndez, 2005).

En este sentido considero que es de vital importancia el desarrollo histórico de las profesiones⁶⁷ sanitarias, como han sido construidas socialmente, ya que como veremos, determina en gran medida la posición que ocupan dentro de la estructura sanitaria. Me voy a detener en dos profesiones, la medicina y la enfermería, ya que entiendo que son las que asumen de forma mayoritaria la asistencia en la UCI, tejida en el binomio curar/cuidar, médico/enfermera.

Podemos situar el origen de la profesión médica en los hechiceros, que se ocupaban de la curación y tratamiento de las enfermedades desde el plano mágico, para su actuación necesitaban mantener un distanciamiento con el resto de los miembros de la tribu para provocar un clima de misterio y sentimientos de respeto (Siles 2011, p. 136). Por tanto desde sus orígenes se les otorga un reconocimiento social y tienen un

⁶⁷ Rodríguez y Guillen (1992) analizan, a través de las últimas aproximaciones sociológicas, el impacto social de las profesiones como aparato de dominación (lo que Foucault, 1999 llama la medicalización colectiva y otros autores como Comelles y Martínez 1993, Menendez, 2005, etc., modelo médico hegemónico), definiendo los problemas, necesidades y actuaciones sociales, y muestran a las organizaciones como los espacios en los que estos procesos se articulan. Señalan a la Medicina y al Derecho como profesiones tipo. “Como expertos, las profesiones aportan conocimiento al poder, y son centrales en el proceso de racionalización al facilitar formas de organización y dominación a través del conocimiento” (Rodríguez y Guillen, 1992, p. 11).

Acentúan que las profesiones se definen y miden por sus características estructurales y de actitud.

Entre las características estructurales destacan la creación de una ocupación a tiempo completo, la creación de asociaciones profesionales, la elaboración de códigos de ética, y la conquista de la autonomía para asegurarse el derecho exclusivo a la práctica profesional y a la evaluación de su trabajo. Las actitudes características son la utilización de la organización profesional como referencia principal, la creencia en el servicio a la comunidad, la creencia en la autorregulación, la idea de llamada, y la creencia en la autonomía como sentimiento de que el profesional debería tomar sus propias decisiones sin presiones externas (Op cit.1992, p. 12)

Freidson (1978), analiza la profesión médica a partir del proceso de institucionalización del conocimiento experto, formal y de las rutinas profesionales. Remarca como el poder profesional se asienta en este conocimiento experto apreciado socialmente como necesario, lo que le confiere poder y estatus social. Este autor a su vez considera a la enfermería como una “ocupación paramédica” (Freidson, 1978, p. 63), no concediéndole el estatus de profesión.

campo de actuación independiente. En la Edad Media el estado le confiere un *status* especial. La propia profesión era la única con derecho exclusivo para evaluar su práctica curativa, la única legalmente permitida para autoeducarse (Rodríguez J.A., 1981, p. 97). Se constituyen como gremio (Rodríguez-Sala, 2009) y se introducen en el ámbito universitario en el s. XIV, estructurándose unos conocimientos propios de la disciplina (Barcala, 1985).

Hoy en día la profesión médica, tiene un status que la convierte en autónoma con respecto al resto de la sociedad y en cabeza de la organización sanitaria. Es uno de los vehículos ideológicos más importantes del estado, ya que aplica y desarrolla la concepción del estado acerca de la salud, pero a su vez influye en el estado al hacer asumir sus propias concepciones de lo normal y lo anormal. (Rodríguez, J. A. 1981, p. 98) El estado deja en manos de la profesión el control sobre los aspectos técnicos de su trabajo, y sobre la organización económica y social del mismo. Pero la profesión médica no solo controla su propio trabajo, sino que controla y organiza el trabajo de otras profesiones que se encuentran bajo su autoridad, con falta de autonomía, autoridad y prestigio. La biomedicina tiende a establecer una relación de hegemonía/subalternidad respecto a las otras formas de atención, a las que tiende a excluir o ignorar y a asignarles un carácter subordinado (Vega, 2000).

De manera que los médicos marcan las pautas ideológicas, al ser los máximos responsables de la atención de los enfermos, legalmente y desde el reconocimiento social, y por tanto de enfermos y familiares (Pallarés 2009, pp. 97-98, Menéndez, 2005, Fernández-Rufete, 2000).

Sin embargo la profesión de enfermera, ligada a los cuidados del individuo y familia, arrastra condicionantes culturales de su rol de cuidadora, asociando a la enfermera a una imagen femenina y maternal. El cuidado ha sido esencial en la preservación de la vida y de la supervivencia humana en la mayoría de los grupos sociales, la función de cuidar ha sido asignada a la mujer, asociado a su rol reproductor, como algo “natural”, propio del ámbito doméstico (Celma, 2007, p. 24). Cuando se “externaliza” el cuidado se hace basándose en una “ideología vocacional religiosa” (Cánovas, 2004) y una vinculación a “actividades domesticas, al empirismo de madres monjas y esclavos”. Por tanto basada en el sentido común, en la motivación caritativa del cuidado, sin remuneración y carente de conocimientos propios (Silva, 1986 citado por Fernandes, Siles, Barrionuevo y Hiromi 2011, p. 95). En el s XIX comienza el

proceso de profesionalización de la enfermería en torno a la delegación de tareas médicas, por tanto como “profesión auxiliar de la medicina”, a una “ideología de vocación religiosa y práctica natural femenina” (Collière, 1993; Cánovas, 2004).

Como afirma Domínguez (1979, p. 111), en la formación de enfermería hasta los años setenta se ha mantenido la creencia de que está era una profesión basada fundamentalmente en la práctica, en la que no era necesario tener muchos conocimientos técnicos.

En 1953 se unifica los estudios de practicantes (varones), matronas y enfermeras, con una orientación técnica al servicio de la medicina, como indicaba su nombre: Asistente Técnico Sanitario (ATS). En 1977 se crea el título universitario de Diplomado en Enfermería. Pero es ahora, con el proceso de Bolonia y la adaptación de los estudios al Espacio Europeo de Educación Superior (Ley Organica 4/2007), cuando la enfermería accede al título de Grado, y el derecho a poder cursar estudios de postgrado. Lo que representa un logro importante, ya que la formación superior posibilitará y fomentará la investigación y con ello el crecimiento disciplinar. A su vez el desarrollo de las especialidades de Enfermería permitirá adecuar las habilidades y conocimientos a la complejidad de los desarrollos científicos actuales adaptando el producto enfermero a las necesidades de contextos específicos, y adecuándose a las nuevas exigencias del mercado laboral.

La falta de autonomía y de reconocimiento de la enfermería tiene diversas y complejas causas, por una parte, el desarrollo histórico de la profesión y su relación con la medicina y por otra, el referente cultural que tiene su rol central: los cuidados, adscritos al ámbito doméstico y privado, a lo que se suma el ser un colectivo mayoritariamente femenino (Celma, 2007, p. 28). Por tanto

la división del trabajo no se asienta en criterios absolutamente técnicos, sino que mantiene una fuerte carga cultural en forma de roles e imágenes de origen doméstico que asignan al rol de cuidados, propio de enfermería, categorías de sumisión, inferioridad y dependencia (Alberdi 1999, p. 12).

En su análisis histórico de la enfermería Siles (2011, p. 503), destaca como un aspecto importante el problema de la multidisciplinaridad:

El problema de la multidisciplinaridad en disciplinas con diferentes grados de poder y de desarrollo histórico y vertebración académica, se puede apreciar en ciencias tan jóvenes como la enfermería, al carecer del poder y de la infraestructura de otras como la medicina, tienen grandes dificultades para hacer

visible el papel que les corresponde dentro del amplio y variado abanico compuesto por las diferentes ramas de la ciencia.

Aunque en la división del trabajo del sector hospitalario ha habido grandes cambios⁶⁸, todavía sigue vigente un alto grado de dependencia respecto del poder médico y lo que debería entenderse como colaboración se mantiene en muchos niveles como subordinación. Motivado, en gran medida, por la indeterminación de funciones y por un conjunto de creencias y de valores que han sustentado las visiones de que su papel social era ayudar al médico, y por tanto estar bajo su dirección y a su servicio. La autonomía y el control de la práctica por la propia profesión, son precisamente dos características que la enfermería moderna está luchando por conseguir, pero que no han estado, ni están aún, presentes en la enfermería de nuestro país (Domínguez, 1979). Así lo expresa uno de nuestros informantes:

(E-6) El trabajo se centra en la decisiones médicas, todo va en que el médico se quede satisfecho, “el rey y señor”, se centra mucho en eso, creo yo. [...] Los médicos son los jefes, eso creo que lo tenemos todos claro. Por parte de enfermería con respecto a auxiliares y celadores, pues hay gente que sí, que marca el terreno con la auxiliares, pero hay otros que no, según. La mayoría forman un equipo con la auxiliar, pero hay algunos, pocos, que sí, que marcan:

- Yo soy enfermera o enfermero y tú eres la auxiliar o el celador.

Eso si lo he visto.

Vega (2000, pp. 19-25) explora la situación de las enfermeras hospitalarias, atrapadas en aspiraciones contradictorias desde su historia, su formación, la medicalización, la tecnificación y la humanización. Viéndose inmersas en un contexto en el que las “disfunciones crónicas” de la institución, la rigidez de los lugares, de la cultura hospitalaria, dejan poco lugar a los diálogos y al reconocimiento de saberes no médicos. Considera que se producen continuas clasificaciones entre los trabajadores que compara con un sistema de castas. Produciéndose discursos acusatorios y relaciones interprofesionales difíciles, que impiden la comunicación efectiva entre los profesionales y por tanto la realización de un trabajo en equipo. Estas estructuras de autoridad generan estereotipos, favorecen desconfianzas mutuas y actitudes defensivas

⁶⁸ Jovell (2005) pone de manifiesto la creciente feminización de la profesión médica, produciéndose modificaciones en la asignación tradicional de roles asociados al género en las profesiones sanitarias.

en las que cada ocupación trata de defender su propio territorio (Irvine, Kerridge, McPhee y Freeman, 2002).

Estos antecedentes, marcan condicionantes culturales que impregnan a la organización, y con ella a gestores, usuarios y los distintos estamentos profesionales. Contribuyen a la creación de una cultura de la organización con normas, creencias y prácticas propias que explica las relaciones existentes dentro de ella, de cómo se han producido, como se transforman, proporcionando una identidad común de los miembros de la organización, que se transmite a los nuevos trabajadores, y que se hacen visibles, como comentábamos en el apartado anterior, a través de indicadores observables (Mompert 2000, p. 95).

1.2.2. Identificación del progreso profesional con el desarrollo tecnológico.

La centralidad del conocimiento en las sociedades postindustriales, convierte a este en la base de la articulación de los desarrollos tecnológicos, económicos, sociales, y con ello en elemento de organización de la estratificación social (Bañares, 1994, p. 56).

El continuo avance tecnológico, su diversidad y complejidad, hace necesario el desarrollo técnico especializado. Esto supone la diversificación de servicios donde se atienden problemas antes previstos de forma conjunta. En este contexto de hiperespecialización creciente por la continua producción de conocimiento, la aparición de nuevos problemas de salud y de atención, éticos, jurídicos, etc. Se produce una fragmentación de los problemas de la realidad, los saberes tienden a escindirse, a desarrollarse según líneas teóricamente independientes. Aparecen nuevas disciplinas que producen nuevas segmentaciones corporativas con pugnas entre los distintos profesionales por sus expectativas de reproducción social (Comelles y Martínez 1993, p. 69).

Medina y Rodríguez (1994, p. 91 citando a Habermas, 1989 y a Courture, 1988) nos muestran como el imperativo tecnológico del discurso médico pretende legitimar la idea de progreso, de manera “que las tecnologías médicas (entendidas como objetos sociales) ocasionarían diferentes estructuras organizativas laborales”, lo que afecta a los roles institucionales y a las formas de relación entre médicos y otras profesiones sanitarias, por lo que adquieren relevancia en la influencia en el trabajo, los procesos históricos en los que son adoptadas las tecnologías (sistemas sociotécnicos).

La especialización profesional produce una fragmentación del conocimiento. Los "expertos" o especialistas tienen ahora un conocimiento más detallado en su área, pero como consecuencia, ya no es posible para cualquier profesión dominar por completo adecuadamente todos los conocimientos que actualmente están disponibles en su ámbito de trabajo (Hall, 2005). De manera que cada profesión y cada sistema experto necesariamente se superpone a otras profesiones y sistemas expertos. Se requieren nuevos acuerdos en un proceso de construcción social de las fronteras disciplinarias y el establecimiento de nuevas redes interdisciplinarias para vincular los discursos y las actividades de los diversos profesionales. Para ello es necesaria la comunicación, cooperación, coordinación, colaboración e integración con el fin de intercambiar ideas, conocimientos, teorías y perspectivas (Irvine et al., 2002).

Hoy en día los profesionales de la salud están obligados a proporcionar una atención interprofesional integral, en un contexto de creciente especialización, apoyado en la racionalización y la maximización, lo que hace imprescindible evitar la duplicidad. (McCallin, 2001). Todo esto pone de manifiesto la necesidad de una dilución de las barreras interprofesionales y verticales, y una respuesta que interconecte el trabajo autónomo y el conocimiento técnico especializado, que integre las tareas y genere procesos sinérgicos. Todo esto supone adquirir la aptitud para el trabajo en equipo, en el que prime la colaboración sobre la competencia y el individualismo.

1.3 Políticas hospitalarias y su influencia en el diseño del trabajo.

El hospital es un sistema abierto y como tal interactúa con su entorno, viéndose influido por los cambios sociales, demográficos, políticos y económicos.

El hospital moderno sería inconcebible sin la aparición de grandes desarrollos tecnológicos en los campos médico, farmacológico y quirúrgico; pero tampoco podría entenderse sin referencia a las agencias estatales del seguro social o sin un concepto universalizado de ciudadanía (Cruces 2006, p. 87).

Podemos decir que nos movemos en un contexto fuertemente burocratizado y profesionalmente dominado, en el que se busca la excelencia funcional como resultado de la especialización de tareas. Pero en la actualidad están cobrando importancia variables profesionalmente exógenas: bienestar, satisfacción, coste, reintegración al medio, funcionalidad social, etc. (Oteo y Fernández, 1998, p. 447), y en el contexto actual contención del gasto.

El Sistema Español de Sanidad se caracteriza por su carácter público y universal, basado en la equidad, la calidad y la participación. Ha pretendido abordar una necesaria reforma sanitaria con la *Ley Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* de 2003, basada en una orientación a los resultados, el protagonismo de los usuarios, la implicación profesional, y la integración de la atención sanitaria y sociosanitaria.

De manera que en los últimos años se está produciendo un cambio en las instituciones sanitarias, en las que tradicionalmente la planificación de sus servicios ha ido más enfocada a las necesidades de los profesionales que a la de los usuarios. El *paciente* quiere intervenir en las decisiones acerca de su salud, quiere actuar activamente como *cliente* de los servicios sanitarios. Este también es el objetivo de los gestores sanitarios que quieren corresponsabilizar de su salud a la población (se remarca la importancia de la prevención y la educación sanitaria, y se crean políticas en esta línea) en un intento de controlar el gasto, ante los muchos signos de insostenibilidad e ineficacia del sistema (crecimiento de la demanda y de las prestaciones, dificultad de control de enfermedades crónicas, etc.).

Esto está afectando también a las profesiones sanitarias. El médico pasa de ser *omnipotente*, al que se le dejaba hacer sin cuestionamientos, a ser un profesional al que se le piden soluciones inmediatas y explicaciones (proliferación de asociaciones). Las encuestas sobre satisfacción de los usuarios reflejan que estos demandan además de la excelencia técnica, un trato *humanizado* y la coordinación y continuidad de las actuaciones de los distintos profesionales (Mompart 2000, p. 157).

Se introduce en la gestión sanitaria el concepto de calidad “entendida a partir de la satisfacción del cliente, de los profesionales, de los resultados clínicos obtenidos y de la salud en oposición a la enfermedad” (Texeidor 2005, p. 125)

Además en el desarrollo del resto de profesiones sanitarias, fundamentalmente la enfermería, cobra fuerza la autonomía profesional como valor emergente (Ramió y Domínguez 2003) y la búsqueda de prestigio e independencia, por lo que las relaciones asimétricas generan conflictos interprofesionales.

Por otra parte se produce la introducción de otros profesionales que no estaban presentes tradicionalmente en los ámbitos sanitarios, y más concretamente en los hospitalarios: trabajadores sociales, psicólogos, antropólogos, etc. Que diversifican estos entornos multiprofesionales y que introducen saberes diversos.

Todos estos cambios están afectando de una forma directa e indirecta a la estructura de la organización del trabajo en las instituciones sanitarias.

- **Políticas y trabajo en equipo.**

Como vimos al hablar de los estudios sobre el trabajo en equipo, en EEUU el presidente Clinton creó la Quality Interagency Coordination (QuIC) para desarrollar un plan federal para reducir el número y la gravedad de los errores médicos, asumiendo la Agencia de Investigación y Calidad el papel de liderar el “movimiento de seguridad del paciente”, las conclusiones de las investigaciones que se desarrollaron fueron tenidas en cuenta por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones sanitarias de Estados Unidos (JCAHO), exigiéndose mayores responsabilidades en relación a la seguridad de los pacientes, para ello promueven el trabajo en equipo a través del “modelo de asistencia en colaboración” y basado en la cooperación y la comunicación interdisciplinaria como estrategias para evitar errores, garantizar la seguridad de los pacientes y la asistencia de calidad. Evidenciando la necesidad de desarrollar una cultura favorable al aprendizaje y al uso compartido de lo aprendido, para lo que es imprescindible una buena comunicación entre los profesionales, abierta y respetuosa, como condición necesaria para facilitar los procesos de planificación, definición de objetivos, toma de decisiones y resolución de problemas, y como base para impulsar la responsabilidad compartida en la atención al paciente. La interiorización y aceptación de estos valores son imprescindibles para que se propicie el cambio cultural en las organizaciones sanitarias necesario para lograr adoptar “una cultura de seguridad del paciente”. Para la elaboración de modelos de colaboración efectiva toman ejemplo de prácticas de comunicación estandarizada utilizadas en empresas de alto riesgo como las aeronáuticas, militares y nucleares, proponiéndose listas de verificación y programas de formación y entrenamiento del equipo (Clements et al., 2007).

Recientemente el estudio de Martínez, Hueso y Gálvez (2010) recogen las opiniones de los profesionales de enfermería en relación a la seguridad del paciente. Encontrando entre las barreras que estos identifican para desarrollar estrategias y acciones que favorezcan la seguridad, la organización jerárquica del trabajo asistencial, la carencia de equipos con un funcionamiento interdisciplinar real y la falta de comunicación. Consideran que para fomentar la “cultura de seguridad” es necesario

potenciar la cultura organizacional, el trabajo colaborativo y participativo, y la convicción de que es posible cambiar y mejorar.

En España los Planes de Calidad están previstos en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, está dirigido a la ciudadanía e impulsa una atención sanitaria de excelencia centrada en los pacientes y sus necesidades. Apoya al personal sanitario en el fomento de la excelencia clínica y en la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible. Al primero de estos planes 2006-2010, se le asignaron 50 millones de euros anuales y contempla 6 grandes áreas de actuación sobre las que está previsto seguir trabajando también en el siguiente, el Plan de Calidad 2010, dentro de estas actuaciones desde 2005, una de las estrategias prioritarias es la seguridad del paciente (SP) y la minimización del riesgo de provocar daño innecesario como consecuencia de la atención sanitaria, potenciando acciones para mejorar la información y formación de profesionales y pacientes sobre seguridad del paciente. Para ello se pretende elaborar una propuesta de cambio normativo que permita la notificación no punitiva de eventos adversos y se presenta un prototipo de sistema de información y notificación de incidentes y eventos adversos para el SNS, además de fomentar la investigación de estrategias para mejorar la seguridad. En esta línea están el proyecto Bacteriemia zero: “Prevención de Bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales en las UCI españolas”, y de la Campaña de Higiene de Manos, ambos proyectos realizados en colaboración con la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS. Otra línea estratégica complementaria de la anterior es mejorar la práctica clínica para lo que es fundamental promover la investigación aplicada a los servicios de salud y facilitar el acceso de los profesionales a la mejor información científica disponible para la mejor toma de decisiones en la gestión y en la práctica clínica. Para ello ha sido necesario ampliar el conocimiento disponible con estudios, y proyectos de investigación y de evaluación de tecnologías sanitarias. Se han redactado Guías de Práctica Clínica y se han puesto a disposición de los profesionales recursos en línea con la mejor evidencia científica disponible⁶⁹. Todas las estrategias contemplan acciones para favorecer su implantación, como son la difusión, la formación y la financiación de proyectos. Otras líneas de actuación son la protección, prevención y promoción de la salud, el fomento de la equidad etc. Pero tras la revisión de estos

⁶⁹ En el caso del Servicio Murciano de Salud, a través de la Biblioteca Virtual de Murcia Salud.

documentos, no hemos encontrado actuaciones, ni mención específica a la mejora de la comunicación y de los métodos de trabajo en colaboración, como si aparecen en la Agencia de Investigación y Calidad estadounidense y en la Fundación para la Investigación de los Servicios Sanitarios de Canadá (Clements et al., 2007).

Aunque facilitar una adecuada transferencia de información y una clara comunicación aparece como un indicador de buenas prácticas sobre seguridad del paciente en el trabajo realizado por Saturno et al., (2009) en el que se recogen datos relativos al uso de protocolos sobre la forma de actuar frente a órdenes verbales, listados sobre abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis asociadas a errores en la medicación, y para prevenir cirugía en sitio o paciente equivocado. En sus resultados destacan que estos protocolos no existen en la mayor parte de los hospitales analizados. De cualquier forma lo que ponen de relevancia son solo algunos aspectos comunicacionales, pero no analizan de forma general la situación de la comunicación y de la colaboración entre los profesionales.

En este sentido las listas de verificación si son utilizadas fundamentalmente en entornos quirúrgicos, como forma de comprobación estandarizada para evitar fallos en la identificación del paciente y de la zona quirúrgica, así como de que la preparación, para la intervención quirúrgica, ha sido completada correctamente.

Nuestro trabajo parte de la reivindicación de la colaboración y la comunicación entre los profesionales de la salud como base para sustentar la mejora de la calidad asistencial y la promoción de la cultura de seguridad, porque difícilmente se comunicaran los errores si no hay confianza entre los profesionales, y si no existe el hábito de intercambiar informaciones de forma respetuosa, abierta y sincera.

Otros documentos y organizaciones si recogen, de forma explícita, la necesidad de trabajar en equipo en las empresas sanitarias. Por ejemplo la OMS en su Informe sobre la salud en el mundo 2006 afirma lo siguiente:

El porvenir de la prestación de atención sanitaria radica en el trabajo en equipo, con competencias que se solapan, se complementen y se adapten continuamente a los rápidos cambios sociales y tecnológicos. Al mismo tiempo, se le pedirá al equipo de atención sanitaria que esté mucho más próximo a los pacientes [...] Pronto quedará superado el modelo de profesiones sanitarias separadas e independientes. (Organización Mundial de la Salud, 2006, p. 130)

El trabajo en equipo también se considera un aspecto importante en el establecimiento de las competencias de las profesiones sanitarias (Clèries, 2006),

algunos estudios indican que un adecuado funcionamiento de los equipos asistenciales favorece la consecución de los objetivos generales de las organizaciones sanitarias a la vez que potencian la salud mental de los profesionales que los integran (Gómez, 2004, p. 41, Romano et al., 2007).

La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, tiene como objetivo garantizar la equidad, calidad y participación social en el Sistema Nacional de Salud. En su capítulo III hace referencia a los principios generales de los profesionales de la salud y de su formación. En el artículo 35 habla de la necesidad de coordinación entre el sistema sanitario y el educativo. Así mismo en su artículo 36 establece:

La Comisión de Recursos Humanos, atendiendo a las necesidades de la población, trasladará al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y al Consejo de Coordinación Universitaria criterios para la adaptación de los planes de estudios conducentes a la obtención de los distintos títulos universitarios del ámbito de las ciencias de la salud, que conjuguen la adquisición simultánea de conocimientos, habilidades y actitudes y favorezca el trabajo en equipo multiprofesional y multidisciplinar (Ley 16/2003, p. 20577).

Como vemos el tipo de trabajo en equipo que exige la ley se queda en la adhesión de disciplinas.

En consonancia con lo que marca esta ley, en los estudios universitarios de la Universidad de Murcia en el Consejo de Gobierno de 25 de abril de 2008 se aprueba como una de las competencias transversales y por tanto común a todas sus titulaciones: “6-TR. Capacidad para trabajar en equipo y para relacionarse con otras personas del mismo o distinto ámbito profesional”.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias dedica el artículo 9 a las “relaciones interprofesionales y el trabajo en equipo”. Considera el equipo de profesionales como la unidad básica de las organizaciones asistenciales, que su estructuración se realizara de forma “uni o multidisciplinar e interdisciplinar”. En cuanto a la articulación y liderazgo de los equipos sigue hablando de que se realizará de forma “jerarquizada o colegiada” en primer lugar, pero continua aclarando: “en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencias, y en su caso, de la titulación [...] en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros”. En realidad la ley no sabemos en qué medida habla de equipos o de grupos, y además, en cuanto a la toma de decisiones, apunta más hacia el mantenimiento de los modelos verticales, de

jerarquización, aunque cuando habla de confianza y conocimiento recíproco deja tímidamente una puerta abierta a la toma de decisiones participativa.

Este discurso sobre el trabajo en equipo también aparece a nivel regional, es reconocido en las Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad 2005-2010 como una de las necesidades de los profesionales sanitarios y como uno de los valores de la Consejería de Sanidad y del Servicio Murciano de Salud.

La preocupación que reflejan estos documentos contrasta con la apreciación de los profesionales a cerca de los intereses de los gestores por el trabajo en equipo y en general por “cómo se trabaja”, los trabajadores ven a la dirección como distante y ajena a las dinámicas de trabajo del servicio, y preocupada por el márketing, la economía (fundamentalmente en el momento actual donde cobra una importancia fundamental el ahorro en los presupuestos) y la política:

(E-3) Desde la dirección, es que no saben ni como trabajamos, tienen una idea pero yo no he visto a ninguno de ellos ver lo que hacemos. Creo que no, que están preocupados por otros temas, que los presupuestos les den para comprar, o que se administren bien para ahorrar lo máximo posible. [...] No se implican, no les importa, eso lo tengo clarísimo. Si pasa algo gordo entonces si corremos. Mientras que la situación se vaya llevando, yo gasto menos.

(A-1) La dirección yo creo que no se está ocupando mucho de nosotros últimamente, no. Marchamos un poco por libre

1.4 Sistemas de contratación y rotación del personal.

Como destacábamos en apartados anteriores las organizaciones sanitarias son claros ejemplos de burocracias públicas, y tienen un ámbito de regulación laboral disfuncional y rígido, otorgándose gran protagonismo a las cúpulas sindicales y políticas, lo que limita las competencias y autonomía en la gestión de los recursos humanos de los directivos de los centros Sanitarios (Martín, 2003).

Cadena (2005) destaca que la rotación de profesionales hace difícil la consolidación de los equipos de trabajo y en general de los proyectos. Pero esta rotación es una constante en los equipos sanitarios, por una parte por la necesidad de atención

durante las 24 horas del día, lo que obliga a la realización de turnos. Y por otra parte por el continuo movimiento de personal (vacaciones, bajas, cambios de contratos)⁷⁰.

El sistema de contratación del Servicio Murciano de Salud se basa en listas de méritos centralizadas en las que las puntuaciones se obtienen en base a un baremo preestablecido que incluye fundamentalmente tiempo trabajado y formación. Pero que no discrimina ni el tipo de formación continuada recibida ni los servicios en los que se ha trabajado, por lo que a la hora de otorgar un contrato se le da al 1º de la lista, sea cual sea su experiencia profesional. Esta es la forma de asignación de contratos para el personal sanitario no facultativo. A excepción de algunas bolsas de trabajo para servicios especiales como puede ser Hemodiálisis, pero no existen estas bolsas específicas para Unidades de Cuidados Intensivos (al menos en nuestra región). También se aplican a profesionales con especialidades reconocidas oficialmente (y con promociones de profesionales ya formados) como matrona, salud mental y enfermería del trabajo.

La contratación de personal facultativo es diferente además de tener que aportar su curriculum en el que debe estar incluida la especialidad que se requiere para el puesto, se le realiza una entrevista personal por parte del director médico y el jefe de servicio. Aunque esta capacidad de selección que podríamos considerar más enfocada al puesto en la actualidad tiene poca utilidad en aquellas especialidades en las que es difícil encontrar profesionales formados, debiéndose contratar a médicos de otras especialidades o con perfiles diferentes al requerido para ese puesto⁷¹.

(M-3) Se nos contrata por curriculum. Yo cuando vine traje el curriculum y me entrevistaron, el jefe del servicio y el director médico. Distinto sería que trajeran 60 curriculum, entonces a parte de la entrevista y el curriculum habría que mirar si todo el mundo está en la bolsa, que puntuación tiene. Lo que pasa es que como

⁷⁰ La alta rotación del personal se ve favorecida por el alto nivel de personal contratado, que supone casi el 50%, la necesidad de cubrir todas las baja (en lo que hay que tener en cuenta también las bajas maternales, riesgo en el embarazo, excedencias maternales y reducciones de jornada por cuidado de hijos en una población mayoritariamente femenina y edad fértil, sobre todo en enfermeras y auxiliares de enfermería. Sirva como ejemplo que a 27 de diciembre de 2011, hay 3 bajas por enfermedad de 1 enfermera y 2 auxiliares, 2 permisos sin sueldo de 2 enfermeros, 1 enfermera de baja por riesgo en el embarazo, 2 por baja maternal, y también una auxiliar, además de otra enfermera con una reducción de jornada por cuidado de hijos).

⁷¹ Esta situación es frecuente en centros de salud donde médicos de familia cubren puestos por ejemplo de pediatría. En la unidad de estudios no se da esta situación, ya que todos los facultativos con intensivistas.

desgraciadamente eso no se da, si no que casi tienes tú que salir a buscar.

Más allá de un enfoque puramente administrativo, los sistemas sanitarios son un conjunto de organizaciones profesionales complejas, un sector basado en la coordinación de agentes profesionales, conocimiento y gestión. En concreto el Sistema Sanitario Público, es un complejo conglomerado de instituciones, servicios y profesionales, altamente descentralizado en el nivel político-territorial, pero también muy centralizado en el plano organizativo. Que está fuertemente funcionarizado, y en el que un elevadísimo porcentaje del personal es contratado directamente por las administraciones públicas y percibe sus retribuciones en forma de salarios muy estables ligados primordialmente al puesto desempeñado, no teniéndose casi en cuenta los aspectos productivos o relacionados con competencias profesionales. Aunque los sistemas sanitarios están experimentado una gran evolución, no sólo en términos cuantitativos, en los que existe la necesidad de compatibilizar expectativas y demandas crecientes (tanto en cantidad como en calidad), con un nivel de gasto aceptable en términos macroeconómicos y sociales, y un estándar aceptable de legitimidad pública (Hernández, 2005). De hecho en el momento actual marcado por la fuerte crisis económica que asfixia nuestro país, las referencias al gasto sanitario, en relación a los servicios y a los salarios de los profesionales, son una constante en los discursos políticos pero también de los ciudadanos. En un intento de culpabilizar y justificar las medidas adoptadas para contener el gasto, lo que está generando un gran malestar entre los profesionales sanitarios que se sienten injustamente tratados, tanto por la administración como por la opinión pública, y teniendo que pagar⁷² los abusos de políticos, gestores y ciudadanos irresponsables.

En España, la profesión médica y en buena medida también la de Enfermería deben enfrentar esta crisis en un contexto de descohesión, desmovilización intelectual, fragmentación interna y ausencia clamorosa de liderazgo corporativo; por tanto, sin capacidad de interlocución con las administraciones y corporaciones y, lo que es peor, con la propia sociedad; con su independencia y prestigio social amenazados por unas relaciones peligrosas con la industria; en una situación de

⁷² Los primeros recortes salariales de 2010, supusieron una pérdida de aproximadamente el 10% (por término medio un 5% impuesto por el gobierno central mas el 5% por el regional), además de perderse las 40 horas reconocidas para formación. El 2012 ha traído la congelación de los sueldos, el aumento de la retención del IRPF del 2%, el aumento de las horas a trabajar semanales de 35 a 37, 5. Además de la pérdida de días por antigüedad. El descontento es generalizado, se han reducido las plantillas y se cobra menos salario por hacer más trabajo. Lo peor es que se tiene la sensación de que las condiciones de trabajo y salariales van a seguir empeorando.

creciente desmotivación e insatisfacción laboral y una cierta cultura de sálvese quien pueda; y con condiciones laborales, sistemas organizativos y políticas de recursos humanos manifiestamente mejorables (Hernández 2005, p. 290).

La insatisfacción laboral⁷³ de los profesionales de la salud es un tema preocupante, según el Grupo de Estudio del Síndrome de Desgaste Profesional, en los hospitales de Girona junto con los docentes, los médicos y enfermeros son los que presentan mayor nivel de desgaste profesional (trastornos afectivos, estrés) y burnout, relacionados con la insatisfacción laboral, la falta de reconocimiento social, una falta de identificación con la empresa, un menor control sobre el trabajo, la autopercepción de baja remuneración económica y el hecho de cuidar a personas que padecen una enfermedad o un proceso terminal (Grau, Suner, y García, 2005 p. 464).

Encontramos que las relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo (Carrillo, 2010: 337) y la competencia profesional son lo que más satisface a los profesionales sanitarios, y lo que menos el sueldo, las malas condiciones de trabajo, la escasez de formación y promoción y el distanciamiento de la institución y los directivos (Aranaz, Mira y Benavides, 1994; Del Río et al., 2005).

Estos estudios dan pistas a los gestores sobre cómo abordar este problema, en un momento en el que los incentivos económicos no parecen ser factibles (además su rentabilidad es dudosa no solo cuantitativamente sino también cualitativamente) el mejorar el reconocimiento de las aportaciones de los profesionales, su implicación en los proyectos de la organización y mejorar las relaciones interpersonales podría ser la solución y la prevención a los problemas relacionados con la satisfacción profesional y la motivación. Pensamos que mejorar la comunicación (Plaza et al., 2009;) y las condiciones para el trabajo en equipo real (Rubio et al., 2006; Clark, 2009; Kalisch, Lee y Rochman, 2010; Orkaizagirre, 2010) sería una estrategia de gestión desde la que lograr estos propósitos.

⁷³ Aranaz, Mira y Benavides (1994) definen la satisfacción laboral como una actitud positiva individual hacia el trabajo y las condiciones en las que este se realiza. Afirman que la insatisfacción de los profesionales sanitarios trae consigo costes económicos y sociales, por su efecto sobre el clima laboral, el rendimiento y en la calidad de los cuidados. Argumentan que esto es debido al aumento del absentismo y aumento de la rotación que afecta a la capacitación técnica de los profesionales que ocupan los nuevos puestos y que ocasiona la pérdida de la motivación laboral. También encuentran en su estudio que las características más valoradas por los trabajadores sanitarios son: la relación interpersonal con los compañeros y con los jefes. Y los aspectos más negativos son: la presión del trabajo y las pocas posibilidades de promoción profesional y el estatus.

2.- ESTUDIO DE CASO: LA UCI DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ DE LORCA (MURCIA. ESPAÑA).

2.1 El área de salud III y su hospital.

El hospital Rafael Méndez de Lorca es un hospital público perteneciente a la red de Hospitales del Servicio Murciano de Salud, el cuarto más importante de la Región en cuanto a actividad asistencial. Fue inaugurado en 1990 y supuso el traslado del personal que trabajaba en el antiguo hospital Santa Rosa de Lima (inaugurado en 1974, actualmente en el edificio se ubica el centro de hemodonación, el centro de salud de Lorca centro⁷⁴, algunas consultas especializadas y la unidad de Cuidados Paliativos). Está ubicado en las afueras de la ciudad a unos 4 kilómetros del centro urbano, en la diputación de la Torrecilla, con acceso directo desde la Autovía del Mediterráneo. Proporciona asistencia sanitaria especializada a los habitantes del Área III de Salud de Murcia, que engloba los municipios de Águilas, Aledo, Lorca, Puerto Lumbreras y Totana, cuya población asciende a un total de 172155 habitantes (Base de Datos Poblacional de la Dirección General de Régimen Económico y Prestaciones dependiente de la Consejería de Sanidad y Política Social del Servicio Murciano de Salud de Diciembre de 2.011).

El edificio aprovecha el desnivel del terreno, cuenta con 4 plantas en total: el sótano, la planta baja y sobre esta, dos pisos más. Hay unidades de hospitalización en la planta baja, la primera planta (donde se encuentra también urgencias) y en la segunda planta se encuentra solo una unidad de hospitalización, traumatología (además de otras unidades asistenciales: UCI, quirófano, paritorios y hospital de día). En la actualidad cuenta con 283 camas de hospitalización. Desde el 2002 el Gobierno Regional ha invertido 25,6 millones de euros en su reforma, ampliación y mejora, pasando de una superficie construida original de 22.319 metros cuadrados a 33.775. Se han realizado obras de reforma en más de 20 puntos diferentes del centro hospitalario, quedando pendiente entre otras la remodelación de la UCI que según los datos emitidos por la oficina de prensa de la CARM el 12 de febrero de 2007 (con motivo de la visita del Presidente de la Comunidad Autónoma de Murcia, Ramón Luís Valcárcel), estaban previstos para 2008, pero que siguen pospuestos como consecuencia de la falta de presupuestos

⁷⁴ Emplazado aquí después del terremoto del 11 de mayo de 2011.

(indefinidamente como consecuencia de la crisis). También se ha incrementado su plantilla, pasando de 1.109 profesionales en 2002 a 1.494 en 2009, estos datos se refieren a la plantilla total del área III publicados en el Boletín Oficial de la Región de Murcia (BORM 291 de 17 de diciembre de 2008). En el anexo III (tablas 18 y 19) se aporta la relación de personal y camas del hospital actualizada y suministrada en junio de 2009 por las direcciones de enfermería y de recursos humanos del hospital.

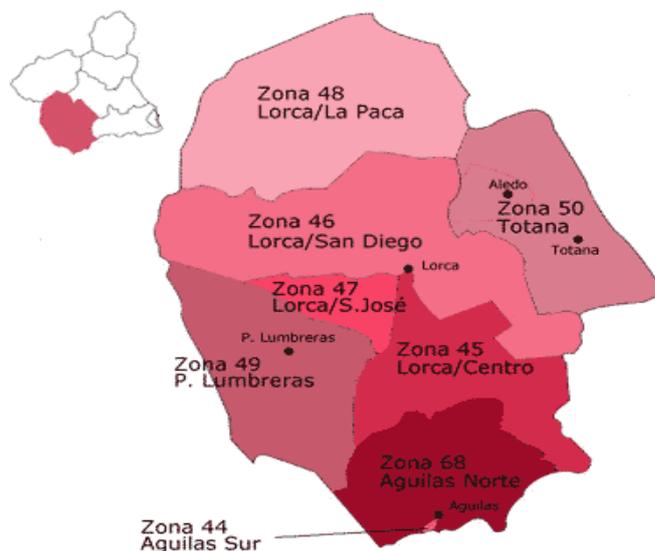


Figura 2: Fotografía del hospital general universitario Rafael Méndez y mapa de las zonas de salud del área III.

El servicio de medicina intensiva del hospital Rafael Méndez inició su andadura en agosto de 1.995, estructurado en una UCI a partir de lo que era el antiguo servicio de reanimación quirúrgica, utilizando el mismo espacio (lo que constituyó una importante fuente de conflicto entre los anestesiistas que eran “echados” de su servicio, y los recién llegados intensivistas). Se inauguró con 6 camas oficiales, aunque en realidad cuando era necesario se utilizaban 7 (aprovechando la sala de hemodinámica), el 3 de abril de 2008 se inauguraron 2 camas más (oficialmente 3, lo que se “vendió” como una ampliación del 50%). Durante este periodo de tiempo se han atendido a unas 5.000 personas con una tasa de supervivencia del 88,3%⁴³.

Además se ha realizado una importante labor docente, promoviendo acciones formativas dirigidas a profesionales del centro y al resto del Servicio Murciano de Salud.

Estos nuevos puestos asistenciales incorporan un elevado nivel tecnológico⁴⁴ (camas inteligentes), totalmente integrados en el sistema global de monitorización de nuestra unidad. Estos puestos se completan con una dotación de personal cualificado (enfermería y auxiliares) que cumplen los ratios (enfermería por cama)⁴⁵ recomendados por los organismos internacionales, para una atención de calidad al paciente. El incremento en la disponibilidad de camas permitirá continuar ofreciendo una asistencia de calidad a los pacientes críticos de Lorca, además de dar soporte al desarrollo en el hospital de otros procedimientos y técnicas médicas y quirúrgicas más complejas (Nota de prensa publicada en la web institucional Murcia Salud por la Consejería de Sanidad el 03/03/2008).

Con estas palabras el Servicio Murciano de Salud pone de relieve la importancia de la tecnología, de la calidad de asistencia y de la formación. Esto se ve reflejado en la dotación de personal, de aparataje y de presupuestos, muy superior a las del resto de unidades de hospitalización.

En 2011 de los 10.530 pacientes ingresados en el hospital, 318 (3,019 %) estuvieron en la UCI⁴⁶, de estos 68 (21,38% del total de ingresados en UCI y el 25,37

⁴³ Estos datos fueron suministrados a través de una nota de prensa publicada en la web institucional Murcia Salud por la Consejería de Sanidad el 03/03/2008 con motivo de la ampliación de camas de la unidad.

⁴⁴ La dotación es de tres “camas inteligentes” (con funciones especiales: peso, rotación, posición de sillón, masaje, etc.), ubicadas en los boxes 2,3 y 4.

⁴⁵ La Ratio de un servicio se refiere al número de pacientes que es atendido por cada profesional, en este caso por cada enfermero.

⁴⁶ Se considera ingreso hospitalario al paciente que permanece más de 24 horas en el servicio, por lo que parte de la actividad realizada en UCI no es recogida en estos registros. Por ejemplo pacientes que permanecen horas en la unidad (menos de 24) hasta que mejora su estado clínico, son trasladados a otro centro o fallecen.

del total de fallecimientos en el hospital) fallecieron en la unidad, mientras que en el conjunto del hospital se produjeron 268 fallecimientos. La estancia media en el hospital fue de 6'18 días mientras que en la UCI fue de 7'5 días⁴⁷. Otra importante actividad desarrollada dentro de la UCI es la de implante y revisión de dispositivos de electroestimulación cardiaca. Muchos de estos pacientes permanecen en la unidad menos de 24 horas, aunque suponen una importante carga asistencial en las mañanas⁴⁸.

Por último vamos a aportar algunos datos económicos referidos al primer semestre de 2011⁴⁹. El gasto total de la Gerencia del Área III fue de 60.680.662,01 €, correspondiendo a la UCI 1.724.941'51 €, lo que supone el 2'84 %⁵⁰ (Anexo VII).

2.2 La unidad de estudio: La UCI del Hospital Universitario Rafael Méndez.

A continuación me propongo resaltar lo más característico de las UCIs (Unidades de Cuidados Intensivos) y aportar algunas peculiaridades de mi unidad de estudio: la UCI del hospital general universitario Rafael Méndez. No es una descripción exhaustiva ya que lo que pretendo es hacer comprensible el contexto de las interacciones profesionales, la colaboración y trabajo en equipo interprofesional que abordaremos en los capítulos posteriores.

2.2.1 Características de las Unidades de Cuidados Intensivos. Cultura de la Unidad de Cuidados Intensivos.

La UCI se asocia con una imagen simbólica del servicio del hospital que posee la más alta tecnología disponible, es percibida como la “última oportunidad” que tienen enfermos críticos para superar sus graves problemas de salud, la “última frontera” de la

⁴⁷ Estos datos sobre actividad asistencial han sido suministrados por el hospital.

⁴⁸ En 2011 se implantaron 95 sistemas completos de MCP definitivo, se realizaron 52 intervenciones para revisión y sustitución de generadores de MCP. Se realizaron 12 intervenciones para revisión de estos sistemas sin sustitución y se implantaron 13 DAI.

⁴⁹ Estos datos han sido facilitados por la Dirección de Gestión del hospital, los del segundo semestre aún no estaban disponibles.

⁵⁰ Los datos aportados corresponden a personal y a gastos generales (luz, agua, material desechable, material de papelería etc.), no se han incluido gastos extraordinarios que se contabilizan en capítulos diferentes

biomedicina, con un dotación mayor de personal especializado y una menor limitación presupuestaria dentro del ámbito hospitalario, Pallarés (2009, pp. 85-87) considera que existe una “cultura propia de la UCI”, producto de las peculiaridades de sus significados e interacciones, que la distinguen como un servicio especial no solo de cara la sociedad, en cuanto a su imagen de estar en la “frontera con la muerte, sino dentro del propio hospital y para el resto de los profesionales sanitarios (limitación del conocimiento científico) de otros servicios⁵¹, en los que se imponen diferentes posibilidades de acceso a la tecnología. Siguiendo esta premisa voy a describir las principales peculiaridades de este servicio.

La UCI es un ambiente cerrado y diferenciado del resto del hospital, esto se hace visible en su localización, en el último piso, en una zona distal y con pocas indicaciones, lo que la hacen difícil de encontrar para los que no la conocen previamente (Anexo IV). A ella se entra por unas puertas abatibles que se encuentran frente a la salida de los quirófanos (herencia de su origen como unidad de reanimación). Hay un pasillo que atraviesa la unidad y al final del cual hay otra puerta abatible que la comunica con hospital de día.

Esta diferenciación también queda patente en el uso de uniformes azules (despersonalizados, sin identificación, los blancos sí llevan el nombre y la categoría profesional impresos) exclusivos para el personal de esta unidad. Los médicos utilizan con más frecuencia sus uniformes blancos y batas con su identificación bordada.

Este “hermetismo” se manifiesta también en los protocolos de acceso a la unidad para familiares y personal extrahospitalario, que deben ponerse bata y calzas desechables (protectores para los zapatos) antes de entrar, también se les recomienda lavarse las manos antes y después de la visita. Todas estas medidas tienen una doble misión, por una parte distinguir la UCI como servicio “especializado”, “diferente”, y por otro mantener una asepsia más estricta, ya que estos servicios se consideran zonas contaminadas, por la situación clínica de los pacientes sometidos a múltiples tratamientos farmacológicos, que suelen alterar las condiciones inmunológicas de los mismos, debilitándolas, y que traen como consecuencia la proliferación de gérmenes “propios”, de más difícil erradicación, por lo que las medidas van encaminadas a prevenir tanto el “riesgo” de contaminación del exterior como el “peligro” de propagar

⁵¹ En una percepción que sitúa a los intensivista como “experto entre expertos”.

infecciones. Estos conceptos de contaminación, riesgo y peligro son de uso frecuente, siendo importantes factores de persuasión para cumplir normas (Douglas, 1991, p. XI)⁵², y constituyen premisas para el establecimiento de cuidados y protocolos, se ponen de manifiesto en la existencia de rituales como el lavado de manos (anunciado en múltiples carteles situados en distintos puntos de la unidad con eslogan como: “salvar vidas está en tus manos”), “vestirse”⁵³ para la realización de procedimientos que requieren las máximas medidas de asepsia, etc.

El régimen espacio-temporal del contexto lo convierte por tanto en una unidad aislada, diferenciada del mundo exterior. De ahí su carácter de **“institución total”**, que se manifiesta en términos culturales en aglomeraciones de funciones integradas; posesión de un lenguaje propio; en la visibilidad de aspectos dolorosos de la vida humana socialmente negados (la enfermedad, la muerte); y en la existencia de rutinas de aislamiento entre sus miembros (a las que coadyuvan fenómenos como la endogamia profesional). Todos estos rasgos convergen en un efecto de clausura. Se trata de formas de conocimiento experto que tienden a configurar un estilo de vida (Cruces, 2006, p. 107).

Casi todo lo que debe hacerse a un enfermo suele estar pautado, dejando poco espacio a la improvisación. La práctica clínica se basa en la estandarización de los procedimientos:

Un hecho biológico, pasa a ser un hecho científico perdiendo todos sus referentes y circunstancias sociológicas e históricas. El diagnóstico formaliza los criterios de clasificación y su manejo clínico los refuerza, a través de los protocolos de asistencia, que constituyen automatismos tecnológicos que encierran una única forma de abordar y pensar la enfermedad, sometiéndola a criterios impersonales preestablecidos. Aquí las clasificaciones elevan la objetividad del discurso y de la práctica científica (Fernández-Rufete 2000: 288).

La toma de decisiones clínicas en la práctica asistencial tiene una gran complejidad, y está marcada por la incertidumbre⁵⁴, por la interacción por una parte de

⁵² Mary Douglas resalta que las categorías de contaminación, pureza y peligro operan como ejes de clasificación en las culturas, interpretándose en este sentido “los tabús como un medio de proteger la sociedad contra conductas que la amenazan” (Douglas, 1991, p. VIII). Cruces (2006, p. 86) matiza que en nuestra cultura la aplicación y administración de estas categorías se realiza principalmente desde los hospitales.

⁵³ Hay una forma de ponerse los guantes estériles para no contaminarlos, un orden en el vestido (calzas, mascarilla y gorro antes del lavado de manos quirúrgico, después la bata estéril y por último los guantes). Así como diferentes modalidades de lavados de manos (rutinario, especial, quirúrgico) según el procedimiento a realizar.

⁵⁴ La incertidumbre es una constante en la práctica médica, la investigación del diagnóstico se hace en base a indicios y señales, síntomas y signos, a probabilidades, recogidas en un acervo de conocimientos protocolizado, en un intento de simplificar lo complejo (Morin, 1998).

los conocimientos técnicos y científicos, y por otra parte las expectativas y circunstancias de los usuarios, pacientes y familias. La evidencia clínica, es una condición indispensable de racionalización de las decisiones, que apoya “el saber clínico” en las últimas investigaciones y desarrollos tecnológicos. Y que viene a completarse con la experiencia vivida acumulada y por el uso de numerosas pruebas diagnósticas.

El uso del lenguaje es aquí también de vital importancia, el dominio de un código particular, de la jerga médica, constituye un signo de identidad que proporciona cohesión al grupo, y distancia con los “otros”. A través del dominio del lenguaje hay un reconocimiento entre iguales que constituye una barrera difícil de traspasar para los ajenos al grupo (Cruces, 2006, p. 108).

Esta pretensión de cientificidad, de objetivación, pone en valor el proceso patológico como realidad unívoca y desconexa, en gran medida, de los aspectos sociales, psicológicos, morales o de relación tanto del paciente como de la familia. Este aislamiento social (fundamentalmente de los pacientes, pero también de familiares y personal sanitario de guardia), junto con las rutinas y protocolización de las prácticas es lo que nos hace considerarlo en cierta medida como una “institución total”⁵⁵ (Goffman, 1984).

La institucionalización de los pacientes se ve acentuada por la norma de desvestirlos, para facilitar su exploración, evitar la interferencia de la ropa con cables, catéteres, etc., lo que supone una agresión a su intimidad⁵⁶, que pierden en gran medida durante la hospitalización, especialmente cuando están en una UCI. En ocasiones se les permite conservar alguna prenda, pero cuando pueden llevar pijamas o camisones, deben ser los del hospital. La soledad es una constante en pacientes y familiares en un servicio, tecnológicamente invasivo, frío e impersonal, cuya estructura es poco receptiva a las necesidades familiares. Son unidades en constante adaptación a las innovaciones técnicas, pero con una adecuación más lenta a los cambios sociales.

⁵⁵ Goffman, desarrolla este concepto en su ensayo sobre su investigación en un hospital psiquiátrico, designa así a lugares de internamiento pero también de trabajo, en los que se produce un aislamiento del entorno social y una disciplina administrada formalmente a través de rutinas programadas e impuestas jerárquicamente, como ocurre en cárceles, hospitales psiquiátricos, asilos de ancianos, cuarteles, etc.

⁵⁶ Como destaca Gómez-Londoño (2008, p. 146), el dominio de la ciencia y la tecnología lleva a un “reduccionismo biológico” del ser humano, “se cosifica” a la persona.

Hay un intento de personalizar a los pacientes llamándolos por su nombre, presentándose el personal e indicándoles a quien se tienen que dirigir cuando necesiten algo, pero en las conversaciones entre el personal con frecuencia la referencia es al número de box, o a al diagnóstico: “el del 2”, “el del infarto”.

Se atiende a un número reducido de pacientes con altas demandas de atención y cuidados, hay 9 boxes para hospitalización y un “miniquirófano” para el implante de marcapasos y reservorios subcutáneos. Por lo que puede haber un máximo de nueve enfermos hospitalizados en la unidad, más uno o dos de forma temporal mientras se le realiza algún procedimiento especial (implante de marcapasos, canalización de una vía venosa central, etc.). Este limitado número de pacientes facilita la individualización de la atención. También la rigidez de horarios de visitas y normas se quebranta en casos especiales como niños, enfermos desahuciados, familiares que aún no han podido verse (por venir de lejos, etc.), familiares de “la casa”⁵⁷. La adaptabilidad de las normas en este sentido es constante, se prolongan los horarios de visitas cuando es posible, los médicos dan información fuera del horario habitual. Las pequeñas dimensiones del servicio propicia la flexibilidad de las relaciones.

También es destacable el elevado número de personas que atienden estas unidades, divididos en grupos profesionales con perfiles y roles diferentes y complementarios, pero también con prejuicios y estereotipos con respecto a los otros, entre los que destacan los médicos como cúspide del orden jerárquico que caracteriza la organización hospitalaria, y que son los que marcan las pautas ideológicas de la unidad, asumiendo las enfermeras un papel de “independencia subordinada” (Pallarés 2009, p. 85).

La presencia del personal de enfermería (auxiliares y enfermeras) dentro de la unidad es permanente, para la “vigilancia” y cuidado continuo del paciente durante las 24 horas, a través de la realización de turnos de mañana, tarde y noche, lo que hace necesario la transmisión de información entre los diferentes turnos. Con respecto a los enfermos y las familias, asumen un trato directo y actúan con frecuencia como mediadoras (Vega, 2000, p. 14, utiliza el término “intermediarias”) entre médicos,

⁵⁷ La metáfora de “la casa”, es usualmente utilizada para referirse al hospital, los trabajadores de otros servicios, o incluso de otros ámbitos sanitarios, suelen tener un trato de favor (poder entrar fuera del horario de visita, permanecer más tiempo con su familiar, etc.) en este sentido al considerarlos parte de la “gran familia” de los trabajadores del hospital o de centros sanitarios.

pacientes y familias. Las celadoras también tienen un trato muy cercano con el paciente ya que están de forma casi permanente en la unidad (con excepción de las noches), frecuentemente hablan con ellos (resulta llamativo observar como colaboran en el cuidado proporcionando con frecuencia a los pacientes entretenimiento y consuelo, apoyo psicológico).

El médico pasa un tiempo variable, mientras valora a los pacientes, pone tratamientos y realiza alguna técnica. El resto del tiempo lo pasan en la sala de juntas o en su habitación (ya que sus guardias son de 24 horas). También acuden a las plantas y a urgencias cuando les consultan pacientes o hay emergencias.

Esta “vigilancia” continua trae consigo un estado de alerta permanente en un intento de anticiparse a los “peligros” que puedan acechar al paciente, en lo que como afirma Pallares (2009, p. 86) es una respuesta a la necesidad social de minimizar el riesgo.

La gestión del tiempo viene marcada por la rutina diaria programada (a las 8 el relevo y el reparto de enfermos, a las 8,30 extracción de analíticas, etc.) que suele ser vertiginosa en las mañanas (donde se concentran más actividad programada y demandas por parte de otros servicios como quirófano, endoscopias, etc.), y de “tranquilidad expectante” en el resto de los turnos. Esta monotonía se rompe con frecuencia con situaciones de emergencia en las que el tiempo se acelera, es uno de los recursos más valiosos en estas situaciones para poder restaurar “a tiempo” las funciones deterioradas, para mantener la vida y/o evitar secuelas.

Aunque el acceso al tiempo y a los espacios se “produce por y reproduce la distinta posición de cada trabajador en la gestión de procesos asistenciales” en la medida en que el médico determina el momento del diagnóstico y tratamiento, así como las acciones a ejecutar:

El esquema de organización necesaria-médico- versus disponibilidad-enfermeras es consecuencia de una cualidad previa que se enraíza en el sistema jerárquico de la institución: el médico disfruta de un tiempo que él puede estructurar; la enfermera se encuentra con un tiempo ya estructurado y/o que es reestructurable por el médico. (Uribe, 1994, p. 145).

Pero quizás uno de los rasgos más característicos de las UCIs sea su proximidad a la muerte, al dolor y al sufrimiento, un lugar donde se trabaja sobre los “límites de la vida”, en el que surgen dilemas éticos y legales relacionados con decisiones sobre la vida y la muerte (retirada de medidas extraordinarias, reanimar o no reanimar), sobre

como morir y como vivir (calidad de vida, derecho a una muerte digna, etc.), en un contexto social en el que la tecnología está creando nuevas realidades (como los trasplantes de órganos, la “muerte cerebral”, etc.) que redefinen la vida y la muerte (Cruces, 2006, p. 119). Lo que constituye un contexto de contradicciones y en el que la muerte es vista en muchas ocasiones como un fracaso⁵⁸ y no como el final natural de los procesos vitales (situación que es más aceptada en ancianos y enfermos terminales, en los que este desenlace es más esperable), lo que comporta un sufrimiento moral no solo para pacientes y familiares, sino también para los profesionales, para los que el verse sometidos al contacto continuado con el sufrimiento humano y la muerte les supone un componente de estrés importante que puede actuar como factor de riesgo para padecer el síndrome de "born-out" (Rubio, Aguaron, Ferrater y Toda, 2002, p. 56). Lo que se acentúa en los casos de pacientes con una larga estancia y pocas posibilidades de supervivencia, con los que muchos profesionales (sobre todo enfermeras) expresan su desesperanza al sentir que lejos de prolongar su vida están prolongando su agonía y la de su familia, ya que en algunos casos sobreviven a duras penas mientras que están en la unidad (gracias a los cuidados extraordinarios que aquí se dispensan), pero fallecen a los pocos días de ser trasladados a otras unidades de hospitalización.

(E-2) *Están ahí, que los ves tan málicos y que no salen, pues te quedas así, tu diciendo, ¡Señor! Es verdad, es duro, ¿Eh? Muy duro. [...] Se ve más con los años. Eso de que te acostumbras, eso, es mentira. ¡Qué va! Además, te pillas a lo mejor a ti, más sensible o... yo creo que esto es duro, muy duro.*

Lo que pone de manifiesto no solo la dimensión técnica del servicio sino también su dimensión humana y afectiva, en este sentido, Jovell (2005) considera que además de promover la medicina basada en la evidencia científica, de los valores competenciales asociados al conocimiento científico y a las habilidades técnicas, se deben promover los valores humanos esto supone:

La adopción en la práctica profesional de objetivos relacionados con los hechos de cuidar y confortar, además de los asociados al hecho de curar [...] En todo ello radica la capacidad de desarrollar un ejercicio de la medicina más sensible a las necesidades de la sociedad que la financia (Jovell, 2005, p. 502).

⁵⁸ Vivimos en una sociedad en la que se oculta la muerte, y en la que existe una pretensión de inmortalidad, de eterna juventud. Efectivamente la muerte puede resultar un fracaso de la medicina en los casos de iatrogenia, pero es vivida también con angustia por los profesionales en otros casos en los que la praxis ha sido impecable pero no se logra “salvar” al paciente, sobre todo si se trata de personas jóvenes.

El cuidado del paciente es multidimensional en la medida en que debe tener un enfoque holístico, desde todas las dimensiones del ser humano, en este aspecto la enfermería tiene entre sus funciones cubrir las necesidades del paciente físicas, pero también ayudarle a cubrir sus necesidades psicológicas, emocionales, espirituales y sociales. En esto consiste el cuidado humanizado que inunda los discursos actuales tanto a nivel profesional como de gestión. En la UCI el predominio de la técnica y su hipervaloración como recurso supremo, crean expectativas de un tipo de cuidados basados en la imagen de salud-curación (Colliere, p. 1993). La humanización supone unos cuidados basados en las relaciones humanas del ambiente de cuidados con el enfermo, su familia y su entorno.

En este aspecto el personal de enfermería, como hemos comentado con anterioridad tiene un trato directo con el paciente, al realizar su actividad a “pie de cama”⁵⁹, experimente una carga emocional que puede hacerle sentirse vulnerable y desesperanzada cuando ve que sus esfuerzos no se ven reflejados en la recuperación del paciente lo que hace vulnerables y produce un sufrimiento moral no solo a pacientes y familiares, sino también a los profesionales (Gómez-Londoño 2008, p. 148). El afrontamiento de estas situaciones depende en gran medida de las características personales: formación, edad, situación personal o género, y que pueden favorecer la empatía o incluso actitudes de identificación con la situación de paciente o familiares⁶⁰:

⁵⁹ Comelles (2000, p. 324) afirma que el trabajo a “pie de cama” del profesional de enfermería, junto con su ideología profesional construida en torno al cuidado y en la experiencia compartida, hace que cuenten con recursos menos eficaces que los médicos para enfrentarse a la incertidumbre y el horror del sufrimiento de las personas a las que cuidan y de sus familias, poniendo de manifiesto su fragilidad, debilidad, ignorancia e impotencia. Considera que los médicos cuyas actuaciones no requieren un contacto continuado con los pacientes tiene una posición más favorable para poder adoptar conductas de distanciamiento, a lo que también contribuye su posición jerárquica y el modelo biomédico centrado en la curación.

Aunque hemos de destacar que en el caso de los intensivistas entrevistados (como veremos en los capítulos siguientes en sus relatos), también se vive intensamente la angustia por la incertidumbre, “la responsabilidad sobre la vida de los pacientes”, y la información a las familias.

En este sentido Comelles (2000, pp. 321-25) hace una crítica al aprendizaje de la “indiferencia afectiva”, la creación de distancias jerárquicas, a la falta de recursos comunicativos y de interacción positiva de los profesionales de la salud con pacientes y familiares, y a la negación de la influencia de lo social y lo cultural en el proceso asistencial hospitalario.

⁶⁰ La empatía se considera necesaria para una adecuada interrelación con los usuarios, siendo esta la capacidad de ponerse en la situación de los demás desde su marco de referencia interno, captando sus palabras, ideas y sentimientos (Canovas, 2008, p. 53), de entenderlos pero sin llegar a la identificación, ya que esta última supone sentir lo ajeno como propio, lo que puede generar estrés y sufrimiento en el profesional influyendo negativamente en su salud psicológica y como consecuencia de ello en la atención a los usuarios.

(E-6) *A veces me identifico mucho con todos los enfermos: si son jóvenes, son mis hijos, si son de mediana edad, mi marido (que en mi no pienso), y si son mayores pienso que es mi madre. Entonces, a veces sufro, con el tipo de enfermo, pienso que puede ser un familiar mío, muchas veces pienso que parece que tengo necesidad de desconectar de los enfermos. ¿No sé?, me hace sufrir. Sobre todo cuando la gripe A, a mi me afecto mucho, porque veía a mucha gente joven, y si veía que mis hijos tosían o les daba fiebre, pensaba, me los imaginaba ahí. [...] El año pasado en esa época, yo lo pasé muy mal, es la peor época que yo recuerdo. Tb cuando el hijo de X⁶¹, hay cosas que te afectan. Es la peor época que he pasado yo aquí.*

2.2.2 Distribución y uso de los espacios.

A la UCI se accede por una puerta abatible situada frente a la puerta de salida de pacientes de los quirófanos, llama la atención un largo pasillo con numerosas puertas a ambos lados, cuya única decoración son dos posters presentados a congresos por personal de la unidad, el primero situado a la izquierda junto a la puerta de entrada de personal, realizado por tres enfermeros, en castellano (tiene más de 10 años aunque no figura la fecha, ninguno de los autores trabaja actualmente en la unidad). El segundo está situado a la derecha del pasillo junto a la sala de juntas, los autores son todos los médicos que actualmente trabajan en la unidad, es en inglés, y aunque tampoco pone la fecha es posterior a 2008 (alguno de sus autores no estaba antes de este año en la unidad).

En la distribución y uso de los espacios existe una cierta territorialidad, a la derecha de este largo pasillo en la zona externa, está (ver plano de la UCI en anexo V):

- La sala de sesiones clínicas como santuario médico, del saber, lugar de estudio y de trabajo intelectual. Es donde diariamente se reúnen los médicos para comentar las incidencias de la guardia anterior y deliberar sobre los tratamientos y decisiones clínicas. Aunque también tiene uso como archivo de documentación relacionada con las consultas atendidas con el servicio. La puerta suele estar abierta, y el personal de enfermería suele entrar cuando necesita consultar a los facultativos, o cuando necesita acceder a ciertos documentos. En el centro hay una gran mesa de juntas, diez sillas, y como

⁶¹ Se refiere al ingreso del hijo de una compañera.

única decoración estanterías con libros y revistas, de temas clínicos, fisiopatología, tratamientos, en inglés y español. Libros de consulta clásicos como “el Farreras” de ediciones antiguas (algunos incluso de finales de los 90) y monográficos sobre infecciones, ventilación mecánica, terapia antibiótica, etc. y revistas, estos si actualizados y publicados en los últimos años, mucho de ellos por casas comerciales. En las estanterías también encontramos diversos archivadores con documentos variados (registro de actividades como implante de marcapasos y vías centrales, hojas de interconsulta, etc.), negatoscopios, algún calendario y un tablón donde se cuelgan las programaciones de guardias, reserva de camas quirúrgicas, etc. Junto a las paredes hay mesas donde se sitúan los ordenadores, Fax, impresora, documentos clínicos, etc. Esta sala también es utilizada por el supervisor para las reuniones del personal de enfermería, para presentaciones de material por parte de casas comerciales, etc., ya que es el lugar, dentro de la unidad, donde se puede convocar a un mayor número de personas.

- El despacho del jefe de servicio, que en ocasiones también se utiliza como sala de información de familiares⁶². Su decoración es similar a la de la sala de sesiones clínicas, aunque su tamaño es mucho menor: archivadores, estanterías repletas de libros y revistas, sobre todo en castellano e inglés sobre todo de los últimos diez años (de temas clínicos, fisiopatología, tratamientos, ética, donación de órganos, etc.), y documentos, calendarios, y dos mesas de trabajo con un ordenador con impresora. Y en una estantería un portarretratos con un fotomontaje con personal de enfermería vestidos de gala.
- El despacho del supervisor, es pequeño y está repleto de materiales diversos para probar o restringidos (apósitos, repuestos para los respiradores, etc.), archivadores, artículos de papelería, la mesa con el ordenador e impresoras y almanques con paisajes en las paredes.
- El vestuario femenino y el vestuario masculino (dentro de los cuales se encuentran los aseos y una ducha, que es frecuentemente utilizada cuando se atiende a pacientes infecciosos), llenos de taquillas y perchas, zapatos, zuecos.

⁶² A las familias se les va llamando para que pasen bien cuando el médico ya está en esa sala o cuando está disponible para poder atenderles, por lo que en general no tienen que estar esperándolo (en la sala de información, si esperan en la sala de espera).

En el femenino se hace patente la falta de espacio, se comparten taquillas y parte del personal no dispone de ellas por lo que su ropa está colgada en las perchas exteriores.

- El despacho de información de familiares, este uso se suele priorizar sobre los demás, el tiempo de permanencia de los familiares es variable dependiendo de quién informe⁶³, de la situación y complejidad clínica del paciente, del momento⁶⁴. También es el despacho de la secretaria que viene 2-3 horas los días laborables, sala de curas y extracciones (segundo uso en prioridad), “aula de formación” para alumnos de enfermería, auditoría externa de trabajos de investigación. En las paredes no hay nada de decoración, solo una estantería con archivadores y material de papelería (sobres, folios), una mesa con un ordenador, tres sillas, y un peso.
- Comunicada por una puerta con este último despacho esta la sala de espera de familiares de pacientes de UCI, en la que disponen de nueve sillones, un par de mesas bajas y dos aseos. No hay nada de decoración en las paredes, solo dos ventanas que dan a un patio interior, y junto a la puerta, por la que se accede a la sala de información, numerosas estampas religiosas de Vírgenes y Santos puestas por los familiares de los pacientes ingresados.
- Almacén auxiliar de material.
- Habitación de utensilios de limpieza.

En la zona interna a la izquierda del pasillo, está lo que llaman “la unidad”, es el lugar del trabajo más “manual” y de vigilancia, aquí se encuentran:

- Los 9 boxes de los pacientes, los dos primeros sin ventanas. Cuatro de ellos con puertas, son los utilizados para aislamiento de pacientes tanto en caso de tener que protegerlos (aislamiento inverso), como para evitar la propagación de infecciones (aislamientos respiratorios y de contacto). Hay dos boxes más

⁶³ Hay médicos que entablan una conversación amplia con la familia, incluso desplazan la silla hacia el lado opuesto de la mesa, junto a los familiares. Otros son más escuetos y se centran exclusivamente en los datos clínicos y su evolución.

⁶⁴ Al ingreso o cuando hay complicaciones o una mala evolución, se hace necesario una mayor información y aclaración de aspectos que puedan no quedar claro a la familia. Cuando el paciente evoluciona favorablemente, normalmente, es más fluida y rápida la información.

grandes, pero el resto tienen unas dimensiones reducidas. La única superficie horizontal es la mesilla, las paredes tienen como única decoración un cartel plastificado (para permitir que se laven las paredes) indicando cómo utilizar ciertos materiales. No está permitido colgar objetos personales (aunque en ocasiones el personal pone “donde se puede” fotos familiares o estampas religiosas que trae la familia), ni tener televisión, aunque sí se permite a los pacientes tener libros, revistas, radios, consolas, cuando su situación clínica lo permite.

- El control de enfermería, está dividido en dos partes separadas por un muro, a ambos lados hay pantallas de monitorización y una mesa alargada amplia, a la izquierda es donde suele estar la mayor parte del personal, y es donde está el teclado de acceso a la monitorización y los archivos de historias, a la derecha está el ordenador, hay acceso a Internet y a la página web institucional desde todos los ordenadores. El control de enfermería no es solo una zona de trabajo es también una zona de reunión formal (relevos, conversaciones sobre la dinámica interna y sobre el tratamiento y cuidado de los pacientes) e informal (conversaciones sobre temas personales), es donde se pasa la mayor parte del tiempo, ya que aunque no haya procedimientos que hacer, la vigilancia de la monitorización debe ser continua. Detrás de él se encuentran espacios de almacén de historias, documentos, algunos materiales, negatoscopios y junto a estos un aparato de música y una foto de personal de la UCI (histórica, en la que se encuentran personas que hace años que ya no trabajan en la misma. Ahora las fotos no se imprimen, se ponen en el ordenador, como salvapantallas, que se va actualizando con las últimas de cenas u otros acontecimientos o se dejan en un archivo, aunque las últimas siguiendo la moda y auge de las redes sociales “se cuelgan” en facebook).
- Un pasillo central entre los boxes y el control, es donde están los carros de parada, uno en cada extremo, también situados de esta forma están los dos lavabos y los dos mostradores donde se prepara la medicación. Todo lo que se considera “la unidad”, se comunica con esta zona central. Es el lugar donde en navidad se pone un Belén y adornos navideños.
- El estar de enfermería, hay dos puertas situadas a cada lado del control y una que da al pasillo. Es la segunda zona de reunión y de relax del personal (en él se

encuentra una pequeña cocina equipada, una mesa larga y seis sillones). Tiene forma de pasillo y es bastante pequeño, ya que para que alguien acceda al frigorífico los demás se tiene que levantar. Sus paredes están llenas de calendarios y fotos de paisajes paradisiacos, y un tablón de anuncios, donde se ponen informaciones variadas, fotos y las felicitaciones recibidas.

- Diversos pequeños almacenes (de material fungible, de medicación, de sueros, de lencería, de aparatos).
- El box 10 que es un miniquirófano para el implante de marcapasos y reservorios subcutáneos, en el que se encuentra el material y aparataje específico para estos procedimientos (escopia, mesa quirúrgica, etc.), y que está plomado⁶⁵ con placas superpuestas.

La existencia de todas estas salas hace que la unidad está llena de puertas, lo que produce con frecuencia confusiones en familiares y visitantes, que en ocasiones no saben por donde entraron y por donde salir.

Se nota el paso del tiempo, ya que aparece como un servicio envejecido, que sorprende a los visitantes que conocen otras UCIs más modernas. Llama la atención el que no existan conexiones para las máquinas de diálisis de manera que cuando es preciso dializar a los pacientes la manguera de conexión a la toma de agua, atraviesa (literalmente) la unidad, teniendo que saltarla tanto el personal como los familiares en la hora de visita. En esto se nota que ha sido una reestructuración de otro servicio (el de reanimación) y que en su diseño no estaba previsto el uso que posteriormente se le asignó. Estaban previstas obras para su remodelación, que se han ido atrasando y que no parece probable que se reanuden en breve, la crisis aquí también está dejando su huella.

(E-1) No, me sorprendió cuando vine, no había pisado muchas UCIs, pero me quede pasmada, lo 1º que me sorprendió fue el estar, que para pasar se tienen que levantar los otros porque no se cabe, está muy viejo todo, muy sucio, aunque lo limpien bien, lo veo muy sucio. [...] está para tirarlo todo.

(A-1) Por suerte o por desgracia aquí comemos, convivimos, y estamos, pero con

⁶⁵ La radiación emitida en los Rx atraviesa las paredes, pero no el plomo, por lo que las salas donde hay emisión de Rx se forran con este metal, para evitar que la radiación afecte a personas que no precisan estos tratamientos o medios diagnósticos. El uso dado a esta sala ha sido posterior, por lo que el plomado no se hizo en obra sino que está superpuesto en algunas zonas.

un mobiliario que te vas con los huesos para morirte, una mesa a estilo japonés y un sillón que te sientas y te vas al norte. Y faltan cosas no solo para comodidad nuestra, sino para la del enfermo. [...] Las camas oxidadas, los tornillos, el mobiliario muy mal, hasta la aspiración, que estamos hablando de cosas muy gordas, y ya no pido para mi, pido para el enfermo [...] Que no son cosas que valgan tanto dinero para que no se puedan reponer, se gasta más dinero en muchas cosas.

(M-1) *La estructura que tenemos es deficiente para el trabajo que conlleva el paciente crítico, horrenda, desfasada, fuera de la tecnología que tenemos que tener, peligrosa [...] Es una unidad sucia, porque tiene muchos años, que no vamos a conseguir por mucho que limpiemos, dejarla limpia. Necesita urgentemente un cambio estructural severo, los espacios que tenemos son totalmente deficientes.*

Aunque por otra parte su nivel asistencial es equiparable al de otras UCIs polivalentes, contando con recursos terapéuticos avanzados (como un balón de contrapulsación) y con un gran prestigio como unidad de electroestimulación cardíaca.

2.3. Los profesionales de la salud.

2.3.1 El personal de la UCI: los sujetos de estudio

La UCI se considera un servicio especial, y como tal su dotación de personal es superior a la de otros servicios de hospitalización. La relación enfermero/paciente media es de 2,25/1, lo que correspondería a un nivel II (Del Campo et al., 2008), está en consonancia con los ratios de otras UCIs medico- polivalentes (Barroso et al., 2001).

En la tabla 14 aparece la plantilla total de la UCI, llama la atención algunos aspectos que me parece relevante destacar:

- La *masculinización* de los médicos y la *feminización* del personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería) y celadores.
- La estabilidad del personal médico, frente a la eventualidad del personal de enfermería. Además los médicos no son sustituidos en vacaciones, asumen las guardias de los demás repartiéndolas, de manera que la única rotación que presentan es la de sus propios turnos pero no las de contratos de sustitución (normalmente tampoco se cubren las bajas a no ser que sean muy largas).

- El grupo profesional más numeroso lo constituyen los enfermeros, que son también los que tienen mayor número de contratados y edades más jóvenes. La UCI es un servicio poco demandado en los traslados internos del hospital por el personal fijo de otros servicios, a los que “les impone” la “tecnificación”, la gravedad de los enfermos y el enclaustramiento del servicio. Sin embargo el personal nuevo contratado que envían, después de su adaptación al servicio quiere permanecer en él. Por otra parte el personal que lleva mucho años trabajando en la UCI refiere un cierto cansancio emocional y psicológico por el tipo de paciente y la responsabilidad que conlleva (esto lo demuestra que en los últimos traslados del año 2010 cambiaran de servicio 3 enfermeros de la unidad, no siendo solicitado por ningún enfermero de otras unidades. Con las auxiliares la situación fue inversa, vino una auxiliar y no se fue ninguna⁶⁶).

(E-5) *Esto quema, yo, ver tanta gente morir, muchos años igual, y te llegan y siempre lo mismo, y de los que hay aquí, si hay 9 se te van a morir 6. Por lo menos a mí me afecta, aunque a lo mejor no lo exteriorice, pero me afecta... En trauma⁶⁷ por ejemplo, los enfermos van a estar normalmente 3 días, y va a pasar un día malo en el que le va a doler mucho y le pones un analgésico, pero que se va a ir. El trabajo allí es totalmente distinto, es mucho más fácil trabajar allí, por lo menos desde mi punto de vista. Quizás lo que me afecta a mí no le afecta a otros. Las curas tampoco son las curas de aquí [...] Ni el mismo tipo de enfermo, son gente con la que tú hablas [...] aquí la gente está intubada, tú no puedes hacer nada. Cuando estas con el destete, la imagen que al enfermo se le va a quedar tuya no va a ser buena, porque a mí dos o tres personas me lo han dicho, además yo que les hablo, así un poco fuerte, para animarlos. Esa imagen que se llevan tuya no es buena. Todo eso te afecta, por lo menos a mí. Y eso afecta también al trabajo, no es lo mismo trabajar aquí, la dinámica de grupo que hay aquí, que en otros sitios [...] Aquí con el tiempo te tomas las cosas a coña, pero cuando*

⁶⁶ La existencia de un turno especial (una mañana al día siguiente un turno doble de tarde y noche y tres días libres, resulta atractivo porque aunque uno de los días se hacen 17 horas seguidas, solo se hace una noche, y no dos noches seguidas como en otros servicios) tiene un cierto efecto llamada sobre el personal de otros servicios.

⁶⁷ Se refiere a la unidad de hospitalización de traumatología.

viene una situación de estrés, que alguien se te para⁶⁸[...]Me acuerdo hace 2 años, me iba de vacaciones, y esa mañana a las 7h, se me paro un tío que estaba en el 9, empezó con taquicardia ventricular, que preparamos Trangorex®, que tal que “pun” fibrilando y “se me murió” esa mañana antes de irme de vacaciones. Pues pase 4 días que... ¡Jodido! [...]Yo lo conocía [...] El tipo de enfermo influye, y las situaciones de estrés que aquí tenemos y en otros sitios no tienen, también influyen mucho.

	Total	Hombres		Mujeres		Contratados		Fijos		Edad
	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Médicos	6	5	83,33	1	16,66	2	33,33	4	66,66	33-48
Enfermeros	25	9	36	16	64	16	64	9	36	26-48
Auxiliar Enfermería	14			14	100	7	50	7	50	38-59
Celadores	4			4	100	2	50	2	50	48-51
Limpiadora	1*			1						
Auxiliar Administ.	0.5**			0,5						
Totales	50,5	14	27,7	36,5	72,2	27	55,1	23	44,89	

Tabla 14: Personal que trabaja en la UCI del Hospital Rafael Méndez en junio 2009⁶⁹. (En el anexo III se incorporan tablas con el resto de personal del hospital).

2.3.2 Culturas profesionales. Patrones de enculturación profesional.

- **La formación de los profesionales y sus funciones.**

⁶⁸ Al hablar de “paro” o “parada” se refiere a la situación de emergencia clínica de parada cardio-respiratoria.

⁶⁹ Aclaraciones a la tabla 14:

*La limpiadora viene de 8h. a 15 h., por las tardes, noches y festivos hay un grupo de limpiadoras que acuden a cambiar las papeleras por turno y cuando se las requiere.

**La auxiliar administrativa va de 9h. a 11h. los días laborables, es compartida con el servicio de traumatología.

Como hemos visto gran parte del poder médico procede de la posesión y monopolio de un conocimiento “propio”. Al hablar del desarrollo histórico de las profesiones señalábamos que sus estudios ya fueron introducidos en el ámbito universitario en el s. XIV mientras que los estudios de enfermería no pasan a ser universitarios hasta bien entrado el s. XX, en 1977 cuando se crea la titulación de Diplomado en Enfermería. Analizábamos en este apartado la influencia de este desarrollo histórico en el que se entretrejan diferentes aspectos de clase social, género, proceso de profesionalización, legitimación social, que en cierta manera explicaban el sistema de posiciones sociales y de distribución del poder en las organizaciones sanitarias.

En este apartado nos vamos a centrar en la situación actual de la formación de médicos y enfermeros fundamentalmente como máximos responsables de la atención a los pacientes, pero también incluiremos los aspectos formativos de otros trabajadores, concretamente de auxiliares de enfermería y de celadores como colaboradores necesarios que completan dicha atención, para ver los requisitos formativos que se precisan para su contratación.

Los estudios de medicina se han estructurado en 6 cursos siendo una de las licenciaturas más largas, la adaptación a los estudios de grado sigue manteniendo esta temporalidad. En la Resolución de 13 de abril de 2011, de la Universidad de Murcia, se publica el plan de estudios de Graduado en Medicina. Con un total de 360 créditos, de los que 54 corresponden a rotatorios clínicos. Este plan de estudios se está implementando desde el curso 2010-2011⁷⁰, estando vigente en el curso actual la titulación de licenciatura en Medicina (en extinción, solo para los que la iniciaron con anterioridad).

Terminada esta formación básica los médicos tienen que completar su formación con la especialización en un área concreta a través del MIR⁷¹. En nuestro caso la

⁷⁰ Para ilustrar la formación actual de los profesionales hemos escogido los planes de estudios de la Universidad de Murcia.

⁷¹ En España el programa de formación de especialistas se basa en el sistema de Médicos Internos y Residentes MIR, cuyo programa está acreditado por el Ministerio de Sanidad y Consumo desde 1978. La duración del periodo formativo depende de la especialidad oscilando entre dos y cinco años, durante los que los residentes insertados en los equipos de salud de centros asistenciales acreditados (con los que tienen una relación contractual y remunerada), adquieren responsabilidades y capacidad de forma

especialidad de cuidados intensivos cuya duración es de 5 años, dos troncales y tres de formación, en una unidad de cuidados intensivos acreditada para la docencia⁷².

Pero como afirma Domínguez (1979, p. 111), en la formación de enfermería en sus inicios la formación científicotécnica no era una prioridad, siendo la práctica lo que primaba en los estudios: “La creencia de que el profesional de enfermería debía tener pocos conocimientos técnicos y mucha práctica ha sido una nota dominante de la formación hasta los años setenta”.

Los estudios de diplomado de enfermería han estado estructurados en tres años con 235 créditos⁷³. En el curso 2009-2010 se implanta en la Universidad de Murcia el plan de estudios de Graduado en Enfermería y se pone en marcha el Máster Oficial en Salud, Mujer y Cuidados. Siendo en 2010-2011 cuando se inicia el programa de Doctorado en Investigación en Cuidados de Enfermería.

El Graduado en Enfermería está estructurado en cuatro años con 240 créditos totales, de los que 84 son de prácticas externas, estando previsto que uno de los prácticum de 4º curso, con 12 créditos prácticos de estancia clínica, se realice en una unidad de cuidados intensivos. En el plan de estudios anterior, los estudiantes formados en la Universidad de Murcia, dentro de la asignatura de Médico- Quirúrgica II cursaban 18 créditos prácticos que se repartían entre estancias en UCI y urgencias al 50%. Pero en otros centros la estancia clínica se realiza en un servicio considerado especial que puede ser o bien quirófono, o urgencias o UCI, de manera que muchos profesionales al terminar sus estudios pueden no haber tenido contacto nunca con una UCI. Esto supone

progresiva y tutelada. Esta relación laboral de los especialistas en formación queda regulada en el Real Decreto de octubre de 2006.

⁷² La medicina intensiva, se creó como una especialidad médica oficialmente en nuestro país en 1978, hace ya 34 años. Aunque la asistencia intensiva comenzó en España, en 1968, en la Clínica de la Concepción y, poco después, en los hospitales La Paz y Puerta de Hierro, bajo la dirección de anestesistas.

⁷³ Los datos sobre los planes de estudio son los de la Universidad de Murcia, en esta comunidad autónoma, solo hay una Facultad de Medicina, pero coexisten dos Facultades de Enfermería, una privada en la Universidad Católica San Antonio y otra pública de la Universidad de Murcia, a la que está adscrita la Escuela de Enfermería de Cartagena y la Facultad de Ciencias Sociosanitarias de Lorca (en las que también se imparte la Titulación de Graduado en Enfermería). En total se han ofertado 508 plazas para el curso 2011-1012, con la siguiente distribución: Universidad pública: Murcia (238), Cartagena (50), Lorca (70); y en la Universidad privada: UCAM (150) (SATSE, en prensa 30 septiembre 2011).

una formación generalista de las enfermeras que se adapta a unas demandas generales del mercado laboral con un perfil versátil.

El Real Decreto 450/2005 establece siete especialidades: Enfermería Obstétrico - Ginecológica (Matrona), Enfermería de Salud Mental, Enfermería Geriátrica, Enfermería del Trabajo., Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos, Enfermería Familiar y Comunitaria, Enfermería Pediátrica, que viene a modificar el Real Decreto 992/1987. Todas estas especialidades tienen desarrollados sus programas formativos de enfermeras internas residentes (EIR), a excepción de la especialidad de Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos aún sin implementar, dentro de la cual se considera incluidos los cuidados críticos al adulto.

En el entorno de los cuidados críticos hay múltiples debates sobre la necesidad de una especialidad propia, pero hasta ahora no ha existido ni parece que vaya a existir en un futuro cercano⁷⁴.

Las primeras Auxiliares de Clínica aparecen en los años 60 del siglo pasado, se encargaban de realizar tareas de atención básica delegadas y supervisadas por los ATS, no se les pedía ninguna formación académica específica. Su figura se recoge legislativamente por primera vez en 1973 en el Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de la Seguridad Social, iniciándose en 1975 la Formación Profesional del Auxiliar de Clínica (Rama Sanitaria, FP I). En 1990 con la reforma de la FP en la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) y a través de los Decretos 546/1995 y 558/1995 se establece el currículo formativo del título de grado medio con una duración de dos cursos académicos y con una nueva denominación la de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, con un módulo de formación práctica en centros de trabajo de 440 horas.

Los celadores se consideran personal subalterno, no sanitario, para su contratación solo es necesario tener un certificado escolar, haber cumplido 16 años y poseer la nacionalidad española o de cualquier otro Estado de la Unión Europea. Aunque en las oposiciones si se exige un temario general (legislación, en el que cabe destacar un tema referido a los deberes y derechos de los pacientes, la información y la intimidad y la protección de datos) y específico que incluye un tema sobre comunicación, actuación

⁷⁴ La situación en el resto de Europa es dispar por ejemplo en Alemania, Bélgica, Irlanda, Gran Bretaña, Suecia, Holanda existe especialidad de cuidados intensivos de 1-2 años de duración, y se exige para desempeñar funciones en estas unidades (Ovalle, 2006).

del celador en servicios como la UCI, urgencias, etc., nociones básicas sobre posiciones anatómicas, movilización y traslado de enfermos. Se realizan cursos con prácticas en centros sanitarios que son realizados voluntariamente, ya que no son exigidos (al menos en los centros públicos de la Comunidad de Murcia) y que en bolsa puntúan igual sean de la temática que sean. Resulta llamativo que los conocimientos que se creen necesarios para acceder a una plaza en propiedad, no se vean necesarios para acceder aun a ese puesto de trabajo a través de un contrato eventual.

(C-1) *Lo básico es el certificado de estudios primarios. De titulación solo se pide eso. No se pide nada de formación. Yo la primera vez que accedí al trabajo solo tenía cursos y el certificado... pueden ser desde cursos de ordenador de inicio, hasta, no sé, el que más horas he hecho yo era el de riesgos laborales de 200 h., pero de sanitarios. [...] Si, se necesitaría algo de base. Yo si me sentí mal cuando empecé a trabajar y no sabía, porque los compañeros te ayudan, pero empiezas a trabajar y llega un paciente que tienes que inmovilizar o que viene inmovilizado y ¿como lo pasas a la camilla? Yo no sé, porque los compañeros dicen: ¡no!, hay que pasarlo en bloque, pero yo realmente, yo sola no sabía. [...] Para las oposiciones ya no tiene nada que ver, te meten un temario tanto sanitario como de legislación, impresionante, de 1º auxilios, y digo: si nosotros eso nunca lo haríamos.*

Las funciones de los celadores están recogidas en el Estatuto de Personal no Sanitario de 1971 (BOE 174 de 22 julio 1971), sus labores son las de vigilancia y cuidado de enseres e instalaciones, colaborar en la movilización, aseo y rasurado de pacientes, (en estos dos puntos se matiza que masculinos) y transporte de enfermos y materiales. Su compromiso con la confidencialidad también queda recogido explícitamente:

Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el Médico encargado de la asistencia del enfermo (BOE 174 de 22 julio 1971, p. 12018)

Por su parte las funciones de auxiliares de enfermería que continúan vigentes son las recogidas en los artículos 74 al 85 del Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de la Seguridad Social de 1973, siendo su labor la de prestar servicios sanitarios complementarios que no sean de la competencia del “Personal Auxiliar Sanitario”

Titulado (entonces ATS), y siguiendo las instrucciones de este, facilitando el trabajo del médico, enfermera o ATS.

En esta misma orden ministerial se recogen en los artículos 53 al 60 las funciones de enfermeras y ATS, destacando como función central la de *auxiliar del médico*, además de especificar los diferentes cuidados que debe prestar a los pacientes. Esta imagen de la enfermera como auxiliar y facilitadora del trabajo médico pesa más allá de las tareas cuya interdependencia así lo requieran, actuando como idea vertebradora en la gestión del tiempo en los hospitales.

La Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias recoge las funciones de médicos y enfermeras, considerando como profesiones aquellas que socialmente son reconocidas con una titulación oficial y cuya práctica se encuentra regulada por una organización colegial. Estableciendo:

Corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.

Corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades (Ley 44/2003, p. 41446).

Reconoce como funciones comunes a todos los profesionales: la asistencial, investigadora, docente, de gestión clínica, preventiva y de información y educación sanitaria.

Pero la ley recoge también el carácter compartido de ciertos espacios competenciales remarcando la necesidad de pactos interprofesionales:

Por ello en esta ley no se ha pretendido determinar las competencias de unas y otras profesiones de una forma cerrada y concreta sino que establece las bases para que se produzcan estos pactos entre profesiones, y que las praxis cotidianas de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinares evolucionen de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente (Ley 44/2003, p. 41443).

Reconociendo como en la adaptación a la creciente complejidad de la atención y al aumento del conocimiento científico-técnico, hay una progresiva y creciente multidisciplinariedad e interdisciplinaridad de los equipos sanitarios.

- **Patrones de enculturación profesional.**

Como hemos visto la formación científico-técnica de los trabajadores es marcadamente diferente, y también los “niveles de profesionalización” (Freidson, 1978), así como independencia en la práctica de sus funciones.

Como veíamos la socialización es un proceso fundamental en la construcción de las personas y en su progresiva adaptación e integración en “grupos cada vez más complejos, cambiantes e interdependientes como son las organizaciones”, es un proceso mediante el cual los nuevos miembros aprenden las normas y valores de la organización e interiorizan su estructura social, forjando así, dentro de la organización y en interacción con los demás, su propia identidad social y profesional. (Rodríguez Fernández, 1993, p. 224). Pero los hospitales se configuran como un contextos culturales plurales, en los que se produce una “socialización selectiva” a nivel de subgrupos y que da lugar a la existencia de subculturas grupales distintas, que atribuyen sentidos diferentes a la realidad, lo que pueden generar asunciones que afecten al desarrollo del trabajo.

En este sentido la especialización a través del MIR no solo proporciona el conocimiento experto sino que va mucho más allá y a través del intercambio de “capital” proporciona el “habitus” (Bourdieu, 1988, p. 479) al médico, que interioriza los sistemas de pensamiento, de valoración, de percepción y acción (Consejo y Viesca-Treviño, 2008)⁷⁵, a través de una socialización selectiva (Rodríguez y Guillen, 1992) marcada por el compromiso vocacional, la jerarquía de la experiencia y la sabiduría que dan los años de trabajo, esto constituiría el *Curriculum Oculto*⁷⁶ que aporta las bases para su adaptación a los valores propios de la especialidad y que es asumido como algo natural y necesario como relata nuestro informante:

⁷⁵ Estos autores afirman que “el médico en formación ve al médico como un personaje privilegiado en la sociedad al que se le atribuyen una serie de características de sabiduría, liderazgo y poder, así como un modo de vida y un nivel económico deseable” (Consejo y Viesca-Treviño, 2008, p. 16). Al incorporarse al medio hospitalario, se enfrenta a una “red particular de intercambio de *capital*”, lo que les va a exigir la adopción de nuevos “sistemas de percepción y de pensamiento”, que serán los que marcaran sus “nuevos sistemas de participación y de percepción en el medio hospitalario” y al establecimiento de nuevas relaciones de poder (Op cit., 2008, p. 18).

⁷⁶ Este *Curriculum Oculto* está constituido por los valores, estrategias, motivaciones, metas, imágenes de sí mismo, relaciones con las autoridades, con sus iguales y son otros profesionales. Podemos considerar que las posiciones jerárquicas y de liderazgo, asumidas por los médicos, son aspectos transmitidos fundamentalmente a través del *Curriculum Oculto*.

(M-2) *Donde yo me forme, con los residentes de mi mismo año, nos llevamos muy bien. También es cierto que está jerarquizado, yo no pretendía en ningún momento ser más que mi residente mayor, un año para nosotros es tremendo, son muchísimas guardias, el simple hecho de ver más enfermos, de haber hecho más guardias y un año más de estar ahí sufriendo, te da un bagaje. Yo no pretendía ser más que él porque me parecía muy difícil, además que los que tenía por encima eran gente que me parecían muy preocupados, muy trabajadora, con lo cual es un techo que no llegas, y entonces estas tranquilo. [...]*

En algunos sitios está muy, muy definido y en otros es un poquito más laxo. Porque ya no tienes solamente adjuntos, tienes gente con la que estas todos los días, te formas, y no tienes la misma relación cuando eres dos adjuntos del mismo año y tal, tienes una relación de igualdad, que cuando es el adjunto y tú eres el residente, es una cosa casi paternal: - Ven, te ayudo a coger tú primera vía. Aunque luego las cojas tú mejor que tú adjunto. Y eso yo creo que se ve con cariño, yo he visto a mis residentes pequeños, que los he ayudado, coger una vía. Es como una cadena, como quitarse los piojos yo te los quito a ti, tú me los quitas a mí. A mí me gusta cuando le explicas una cosa a alguien y ves que con el tiempo le ha servido para subir un poquito y pasar al siguiente paso, pero eso es una cadena, está jerarquizado. Eso con la gente con la que estamos en algunas unidades eso jamás cambia: - Tú ahí, yo aquí, somos tal y tú obedeces. En otros la jerarquía existe, pero hay una relación más cordial y de amistad, entonces té ayudan, te ven agobiado, tienes tus momentos de decir: - Me quiero ir de aquí, esto no es para mí, y entonces te echan una mano. Yo con casi todos he tenido esa relación. Yo tenía mis afinidades con algunos, con otros menos, era un grupo tan amplio, pues igual que aquí, aquí somos un poquito distintos, pero sí que esta jerarquizado claramente. Y eso tiene su razón de ser porque las responsabilidades también están hasta cierto punto jerarquizadas, entonces el residente pequeño no tiene porque tomar ciertas actitudes, y además lo sabe, sin contar con el beneplácito de tu residente mayor o de tú adjunto. [...] Tienes que saber y si no sabes lo preguntas. Y eso si esta jerarquizado e institucionalizado.

Como destaca Pallares (2003) la residencia constituye un proceso de “iniciación” en el que finalmente se consigue la incorporación al grupo tras seguir convenientemente una serie de comportamientos simbolizados. En el que se adquieren una serie de

modelos mentales compartidos a través de una cognición socialmente compartida (Alcover, 2003, p. 219), y que tiene como propósito la transformación de la condición social del individuo que finalmente se convertirá en especialista. Esta culturización según Morgan (1990, p. 108) produce etnocentrismo, al proporcionar códigos de acción, hace que se reconozcan como normales y apropiados los comportamientos y las acciones que concuerdan con estos códigos, considerando como anormales las que no se ajustan a los mismos.

Esta progresión durante el periodo de formación tanto en la adquisición de conocimientos teórico- prácticos como de responsabilidades es proclamada también en la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias:

Los residentes deberán desarrollar, de forma programada y tutelada, las actividades previstas en el programa, asumiendo de forma progresiva, según avancen en su formación, las actividades y responsabilidad propia del ejercicio autónomo de la especialidad (Ley 44/2003, p. 41449).

El sentido de “responsabilidad última” pesa poderosamente en los profesionales que saben que finalmente las “decisiones sobre la vida y la muerte de otros” recaerán sobre ellos. De manera que los médicos aprenden a asumir el papel de liderazgo del equipo en muchos entornos (la UCI, las plantas, urgencias) y a asumir la responsabilidad de las decisiones (Hall, 2005). La especialidad de intensivistas imprime también un carácter especial, por la gravedad de los pacientes, la presión temporal de las decisiones y por el conocimiento necesario para su “dominio”, lo que hace de los intensivistas, dentro del colectivo médico, un “experto entre expertos”⁷⁷.

(M-2) *El carácter que tienen todos los que se dedican a cosas así de gravedad..., y vosotros⁷⁸ tenéis eso también, hacéis cosas algunas de ellas tiene un impacto tremendo sobre el paciente, pero otras son más diluidas, entonces la dosis de responsabilidad, a veces (que todos tenemos una muy parecida) pero la de los cirujanos, por eso que hemos comentado muchas veces, tienen un carácter autoritario, se va a hacer lo que es, porque digamos me estoy jugando yo los cuartos, o el prestigio, o la salud y la vida. Pues se va hacer así, así y así, además son muy cabezones para sus cosas, y en el quirófano ves como funcionan cada uno y es una forma de trabajar*

⁷⁷ El intensivista es el “experto de expertos” en el hospital, al ser el que se considera tiene los mayores conocimientos y tecnología disponible para la atención a pacientes complejos.

⁷⁸ Al decir vosotros, se refiere a enfermería por ser el colectivo al que pertenece la entrevistadora.

distinta. [...] Yo no sé si vosotros os vais preocupados a casa, pero yo me voy, cada vez menos, pero cada dos por tres me acuerdo, veo una cosa y me acuerdo de un enfermo: - Este ¿por qué? Y si se me muere a mí, y creo que se me ha muerto sin tener ni idea de por qué, yo tengo la responsabilidad. Hay gente, como todos, que tiene menos sensación, pues yo vengo a hacer lo que sé y se lo quitan de la cabeza. Pero la mayoría de nosotros, con los años esta responsabilidad, te haces, te doblas, dices esto yo no lo puedo solucionar, otros muchos más se van a morir. Pero al principio eso es una cosa que creo yo, que marca, para bien o para mal. Y te hace ser de una manera, durante mucho tiempo. [...] Nosotros estudiamos una cosa bestial, ahora no, ahora yo me bajo cosas porque me interesan. Pero leerte cosas porque no tienes ni puta idea, y si ves a los residentes, ahora porque llevan la PDA, pero todos hemos llevado un manual en el bolsillo, con miles de cosas apuntadas, porque luego te llamaban, estabas tú solo en la planta, y tú adjunto estaba acostado o no tenías adjunto. Entonces cuando más estudias es cuando eres residente, eres más joven, y porque la responsabilidad te abrumba.

La Ley 44/2003 también establece la dedicación a tiempo completo durante la formación MIR, y su incompatibilidad con otras actividades tanto profesionales como formativas a excepción de los estudios de doctorado.

Esta dedicación que precisa el trabajo profesional trasciende el entorno laboral generando un modo de vida (Højrup, 2003), el trabajo tiene un significado en sí mismo y la vida se orienta al progreso de la carrera y el éxito profesional. Por otra parte el futuro laboral incierto también hace que aumente el esfuerzo y la competitividad, ya que en el acceso al trabajo la trayectoria durante la residencia tiene una gran influencia tanto en el currículum acreditado como en el “intangibles”, que puede pesar en las entrevistas con jefes de servicios y gestores⁷⁹.

(M-2) *Yo pensaba que me iba a dedicar a esto, [...] pero aún así ahora me doy cuenta, comparado con mis compañeros del instituto, que nos seguimos juntando, mi vida es distinta, yo soy distinto, valoro ciertas cosas, otras me dan igual, ni mejor ni peor. Eso sí que es distinto, cada uno tiene sus aficiones, yo, aficiones pocas, prácticamente todo es la medicina, mi mujer se ha amoldado a ese funcionamiento, de*

⁷⁹ Como vimos la forma de contratación de médicos intensivistas, en general no se hace por bolsa de trabajo (como con enfermeros, auxiliares y celadores), sino a través de la valoración del currículum y de entrevista personal con la dirección y el jefe de servicio.

cuando empezamos a salir juntos, que ella venia de un ambiente de trabajar y a las 5 corto, y tenemos el fin de semana, la Nochebuena, el puente, y se dio cuenta que ni la Nochebuena ni el puente, que había que planificar las cosas a 2 meses vista y aún así a última hora el cambio. Y ella se da cuenta de esas cosas y lo ha notado, su vida ha cambiado en adaptación a la mía. Y creo que sí, que eso cambia a las personas, para algunas cosas para bien y para otras para mal. [...] También nos hace hasta cierto punto custodios de las verdades absolutas, esto es así porque es así, eso también es un problema de tanto estudiar y tanto estar ahí, y que de vez en cuando las cosas vayan bien y de pensar que uno se equivoca lo justo, y no tener posibilidad de crítica y menos si no viene de un médico, que eso es otro problema. Creo que si se nota que la formación en algunas cosas “deforma”. Para otras cosas va bien porque el futuro que te espera es lo que hay, trabajar en un futuro incierto. Hay trabajo pero en UCI está bastante mal, ahora está la cosa muy chungueta, entonces tienes muchísimos años, y nunca tienes plaza.

(M-3) Es totalmente competitivo, lo que pasa es que no se ve de una forma descarada pero está ahí. Muchas veces la manera de exponer algo, solo eso, ya demuestra mucha competencia. Hay muchas maneras de decir que a un paciente hace falta hacerle tal cosa. Y muchas veces se dice, dando por hecho que el que lo dice es el que más sabe de esa cosa. Muchas veces se dice en un tono que pone claramente de manifiesto esa competencia: -Yo lo digo porque soy la autoridad en el tema. [...] Hay poco trabajo, entonces tienes que estar muy bien formado y destacar para que te cojan, y para mantenerse luego. [...] Yo creo que eso viene desde el principio. En servicios grandes donde se forman dos o tres residentes por año compiten muchísimo. Porque si luego se quieren quedar en su hospital, ¿Tú dirás? Tienen que ser los mejores en todo, desde preparar el café, hasta en técnicas, sesiones clínicas, o en lo que sea.

Vemos como se configura la posición del médico, y como la pretensión de omnipotencia, como un mecanismo más para combatir la incertidumbre, puede impedir que se acepten las aportaciones de otros miembros del equipo, sobre todo si no son médicos.

Esta forma de vida también marca las expectativas con respecto a los demás que no ocupan su tiempo en progresar y adquirir cualificaciones (Højrup, 2003), y que se

expresa en la actualización y la formación continuada, generándose estereotipos y representaciones a ceca de la implicación y responsabilidad de los demás:

(M-2) *Yo te pregunto ¿Cuántos enfermeros han venido en un día que no tengan que trabajar a meterse al MCP a mirar? a formarse. Pocos. Es decir, una vez más, tenéis poca responsabilidad en ese sentido. Si tú y yo nos metemos mañana a un MCP y va la cosa regular, yo soy tranquilo, pero estaría enfadado. [...] El día que pusieron la mesa nueva yo cogí a un compañero para que me explicara. Una cosa que nosotros dijimos, es que ninguno de vosotros viene a estar de ayudante para ver cómo funciona....Porque no os pica. Si fuéramos malas personas, y algunos tenemos más mala leche que otros, pegaríamos como los cirujanos dos gritos, Porque eso no puede ser, pero a la gente no le pica, si tuviera un mínimo de picor, de decir, esto es que me van a pillar, no me van a pillar, el enfermo es el que está pillado por mi pillada. [...] ¿Cómo me quedo yo a cargo de una unidad de cuidados intensivos sin saber intubar?, o el enfermero sin saber cómo va un respirador ¿cómo se queda con un enfermo intubado? Yo creo que ahí, la fase de formación por vuestra parte, creo que a veces es...vamos. Y es un problema que no sé si es por responsabilidad, o porque es poco frecuente, pero está clarísimo [...] Eso es igual que leértelo en tú casa o prepararte algo extra, o hacer un protocolo. Eso es tú tiempo personal, tú esfuerzo, tu dedicación a tú familia y tus intereses, para hacer algo para el servicio, pero eso es una cosa que se puede ver. Eso es una cosa que tenéis que saber.*

[...] Que pasa, “pasta”, yo me tengo que gastar 200€ en mi libro, otro de tanto, etc. a mí evidentemente nadie me paga todo eso, ¿quién rentabiliza eso?, fundamentalmente al paciente y mi formación, pero eso es cosa mía totalmente, a mí nadie me dice: -Te tienes que comprar ese libro. Eso es cosa mía. Los artículos y todas esas cosas, yo me las bajo. El inglés, pues no es que a mí me guste el inglés, casi todos nosotros manejamos un poquito, pero es imposición, como casi todo lo que leemos va en inglés. [...] Y los libros cuando salen publicados pues llevan un desfase de más de 10 años, y como ahora funcionamos con lo último, el inglés ha imperado en todo.

[...] Vosotros son 3 años con mucha práctica y un futuro laboral razonablemente posible, yo creo que cambia.

[...] Es un problema de responsabilidad, que el que tú no sepas hacerlo, tienes tú cuota, lo que pasa es que la percepción de tener esa responsabilidad en algunos compañeros

parece que les toca menos, y les toca exactamente lo mismo. Pero la percepción que tienen da la impresión de diluirse y yo es más directa, y me hace ser más agonia y estar ahí. Creo que es una cuestión de la percepción de cada uno, pero tener tenemos una responsabilidad todos.

Por otra parte el modo de vida de otros profesionales guarda más semejanza con el modo de vida 2 (Højrup, 2003), en el que el tiempo de trabajo se diferencia del “otro tiempo”, de ocio, independiente.

(E-5) Hombre la formación continuada es tema de interés, lo que pasa es que te quitan las ganas, si tienes que quitarle tiempo a tú ocio, luego no te dan ningún beneficio el ir ahí. ¿Qué pasa? que te acomodas, dices: -yo ya tengo más horas de cursos que la leche, encima, voy a venir aquí por las tardes en mi tiempo de ocio, en mi tiempo libre y no voy a sacar ningún beneficio, nada más que a lo mejor mi propia formación. No hay facilidad, no te dan nada. [...] Si es un tema que me interesa, si le quito tiempo a mi ocio, pero sino. [...] Mi vida, por decirlo de alguna manera, fuera de aquí, es sagrada, yo tengo mi familia y luego mis ratos que paso con mi deporte y con mis amigos, y esos son sagrados.

(E-3) El trabajo no es lo más importante en mi vida, pero cuando decidí hacer enfermería, era lo que siempre había querido hacer, tuve suerte de poder hacerlo. Estoy muy satisfecha. Hay que trabajar, además es vocacional, me encanta la enfermería. De momento sigue siendo satisfactorio.

(A-5) Yo pienso que el trabajo es muy importante en la vida de cualquier persona, una parte importante de tu vida como es la familia, los amigos y el trabajo. Yo personalmente no me vería sin trabajar, luego el trabajo tiene su lucro como cualquier cosa pero para una persona el trabajo es importante para la vida. [...] Si, a mi me gusta mucho mi trabajo, siempre me ha gustado, en algunos sitios más que en otros, pero sí. Y siempre me ha gustado participar de cualquier cosa que haya habido en el trabajo. No solo venir trabajar y te vas, si hay algo que hacer, también. [...] Decir que una de las cosas que más me gustan de mi trabajo es eso, que se trabaja en equipo, que yo he trabajado en otros sitios, que estabas ahí y ya está como si trabajaras en una cadena. Aquí por lo menos participas y opinas y haces y realizas. Que todo se puede mejorar, pero a groso modo sí.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003, p. 41452) considera la formación como derecho pero también como obligación los profesionales sanitarios, necesaria para la actualización de los conocimientos, habilidades y actitudes para adaptarse a las demandas sociales y del sistema, y a las innovaciones científicas y tecnológicas. Los médicos en este sentido expresan una implicación con la autoformación en la que utilizan los “tiempos muertos” de las guardias, pero también gran parte de su tiempo y recursos personales. De manera que para ellos el estar al día y la formación continuada es una obligación personal y una cuestión de responsabilidad en el trabajo. Los enfermeros manifiestan también interés por la formación continuada, pero hay una tendencia a verla como algo que debe ser aportado desde la institución, o desde los que saben más, y que la empresa debe facilitar las horas para su realización. Podemos apreciar una relación de dependencia (de la organización, de los jefes y de los médicos) y una menor implicación personal⁸⁰. Bien es cierto que con frecuencia la posibilidad de autogestión del tiempo de los médicos les posibilita participar en cursos durante su horario de trabajo, cosa que es más difícil con la gestión del tiempo de los enfermeros. Aunque también para ellos es posible la autoformación durante los “tiempos muertos” de determinados turnos de trabajo más tranquilos.

(E-5) *No hay facilidad para hacer cursos, no te dan nada. Yo el último que hice de marcapasos, dije, bueno lo tengo que hacer porque estoy aquí trabajando. Pero es una putada que te tires aquí 4 tardes metido y que no te den ni una hora, no es justo. Por lo menos las 40h de formación que había antes, las tenían que dejar, pero tal y como están las cosas es al revés. Por lo menos que sobre el puesto que estás que te den algo [...] Además no a todos nos ofrecen los mismos cursos.*

(E-7) *Bastante, la verdad es que si, lo que pasa es que el tema de la formación, esta ¿yo que sé? En cada hospital es distinto. Por ejemplo en el hospital X⁸¹ era obligatoria, cuando llegué lo primero que me dijeron es: - Tienes que bajarte al aula y hacer este curso, y este y este, y no te preocupes de los días. Era muy distinto a aquí...que mucho interés no creo que tengan, la verdad que no. En el tema de la*

⁸⁰ Esta menor implicación en la formación pensamos que puede estar relacionada, entre otros factores, por la falta de incentivos, de posibilidades de promoción y de adquisición de estatus. Aspectos que como ya hemos destacado, han sido señalados por los profesionales como insatisfactorios (Del Rio et al., 2005).

⁸¹ He puesto X en el nombre del hospital para evitar la identificación del informante.

formación no veo yo mucho interés en que nos formemos mucho. Les gusta que hagas cosas, que vayan enfermeros por ahí y presenten sus ponencias y hagan sus curso, pero no te lo ponen fácil. Todo depende de que estés aquí todo el día y luego venirse a trabajar. Cuando no tienes críos y familia es fácil, pero cuando los tienes, ya cuesta. En formación si veo la cosa negativa.

(E-3) La formación es fundamental, ayuda muchísimo el que la gente se forme, se motiva, va cogiendo nuevas experiencias, aportaciones. Afianza las relaciones, y encima repercute en el enfermo lo que aprendo... El hospital hace lo que puede para facilitar la formación con los medios que tiene. Se hacen bastantes cosas, interés hay. El problema está donde siempre, en que no vamos.

(A-4) Hubo una época⁸² en la que nos daban formación y nos ayudaban ahora no nos facilitan eso. Si tenemos 3 días libres no los podemos dedicar a formarnos porque tenemos también una casa, unas cosas, no tenemos unas horas, que ellos nos ayuden para que nos formemos en algo. Ahora no lo hay, no hay una facilidad para eso. [...] Debería ser parte de nuestro interés y podríamos dedicar algún tiempo nuestro, pero también el hospital debería de procurar, por el enfermo y por nosotros que estuviéramos formados, en lo prioritario, en lo último en lo que fuera saliendo.

(M-2) Tú ya no estás en formación, la formación la tienes que hacer fuera de esto, tú si vienes a trabajar y a cobrarlo es porque sabes, hay que hacer un esfuerzo. Hasta que funcionasen los planes de formación, evidente todo depende de que cada uno se preocupe. [...] Ahora empieza a haber cierto grado de formación a los residentes, con unos cursos determinados, el plan transversal de formación, pero de toda la vida, hasta hace poquito, esto era campo libre si tú no te lo preparas, la formación es una cosa que vives por tú parte, por tú interés y por tú necesidad. Una vez que terminas la residencia es cosa tuya e incluso en la residencia también. [...] Nosotros no tenemos formación pautada, definida, y todo funciona porque te va a tocar y te lo tienes que leer. Si que en ese sentido nos lo buscamos bastante más [...] La formación es te lo lees y una vez que te lo lees, se lo pregunta al que lo maneja habitualmente y si no te

⁸² El SMS reconocía 40 horas para formación reconocidas dentro del horario laboral, para disfrutar de estas horas había que hacer una solicitud y el supervisor de la unidad debía considerarlas de interés para el servicio. En 2010 se suprimieron estas horas como una consecuencia más de los ajustes presupuestarios producto de la crisis económica.

buscas un curso de formación para tal, y así es como funcionamos, quizás vosotros estáis más acostumbrados a los cursos, nosotros nada, nosotros es te lo lees, te lo preparas, porque en la guardia te va a tocar, y luego si tienes opción, porque te gusta. Lo lógico es que tuviéramos un programa formativo continuado, y aquellos aspectos que tenemos todos más flojos, eso sería la formación continuada ideal, que nos fueran puliendo hasta tener una formación, eso ahora depende del interés de cada uno.

Siguiendo con los aspectos de socialización de los enfermeros, su socialización en el hospital comienza durante las estancias clínicas en los estudios de Enfermería en las que son tutelados estableciéndose relaciones más “maternales”, en gran medida porque no hay una relación laboral. Pero ya aquí se le exige que aprenda lo que es “ser enfermera”, en un proceso de identificación profesional. Posteriormente ya como profesional completara esta socialización en los distintos servicios donde se tendrá que adaptar a las normas sociales y de trabajo de cada entorno en los que sea contratado, así como a los conocimientos necesarios para cada puesto⁸³, en un ambiente en el que la única jerarquía (entre enfermeros) es la antigüedad, y que está mucho más diluida que con los facultativos, generándose una identidad colectiva menos patente. Podemos considerar que la socialización de los médicos desarrolla una subcultura fuerte, mientras que la de enfermeros y otros trabajadores del hospital desarrolla subculturas débiles.

(E-8) Cuando eres estudiante ya vas con compañeros, de grado superior, de grado inferior, con los mismos, con el enfermero, pues ya somos un equipo, a partir de 2 personas [...] Algo sí, ya desde que estas en la escuela de enfermería ves que hay varios escalafones, si ves que con los médicos siempre hay un poco más de distancia, aunque hay algunos que son muy accesibles, por su personalidad, su especialidad o lo que sea y puedes hablarle tranquilamente. Pero en general no.

Para completar la forma en que el resto de trabajadores entran en contacto con el ambiente de trabajo sanitario y se socializan en el mismo, vemos como lo hacen auxiliares de enfermería y celadores. Las auxiliares tienen un contacto con el hospital durante sus estudios en el bloque práctico de su último año, pero fundamentalmente es a través del trabajo cuando se produce la adaptación a los servicios. Los celadores como

⁸³ No pasa como con los intensivistas en los que su formación se produce fundamentalmente en la UCI, en los que en la residencia hay una relación laboral además de formativa con unas responsabilidades crecientes, y en la que se establece una relación más “paternal” entre adjuntos y residentes.

hemos visto antes, en su mayoría no han tenido un contacto previo, por lo que es cuando empiezan a trabajar, cuando comienza su socialización en este entorno. Produciéndose una enculturación laboral, no como ocurre con los médicos donde además y fundamentalmente se produce una enculturación profesional. En el caso de la enfermería se producen ambas cosas pero la intensidad de la enculturación profesional no llega a la que se produce con los especialistas.

Por otra parte la implicación con el trabajo es diferente para los médicos que ven su trabajo como una forma de progresar y de adquirir estatus, que para otros trabajadores con menor reconocimiento social, menor posibilidad de participación y de progreso, para los que el trabajo ya no es un fin es si mismo sino un medio para poder tener un sueldo (Højrup, 2003).

(A-6) *Yo pienso que el trabajo es necesario por uno mismo, necesitas trabajar, porque te da una satisfacción que es el dinero, eso desde luego. Pero este trabajo es muy satisfactorio, no es un almacén que estas envasando brócoli, y bueno vas a tener tu dinero. Aquí trabajas con personas, es mucho más satisfactorio.*

(E-8) *Para trabajar necesitas tener inteligencia, entonces es muy importante. Son relaciones sociales, tienes que tener habilidades sociales. [...] Es muy importante para la integridad personal el trabajar, porque implica relaciones sociales que te dan cierta felicidad. Todos, parece que cuando estas deprimido vienes al trabajo, se está demostrando, hablas con la gente, con uno, con otro y parece que ves los problemas del otro, y se diluye todo y dices:- pues a lo mejor mi problema no es tanto, es saludable, bueno algunos. Si es un trabajo aceptable es saludable y necesario.*

(C-1) *Hombre, se trabaja para ganar dinero, pero también es una parte importante de tu vida, para realizarte un poco. También te ayuda en tus relaciones con los demás. Dentro de lo que cabe estoy satisfecha con mi trabajo.*

(C-2) *Creo que con el aprendizaje del día a día es suficiente [...] Cuando yo empecé a trabajar no me pedían nada, ahora sí que hacen cursos, aprenden a manejar una cama, yo veo que eso está mejor [...] No te exigen si tienes que tener en concreto un curso para entrar. [...]Yo veo necesario hacer esos cursos, antes nos quejábamos mucho de que no nos enseñaban a manejar una cama, que era un hospital, entrábamos a ciegas, te pedían la Constitución y cultura general, y nada de prácticas. Ahora tienes*

la opción, puedes prepararte mejor, aunque tienes que tener unos puntos para entrar, si no, no te llaman nunca, haces esos cursos y ya vas viendo [...] Son cursos del paro, de la Cruz Roja, de la comunidad, del ayuntamiento, sindicatos, pero tienes que tener suerte y que te cojan, de hecho de la gente que ha hecho cursos pocos están trabajando. Haces los cursos porque mientras que estas parado, puedes hacerlos e intentar ver si metes cabeza por algún sitio. [...] Aquí con un certificado de estudios primarios puedes entrar. Luego en las oposiciones te piden conocimientos de todo.

No. No se nos prepara para nada.

En la estructura jerárquica tradicional de los hospitales se produce una organización en base al conocimiento en el que los médicos actúan como grupo de referencia, con una subcultura fuerte, y en el que la profesionalización, el conocimiento y el nivel de responsabilidad actúan como elementos clasificadores, erigiéndose como los *líderes naturales*. Esta visión etnocéntrica puede interferir en la cooperación y coordinación entre grupos, por la intolerancia, temor, rechazo o ignorancia de las subcultura de “los otros” (Trice y Beyer, 1993, citado por Amador, 2002, p. 40). De manera que la cultura puede ayudar a la cohesión y a la cooperación de los miembros de una misma ocupación o profesión, pero a la vez puede bloquear la cooperación con otros grupos o profesiones, al establecer una cierta distancia y rigidez con respecto a “los otros” (Roca, 2001).

3.- LA PRÁCTICA DE LA COLABORACIÓN.

3.1 Dinámicas de trabajo en equipo.

Las interacciones entre los profesionales están influenciadas por factores situacionales, personales y culturales, de manera que las dinámicas de trabajo colaborativo que se establecen se ven influenciados por estos. En este apartado analizaremos los aspectos que llevan al diseño del trabajo en la UCI del Hospital General Universitario Rafael Méndez y a su vez son consecuencia de él, y que responden a la combinación de diferentes aspectos de estos tres factores: características propias del servicio; sistemas de jerarquía, autoridad y prestigio; normas, roles y estereotipos, etc. Y en los que vamos a destacar: los turnos de trabajo y la distribución

del personal, la división del trabajo y la gestión del tiempo con la consiguiente asignación de tareas y responsabilidades, el liderazgo, la toma de decisiones y la participación en las mismas, así como los aspectos que marcan las interacciones entre los profesionales y su relación con las habilidades de colaboración.

- **Los turnos de trabajo y la distribución del personal. Mi clave, mi equipo.**

Uno de los aspectos fundamentales para entender las dinámicas que se establecen son las rutinas de trabajo, marcadas, en los servicios que precisan una atención continuada durante las 24 horas, por unos turnos de trabajo cíclicos, que son diferentes para cada colectivo profesional, y con distinta asignación de personal y de tareas:

- Los médicos hacen guardias de 24 horas siguiendo una rotación, por las mañanas normalmente hay uno o dos que libran, uno de guardia y el resto que hace turno de mañana. Distribuyéndose entre la asistencia a los enfermos de la unidad, los implantes y consultas de marcapasos, y la realización de sedaciones para endoscopias en hospital de día, y las consultas de preanestesia para este procedimiento.
- El personal de enfermería está dividido en 6 grupos de trabajo, 5 de los cuales están compuestos por 4 enfermeros y 2 auxiliares estas personas coinciden trabajando juntas habitualmente de forma fija (las “claves”), y en las que por lo general se observan dinámicas de trabajo peculiares y características de cada grupo. Hacen mañanas, tardes o noches siguiendo una secuencia cíclica (una mañana al día siguiente hacen la tarde más la noche y luego libran 3 días). El grupo restante, en el que también coinciden habitualmente las mismas personas, está compuesto por 4 enfermeros y una auxiliar que trabajan en las mañanas de lunes a viernes, además hay tres auxiliares que hacen un refuerzo de mañanas y tardes, por lo que suelen rotar con todo el personal.
- Las celadoras hacen solo turnos de mañana y tarde, habiendo dos por las mañanas de días laborables, una con un turno de mañanas fijas (de lunes a viernes es la misma persona salvo cuando libra) y la otra que hace turnos de 17 horas desde las 8 a las 22 horas (se alternan las otras 3 celadoras que cubren también los días festivos). No forman parte de la unidad estructuralmente, ya

que dependen del jefe de personal subalterno (no son considerados personal sanitario), pero si a nivel práctico y funcional, ya que si hay unas personas localizadas y asignadas a la unidad de forma nominal. Lo que no ocurre en las noches, en las que se llama a personas ubicadas en el exterior de la unidad, según las necesidades que van generándose.

La distribución diaria del personal también es variable. El personal de mañanas de lunes a viernes es habitualmente de 5 enfermeros, 1 enfermero supervisor, 3-4 auxiliares, 2 celadores, 3 o 4 médicos más el jefe de servicio, y 1 limpiadora. Las tardes, noches, y festivos hay 4 enfermeros, 2 auxiliares (con refuerzos en las tardes de los días laborables y en las mañanas de festivos de una auxiliar más), 1 celador (no hay en las noches, por lo que se llama a un teléfono a los celadores asignados para urgencias) y 1 médico (en ocasiones hay también un residente de intensivos y/o de medicina interna). A lo que hay que sumar en los periodos en los que hay docencia de diferentes titulaciones y cursos, un número variable de alumnos en los turnos de mañana y tardes.

Turno	Personal días laborables	Personal días festivos
Mañana	4 médicos + el jefe de servicio 5 enfermeras + el supervisor 3-4 auxiliares 2 celadoras	1 médico + el saliente de guardia 4 enfermeras 3 auxiliares
Tarde	1 médico 4 enfermeras 3 auxiliares 1 celadora	1 médico 4 enfermeras 2 auxiliares
Noche	1 médico 4 enfermeras 2 auxiliares	1 médico 4 enfermeras 2 auxiliares

Tabla 15: distribución de personal por turno.

La variación en el número de personas que conforman los diferentes turnos, está motivado por una parte por la necesidad de dar días libres a personal por medio de las libranzas en mañanas de los días laborables (lo que justifica el turno fijo de mañanas), pero también por la concentración de las cargas de trabajo en esta franja horaria, como tareas programadas (aseos, curas, cambios de tratamientos, pruebas diagnósticas, consultas, sedaciones, implantes de marcapasos), y también por una mayor demanda por parte de los médicos de la unidad (“al ser más, piden más”), y de otros servicios en los que su actividad se desarrolla en las mañanas (o mayoritariamente en estas): quirófanos, endoscopias, radiología, etc. Esto hace que el trabajo sea cuantitativa y cualitativamente diferente (ver anexo VI, tablas 20-23 de actividades diarias del personal de UCI).

(M-1) *Claro, es que es muy complejo. En las mañanas, primero hay más asistencia, tenemos mucha más actividad: cirugía programada, consultas de marcapasos programados, la mayoría de las pruebas diagnósticas se hacen por la mañana, las bajadas al escáner, hay mucho más trabajo, eso está claro. Y las posibilidades de que se generen conflictos son bastante más altas, por la tarde también puede haber una tarde compleja [...] Por las mañanas hay más demanda asistencial y eso genera más conflictos, es indudable, y en todos sitios, no es esta la única unidad. Las mañanas siempre son más complejas. Pero también, aunque ahora tengamos menos demanda asistencial, siguen habiendo muchas actividades y yo veo que está habiendo un cambio de tendencia, que es positivo. Y no lo estoy relacionando con que ciertas personas se hayan movido y demás pero puede ser que también haya influido algo⁸⁴.*

(E-2) *En las mañanas es que hay más..., por que como yo por ejemplo, como casi siempre trabajamos con los mismos, pues...ya sabes cómo nos organizamos, yo por ejemplo, en mi clave, nos organizamos muy bien, viene un ingreso pues ya sabemos quién se lo queda, nos lo hemos repartido, quien va a ayudar, quien va a, ..., en ese aspecto en las mañanas ¿qué pasa? pues que a lo mejor pierdes la costumbre de trabajar con el resto de la gente, no sabes cómo se organizan, entonces a lo mejor estas más liada... Y luego están también los médicos ahí. ¿Yo que sé?, como no trabajas con*

⁸⁴ Aquí se hace mención a las características e incompatibilidades personales y su influencia sobre el trabajo, aspecto del que hablaremos ampliamente en los siguientes apartados.

tu clave sola [...]. Porque es verdad hay más gente, se hacen más cosas, muchos médicos.

(E-8) *Si. Yo trabajaba mejor en clave Yo no sé, yo digo medio en broma: es porque cada uno somos de un partido político, somos de muchos años, ha habido entre nosotros a veces un poco tiras y aflojas. Es por eso, que a lo mejor somos pesos pesados, y nadie damos nuestro brazo a torcer, y todos pensamos que llevamos la razón. Y a veces nos pisamos un poco los territorios, como si fuéramos fieras. Y a mi particularmente no me gusta que me pisén mi territorio, yo también intento no pisárselo al otro. Pienso que en general se trabaja mejor en clave, porque es como una segunda familia. [...] Pienso que a veces los de las mañanas somos una clave, lo que pasa que todos tenemos una personalidad muy fuerte y a veces es más difícil conjugar eso. [...] En las mañanas se trabaja menos en equipo porque son más liosas, más caos, pero en el fondo es una clave, y puede funcionar bien. De hecho en el fondo se funciona muy bien, no tiene por qué suponer un hándicap el que haya más lio. [...] También influye mucho la dispersión que hay de médicos, entra uno parece que llevaba ese enfermo, y luego lo lleva el otro. Y por las tardes y noches, solo **estas a las ordenes** de una persona sola. Tienes más tiempo para las relaciones sociales, para estar tomándote el café, para merendar, luego cenas. Ahí está la diferencia, que tienes más tiempo para poder hablar y relacionarte. Si tienes un problema, a lo mejor puedes contar algo, pero por las mañanas no sé.*

(E-4) *En la clave favorece el ir siempre la misma gente, sabes cómo trabaja el uno, como trabaja el otro. Te haces más “piña”, conoces más a las personas. Con el turno de mañanas se trabaja igual de bien, pero no es lo mismo que ir siempre con la misma gente.*

(A-3) *Hay diferentes cargas en las mañanas, con respecto al enfermo es lo mismo en mañana, tarde o noche, pero por las mañanas está más concentrado, porque no hay solo un médico, son muchos y creo que la organización en sí de eso, muchas veces es muy conflictiva, vienen los quirófanos, los ingresos, los marcapasos, el pedido. Es mucha locura, son muchos y cada uno va por un lado, hay más gente y más de todo. En los fines de semana que hay menos gente y en las tardes y noches a pesar de que puedes tener cuatro o cinco ingresos o muchas altas la organización es diferente, veo*

menos agobio. Creo que te puedes organizar mejor. Eso no quita que haya mucha carga de trabajo cuando está todo completo. Los enfermeros lleváis una carga de trabajo diferente a la nuestra, pero nosotras además de los enfermos llevamos el resto de reposición y eso, y hay algunas veces que no das a basto.

(A-4) Por las mañanas el que haya más médicos, más cambios, es posible que influya. Está todo más establecido, ahora es esto y es esto, y cuando tú opinas que es así, no está bien visto. Ahora me da igual, pero me he sentido mal. Que si trabajas mucho parece que está mal visto y sin embargo si alguien trabaja poco también está mal visto, no sabes cómo hacerlo. Por eso es por lo que yo me he sentido mal en las mañanas, ahora hago menos, será por eso que me da igual.

La opinión de que en las mañanas las interacciones son muy diferentes es generalizada, como hemos dicho por el acumulo de las cargas de trabajo y su organización, pero también y sobre todo por el aumento del número de personas y la mezcla de diferentes grupos de trabajo: dos claves, la fija de mañanas mas la clave a la que le toque por turno. El “grupo de médicos” cuya dinámica de trabajo por las mañanas es más “independiente” que en los turnos de tarde y noche donde solo hay uno, lo que hace que en cierta medida se adapte también a la clave que está trabajando con él. Además en las tardes y las noches (y en las mañanas de fines de semana y festivos), al haber un menor número de actividades a realizar y a repartir entre los trabajadores que en las mañanas, hay mayor claridad en que tiene que hacer cada uno y cuando, produciéndose menor confusión, cuestión que se hace también patente con los médicos ya que solo hay uno para tomar decisiones e indicar las acciones. Todas estas variables hacen que haya una representación de las mañanas de días laborables como caóticas y desorganizadas, comparadas con el resto de los turnos, considerándose el ambiente de trabajo como “crispado” en muchas ocasiones.

(M-2) En las guardias te quedas tú solo, y te interesa saber de todos los enfermos todo, ellos también lo están esperando, no tienen que ir a consultar el enfermo a quien lo ha visto, si no que estas tu solo y ya está. No por la mañana, ¿quién ha visto el 3? Pues lo ha visto “X” pero dime, y yo le digo una cosa y el otro le dice otra.

(E-1) Por las mañanas aquí hay muchos médicos, con ellos también depende, de la persona, luego a lo mejor uno te pone una cosa y el otro te lo cambia. A nivel de yo,

como persona, si trabajo en equipo con los médicos.

(E-2) A veces, tu vas agobiada de trabajo, y si es que hay que hacer esa cosa, pero vamos a ver, esto hay que hacerlo pero no tiene porque ser ya..., una técnica que no es urgente, y sobre todo yo me refiero a las mañanas, que tu vas..., porque por las tardes y por las noches como hay uno solo, parece que te dejan más ver. Pero por las mañanas muchas veces, hay unas prisas por hacer cosas, que sí hay que hacerlas, pero que tampoco es urgente. Entonces deberían también un poco, tener en cuenta al resto del equipo, y unos más que otros.

(E-5) En las mañanas va cada uno más a su rollo, lo veo más, hay algunas situaciones en las que cojo una auxiliar para mí 3 horas, y no piensas en los demás, que a lo mejor a tu compañero le hace más falta que a ti, o que va a estar parado porque te hace falta que te dé la gasica. Entonces dependiendo de la gente se trabaja de una manera o de otra. Desde mi punto de vista se va a su rollo en las mañanas, a lo mejor si estuviese de mañanas pensaría de otra manera.

(C-1) Se trabaja diferente por su dinámica, las mañanas son distintas hay otro tipo de trabajo, mas cargas. Bueno, si se trabaja en equipo en las dos. Hay, pues yo no soy igual que mi compañera, nadie es igual. No sé si llamarlo influencias personales, si no formas de trabajar de cada persona.

(A-1) Si nos metemos específicamente en las mañanas, no veo una organización igual. Es diferente, es también como viene el personal, hay mañanas que no he notado que sea mañana, tarde, o lo que sea, se ha trabajado tranquilamente ordenadamente y bien. Y hay otras mañanas que se forman unos pitostes, unas cosas y unos enredos sin fuste. [...] La complicación, es que hay gente mucho tiempo junta, que uno cree que uno hace más que el otro y que lleva más carga de trabajo que el otro, y entre unos y otros hay su rivalidad. Y entonces no funciona bien, y unas veces puede ser que tenga razón y otras veces puede ser que no la tenga. [...] Rivalidades personales.

(A-2) Influye la gente de la que estés rodeada, claves, turno. Aquí yo por las mañanas llamaría para decir no voy, porque están: todos los médicos que entran, una cantidad de gente que no es lo habitual que trabajes con ellos, es mucha gente la que hay alrededor tuyo, mucho barullo... A mí me gusta, tú entras a trabajar y partes tú

trabajo y sabes con quien tienes que trabajar y cómo vas a trabajar, y de la otra manera tienes que ver con quien del ámbito tan grande que hay, y depende de eso. Trastorna trabajar de mañanas con un grupo de gente que ya tienen su forma de trabajo, su modo de desenvolverse entre ellos y tú estás en medio, en un turno que no es tuyo, aunque sea tú mañana... Cuanta más gente, peor, ¡para la guerra! Tú no sabes a quien te tienes que dirigir como médico...

(M-3) Influye. Por las mañanas, una mañana estándar, con todos aquí pidiendo, es distinto. Cuando está uno solo, es que no puede hacer nada más que una cosa detrás de otra. También es cierto que cuando uno está solo necesita un apoyo más fuerte de la enfermería, en el sentido de que si se mete con un paciente que está muy grave, si otro se pone medio regular lo tenéis que sacar vosotros a delante solos, o con indicaciones verbales, pero yo no puedo acudir a ese otro paciente. En los momentos de la tarde y de la noche, donde solo hay un facultativo, enfermería tiene que poner mucho de su parte, que a lo mejor se cree que el trabajo más duro es por la mañana, yo creo que no, por la mañana hay mas cositas, pero a mí me parece que el trabajo puro y duro, a mí me parece que es lo mismo.

(E-3) Pero yo veo que cuantos más somos, más me falla el equipo

Aparecen a parte de los factores relacionados con la tarea y la organización del trabajo, los derivados de las interacciones personales, las diferentes personalidades y en ocasiones las incompatibilidades y rencillas entre algunas personas, que llegan a interferir en la dinámica de trabajo y en el ambiente en el que se desarrolla el mismo. Además de estos aspectos influyen otros factores grupales, como la identificación con el grupo, de los que hablaremos más ampliamente en otros apartados, pero que ya son apuntados por nuestros informantes.

(M-1) Claro, es que hasta no hace mucho tiempo ocurría por las mañanas, cuando yo he identificado que se generaban más problemas, cada uno miraba lo suyo, y ahí sí que no había, era el paradigma de la desunión completa y total. A mí era la impresión que me daba. Había una desunión completa entre enfermería y entre auxiliares, y entre auxiliares y enfermeras, entre médicos y enfermeras, ¡era un caos!

Aquello parecía..., era muy complejo, que está mejorando⁸⁵, ¡ojo! Influyo una época de mucha presión, del brote de gripe A. [...] Me di cuenta, al margen de esto, de que había una serie de deficiencias que no se cubrían y que el máximo responsable de todo no entendía que era necesario que se cubrieran y que para que esto funcionara tendría que cumplirse. Fue muy duro todo, que yo también utilice malos modos, yo fui el primero... Antes sí, ahora no tanto. Había una cosa por las mañanas que me llamaba mucho la atención, en el esquema organizativo de las mañanas de haber a quien le tocaba el marcapasos, claro eso era generador de conflictos, ahora no hay ningún conflicto, ya más o menos se sabe quién lo va a hacer y eso es un conflicto menos. Más conflictos que surgían, pues interenfermería. Antes teníamos un grupo de enfermería que eran validos y geniales y unos profesionales como la copa de un pino, pero que no se comunicaban, y claro el que no se comunicaran era difícil, porque si tal persona lleva a tal paciente, solo conoce a ese paciente, si en un momento esa persona no está, a veces se negaba a hacerle esa cosa a ese paciente, cuando era importante. A veces se daban situaciones surrealistas, que en turno no se daban, porque aunque no llevases a ese paciente la enfermera le hacía esa cosa si estaba en otra ocupación puntual.

(A-6) Yo antes pensaba que no influía el turno, pero ahora pienso que sí. Porque hubo un tiempo que las mañanas eran un equipo, y cada clave era un equipo. Después pasamos a ser una serie de personas que trabajábamos por la mañana y se sumaban las que iban de turno y hacíamos el trabajo que había en la mañana, pero no era un trabajo en equipo [...] En algunas claves sí, yo noto más el trabajo en equipo que en otras. [...] Yo creo que algunas veces es más por cómo nos implicamos los del grupo. Hay gente que no se implica sino que viene hace su trabajo y punto. Y hay gente que si se implica

Vemos en este relato como las mañanas son vistas como un equipo fracturado con distintos subequipos disgregados (Borrel, 2004), en el que sus miembros no están unidos y la toma de decisiones es poco eficaz.

(M-3) A los estamentos, por un lado están los médicos, y tampoco somos iguales todos. Por otro lado está enfermería y tampoco sois iguales, y por otro auxiliares, y

⁸⁵ Se refiere a una renovación del equipo de enfermería con personalidades más flexibles (ha sido patente durante la observación participante), ya que hay una mejor relación personal entre sus integrantes, lo que influye en un clima de trabajo más distendido y sin tensiones personales.

*tampoco son iguales. Es como un mecanismo que funcionara con **tres ruedas dentadas**, que es verdad que si no están bien sincronizadas la maquina se para. Pero no es una rueda, son tres ruedecitas, con sus pros y sus contras, que a lo mejor podríamos intentar que se diluyeran un poco más. Pero asumiendo responsabilidades también.*

Esta insolidaridad percibida se intenta explicar apuntando entre otros motivos el cansancio que puede producir trabajar en un ambiente más estresante en las mañanas que en el resto de los turnos.

(E-5) Los de turno vamos más descansados, se hace muy monótono trabajar todas las mañanas, y el estrés es mayor, es cierto. Hay algunas tardes que son para pegarte cabezazos en la pared, pero en las mañanas es más habitual que haya más trabajo, entonces te va creando mala baba, mal ambiente, y al final cada uno va a lo suyo.

Esta variabilidad en el número sumada a la alta rotación hace que el acoplamiento entre los diferentes profesionales sea difícil, aunque con el tiempo se produce un conocimiento mutuo que permite una cierta adaptación entre todos.

La UCI se conforma como un grupo frente a otros servicios con una identidad propia autorreconocida, pero en su dinámica interna se organiza en subgrupos que se definen y redefinen continuamente, formándose grupos de composición variable y flexible, lo que Yeager (2005) llama “equipo base” y “equipo ampliado” dependiendo de los requisitos y complejidad de la actividad a realizar y de la necesidad de interdependencia entre diferentes profesionales (tanto del propio servicio como de otros)⁸⁶. De manera que como vemos en estos grupos y equipos de trabajo la pertenencia es flexible, dinámica y múltiple (Marín y Troyano, 2008). Las representaciones a cerca de las mañanas que los informantes expresan están en

⁸⁶ Por ejemplo determinadas actividades son realizadas por una auxiliar y una enfermera, como puede ser el aseo de los pacientes o las curas, necesitando la colaboración de la celadora en momentos puntuales. Pero hay otras actuaciones como puede ser el caso de una reanimación cardiopulmonar en el que la coordinación es vital para la eficacia de la maniobra y por tanto la supervivencia del paciente, y en el que normalmente (en esta unidad) intervienen dos enfermeras, un médico, una auxiliar y una celadora. Hay otros procedimientos que se realizan entre varios servicios como pueden ser las endoscopias con sedación en la que hay una acción coordinada entre un medico y una enfermera de la UCI que se encargan de la sedación durante la endoscopia que realizan un médico y una enfermera del servicio de digestivo. Por tanto vemos como el personal tiene que tener una gran versatilidad en la adaptación a distintas actividades, distintos grupos de trabajo y a distintas personas, lo que requiere capacitación técnica pero también unas aptitudes relacionales.

consonancia con las afirmaciones de Infante (2008) de que los grandes grupos tienden a establecer propósitos menos claros, normalmente dictados por los líderes jerárquicos, y se conforman con los valores de trabajo en equipo como un método de trabajo. De esta forma si se rompen los valores de trabajo en equipo, los grupos vuelven a su estructura y jerarquía normal.

Dentro de esta compleja configuración podemos apreciar como son distinguidos como grupos con entidad propia “las claves” y el “equipo médico”.

Las claves están formadas siempre por las mismas personas (salvo cuando alguien cambia un turno con otro compañero), 4 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería, entre los que se realiza una distribución del trabajo con la asignación individualizada de pacientes a cada enfermera y a cada auxiliar. Aquí surgiría el primer equipo, el formado por la auxiliar y la enfermera que atienden a cada paciente (Dentro de la “clave” que podríamos considerar como el equipo más amplio). Normalmente el trabajo se hace de forma independiente, pero en los ingresos o cuando surge una emergencia, de forma automática se suma el personal necesario (que tiene asignados otros pacientes), produciéndose una reorganización del trabajo total de la unidad. Habitualmente colaboran unos profesionales con otros, cuando alguien tiene más carga de trabajo, le suelen “ayudar” los demás, ya que el responsable del enfermo (o la persona con más capacidad de liderazgo) es el que dirige y solicita lo que necesita.

(E-3) Está más bien dividido en un trabajo en equipo, pero mixto.... Al trabajar por boxes y dividirnos enfermería y auxiliares, cada uno con lo suyo, intentamos que entre la auxiliar y la enfermera haya una afinidad, y que más o menos nos compenetremos a la hora de los cuidados. [...] Al trabajar por pacientes, y llegar y dividirse: “tú y tu auxiliar” en cada box, pues crees que no, se individualiza un poco la idea de trabajo en equipo que puede tener otra persona...Y hay veces que notas que hay gente que no está dispuesta a meterse en ese box, que no le toca. ¡Que ella está llevando otra cosa!

Esta continuidad en las interacciones genera dinámicas y “formas de trabajar” propias en cada clave en una adaptación entre sus miembros, reconociéndose como miembros de un equipo:

(E-1) No lo sé, por ejemplo yo cuando vengo con mi clave pues si lo veo que

trabajamos en equipo: ¿te hecho una mano?, ¡vamos! Luego a lo mejor cambias y ya es otra cosa, es diferente, es otro mundo. Yo vengo por las mañanas y es otro mundo cada uno va a lo suyo, no sé decirte. Yo ahora mismo en la clave nos hemos adaptado, éramos cuatro enfermeras nuevas con 2 auxiliares nuevas y nos hemos adaptado, y si vemos que la otra esta..., nos vamos a echarle una mano. Creo que en las mañanas se trabaja menos en equipo, menos que en clave.

(E-5) *Yo por ejemplo con mi clave sí, nos ayudamos bastante cuando uno está agobiadillo por lo que sea, hay confianza para decir: - échame una mano ¿entiendes? Normalmente si, si trabajo en equipo. Cuando estoy fuera de mi ambiente pues a lo mejor se nota el ir cada uno a su rollo, en mi clave si, en las demás claves no lo sé.*

(E-6) *A veces no se trabaja en equipo, depende, parece que las claves siempre nos cerramos. Entonces lo mismo, tú en tu clave sí que trabajas en equipo, pero cuando te sacan de tu clave un día que vienes fuera de tu clave o vienes de mañanas, pues te sientas como un poco perdida, que es lo que yo veo malo de las claves cerradas. Entonces claro, pasan los meses y no coincides. Veo que te aíslas mucho, la cosa va por claves: la clave esta, la clave la otra [...] Los equipos son las claves, cuando te sacas de la clave, te sientes un poco perdido, pero es que te encierras ahí en un círculo, que parece que no puedes salir de ahí.*

(A-5) *El turno en si ya conlleva que tú trabajas siempre con las mismas personas, la confianza es importante y se nota. Las mañanas, yo tampoco las separo, depende de la mañana y de que gente trabaje, yo hay veces que en las mañanas estoy muy bien, otras veces que digo: - ¡Uf, que follón! Pero en general, la clave, es tú clave y cuando trabajas con ellos es con los que más confianza tienes, y un poquillo si se nota en las mañanas. Son diferentes por el trabajo también, no es lo mismo que en las tardes y las noches.*

De manera que este acoplamiento entre las personas de una clave hace que se marquen más las diferencias con las formas de trabajo de otras claves, e incluso se experimentan dificultades para acoplarse a un grupo diferente al propio. En ocasiones se aprecia una cierta rigidez en la adaptación a las formas de trabajo entre personas de diferentes claves, lo que es visto como un problema en la medida en que puede afectar a la fluidez con la que se realizan ciertas tareas y procedimientos. Se apuntan como

posibles soluciones la formación y la estandarización de los procedimientos a través de protocolos, para unificar las prácticas y evitar la variabilidad.

(E-3) *En cuanto a enfermería, y auxiliares, al ser claves fijas, se coge afinidad. Pero luego, cuando cambias de clave, pues no te sientes tu igual, ni se sienten los demás igual. Hay claves que son más abiertas, que te dan pie a sentirte cómoda, y yo igual, si alguien cambia con nuestra clave. Y hay otras más cerradas, más serias se podría decir, en las que no te sientes tú. Pero eso es como en todos los trabajos, hay gente de todo... y entonces a veces yo, no puedo trabajar igual en equipo, me cuesta más, y luego incluso hago más cosas sola que acompañada... Yo con mi clave, pasamos tanto tiempo juntas, o siempre somos las mismas, y hemos tenido muchas vivencias, que unen, eso es como un matrimonio. Pero cuando yo cambio de clave..., se nota más distante, y yo igual [...] Pienso que está bien que trabajemos así, pero que en cierto modo nos limita. Porque trabajamos más en equipo entre las claves, y menos en equipo una mañana o cuando hacemos un cambio.*

(A-4) *Yo por ejemplo estoy más cómoda con la gente en el turno de tarde y noche que por la mañana, que estoy con menos confianza, ¿no sé? Parece que lo que haces no es exactamente como debe hacerse, parece que es un turno diferente, que tú vienes ahí como de fuera, porque no es lo tuyo. Sin embargo en el turno estas más tranquilo porque si es con quien trabajas siempre y estas más acostumbrado. En otra claves de tarde y noche me pasa menos, en las mañanas es donde más rara me siento yo, parece que está establecido más unas normas y que si te sales no es así. En lo demás yo estoy ahora pasando por muchos turnos, no son todos iguales, yo echo de menos mucho el mío pero me adapto, se va adaptando uno, conforme vas pasando sabes que la cosa es así y bueno es así.*

Esta imagen de grupo es también compartida por el resto de profesionales:

(M-2) *Sin duda hay diferencia entre las tardes y las mañanas, yo prefiero una tarde a una mañana, lo tengo muy claro. Las claves, el problema es que aquí entran muchos factores, no es solo un problema de quien, de tipo de trabajo, ni de las mañanas en sí. Evidentemente las mañanas son a veces un poquito rápidas de trabajo, la tarde muchas cosas ya han quedado hechas y da tiempo a otras cosa, pero también es cierto que las personas yo creo que son determinantes, y se nota, igual que con nosotros se*

nota quien está y quien no está, para bien o para mal. Yo me siento más a gusto y mas respaldado habitualmente con una clave que con las mañanas. No porque los de mañanas no trabajen bien, pero hay mucho lio. En las tardes igual que yo me amoldo a cada clave más o menos los voy conociendo, igual que ellos a mí, exactamente igual. Me gusta más trabajar con la clave, porque prefiero saber...

(M-3) Yo siempre he pensado que las claves fijas son buenas, si están muy bien formadas, si se llevan bien, si funcionan. Si es una buena clave es fantástico, porque en un momento de apretura todo va rodado. A veces también he pensado que es malo, porque se crea grupos cerrados. Nosotros lo vemos, hacemos guardias con todas las claves, si alguien cambia un turno y está en otra clave, quizás ahora se note menos porque lleváis otro turno, pero antes se notaba muchísimo. Entonces quien hacia una tarde suelta con otra clave, pues desde no saber la edad y el nombre de los hijos de alguien de esa clave de la que se estaba hablando con toda naturalidad, hasta no terminar de meterse en el engranaje de funcionamiento, entonces claro eso tampoco es bueno. Quizás las claves abiertas no son tan malas si se protocoliza todo bien, si todo el mundo sabe lo que hay que preparar para bajar al escáner...igual no es tan malo que la gente se mezcle, igual es hasta enriquecedor... Hay un funcionamiento propio de cada clave, desde fuera se ve. Las cosas básicas son iguales, claro, pero si hay una forma de funcionar diferente, os organizan de una forma distinta dentro de lo establecido, como nosotros me imagino.

Vemos como es apreciada la importancia del grupo y como se constituye la clave como grupo, en la unidad básica para el funcionamiento de la unidad (Ayastaran y Cerrato, 1996), como un espacio propio de distribución del trabajo, de coordinación de esfuerzos, de negociación y participación, que actúa como plataforma de socialización y formación de los nuevos miembros, satisfaciendo las necesidades de afiliación y proporcionando apoyos y ayuda tanto material como emocional (Gil, 1994).

Cuando se incorpora alguien nuevo a la UCI se produce un proceso de socialización y enculturación interna, en la que la persona tiene que aprender no solo las capacidades técnicas que conlleva el trabajo especializado de la unidad sino también los códigos de conducta apropiados en la relación cotidiana (costumbres y normas sociales, Morgan 1990, p. 116), y en el que “debe demostrar”, que es merecedora de la confianza y aceptación del grupo. En este proceso podemos identificar dos partes, la adaptación

general al propio servicio y el acoplamiento a la clave. En este sentido los equipos, en este caso las claves, van madurando y afianzándose, en la medida en la que sus miembros se conocen y saben que pueden esperar los unos de los otros. Y en el caso de un servicio tan técnico y especializado, también en la medida en la que los nuevos integrantes adquieren los conocimientos y habilidades requeridos para las tareas que deben realizar.

(A-5) *La confianza es importante, eso se nota mucho cuando vienes de otro servicio, al principio te cuesta mucho entrar, porque tampoco sabes si lo que tú estás haciendo lo están haciendo tus compañeras, luego ves que sí.*

(A-4) *El tiempo lo que hace es que tú te amoldes a lo que hay, si es en equipo, lo haces en equipo y si no, no lo haces. Te ayuda a amoldarte, pero no a que sea más equipo.*

(E-1) *Pues a nivel de aprendizaje del trabajo en UCI, es un poco lo que vas viendo, ... pues vas cogiendo, lo que vas pillando, de cada uno vas cogiendo cóscicas. El acogimiento, lo que es personalmente es buenísimo, una gente estupenda. Pero a nivel profesional, eso que vas tirando, si el otro tiene un rato para echarte una mano, pues te lo echa y si no te ves apurada porque no sabes, y dices: ¿ahora qué hago? [...] La adaptación depende de la persona lo primero, porque yo en 2-3 meses creo que estaba adaptada, pero luego veo otros casos que le está costando, que les cuesta más arrancar. Entonces yo creo que va en la persona, creo que llegue en verano y en septiembre no controlaba 100% pero yo estaba bien con el trabajo que hacía, pero luego estoy viendo que otras personas le cuesta más... No todo el mundo tiene la misma capacidad de aprendizaje, a lo mejor alguien con verlo una vez se le queda y otra necesita tres. Luego ya la formación y la experiencia previa que tú hayas tenido en otros servicios, y la formación por fuera, si tú te interesas un poco pues en tu casa pues ves cosas, esta internet, y te metes y lo lees.*

(M-1) *Entiendes que la gente que viene tiene menos experiencia, y lógicamente te ves más "desprotegido"... Si partes de la base de que la toma de decisiones va en base a conocimientos tuyos pero no del todo y te basas mucho en la experiencia de la gente con la que estas. Si eres más indeciso o tienes lagunas te basas más en la experiencia de otros. Si en un verano te encuentras con un grupo de gente muy nueva*

en la que no te puedes apoyar, eso te genera un nivel de estrés importante, eso puede influir. Depende un poco de quien sea el responsable y del grupo que tengas.

Por otra parte la complejidad de la atención y las peculiaridades de la UCI hace que resulte difícil la adaptación al servicio, así como las propias peculiaridades personales y las del resto de los miembros de la clave:

(E-3) Cuando vine parecía estudiante de 1º, yo no tenía ningún conocimiento de UCI, no había trabajado desde las prácticas de enfermería. Yo cómoda no me sentí al principio, a nivel de nada. Las dos primeras semanas dudaba mucho ¿seguro que no te has equivocado? Con las ganas que tenías... No sentí yo cercanía con mis compañeros, la sentí después pero me hacía mucha ilusión y dije adelante. A lo mejor la gente no lo necesita tanto, y no ve esa necesidad. Preguntaba, me acercaba, intentaba ver lo que podía, pero a mí una acogida... yo entiendo que a veces tampoco se puede, hay mucho trabajo, están los enfermos delicados y no se te pueden dedicar a ti. Yo me esperaba otra cosa, y lo pase mal. Que cada uno se fue para un lado y ahí me quede yo. [...] No nos conocíamos, yo no tenía confianza, pues lo que pasa cuando viene alguien nuevo. Que si hubiera una bolsa de trabajo específica de UCI, pues si esa gente ya ha estado aquí, ya esa gente viene de otra manera, y tú también hacia ellos. Como va a ser igual ahora cuando vengan los nuevos⁸⁷, que hay que estar encima, explicándoles esto, y hay que hacerlo y punto, y cuanto más sepan en menos tiempo, antes se van a despegar y van a trabajar solos., [...] A lo mejor está en eso en que cuando viene alguien de fuera... pues. Por eso yo creo que aquí sería bueno que viniera la misma gente. No cada dos por tres una persona que nunca ha estado en el servicio.

(C-1) Si, me costó adaptarme bastante, yo venía de las plantas que no tiene nada que ver tratar a los pacientes allí, a como se les trata aquí. Me costó bastante, yo me iba a mi casa y los pitos los oía por la noche, pero ahora si, porque se trabaja más en equipo que en cualquier otro sitio. Yo me siento bastante bien aquí con la gente, con toda la gente en general: con enfermeros, con auxiliares, que con mis compañeros. Mi compañera me ayudo bastante a aguantar aquí, si no a lo mejor me hubiera ido, porque

⁸⁷ Hace referencia a las sustituciones de las vacaciones de verano, donde el número de contratos se multiplica, pudiendo llegar a sustituirse dos enfermero y una auxiliar por clave, estando así en algunos periodos casi la mitad de la plantilla cubierta por sustitutos.

la verdad es que entre el contrato que había firmado...Es difícil primero porque no conoces la forma de trabajar de la gente de aquí, no conoces nada, ni siquiera el movimiento de las camas. ¿No sé?, los pacientes son distintos, es una unidad distinta a cualquier planta.

(A-5) A veces hay gente que cuando viene nueva le cuesta mucho la dinámica del trabajo, no sé si es que no se les explica bien desde el principio, y separan muchas veces las técnicas, de simplemente dar una botella, que se la puede dar cualquiera. Yo creo que al principio cuesta porque vienes de otros servicios donde no se participa de esa manera. Ves la diferencia del equipo.

(M-2) Otra gente pues ha sido al revés, por la forma de trabajar, yo no lo haría igual, ni mejor ni peor, pero con el tiempo te das cuenta de que funcionan a su manera y el resultado es el que tú quieres, y bueno yo no tengo porque alterar su funcionamiento cuando es razonable, correcto, a mi me gusta más de la otra manera, pero hace su trabajo, sale en su momento, yo le pido algo, la cosa tiene su respuesta en su momento. [...] Con el tiempo te lo conoces, te ha dicho que es esto y si lo ha dicho es así, no hay que darle más vueltas. [...] Eso nos pasa con todos con los enfermeros, con médicos, si yo creo que se hace con el tiempo y con el conocimiento de la persona que hay debajo.

A este conocimiento se llega con el tiempo, en un descubrimiento de los integrantes del grupo tanto de sus capacidades científico-técnicas como de sus cualidades personales. Este acoplamiento pasa a todos los niveles celadores, auxiliares, enfermeros y médicos, pero resulta fundamental en los momentos críticos y en las actividades más interdependientes, sobre todo en las “delegables”, ya que uno tiene que saber que el otro es capaz de desempeñar el trabajo que se le ha encomendado, y que va a responder adecuadamente cuando se le requiera.

(M-4) En las mañanas hay gente que tiene una dinámica de trabajo que son de las mañanas, y ya sabes cómo trabajan esas personas, para bien o para mal, lo sabes. Y cuando te encuentras por 1ª vez con ellas en el primer instante sabes cómo va a ir la mañana, si bien o mal, lo sabes perfectamente, quien ha venido, quien falta quien no falta, sabes el personal que hay. Y si las personas con las que puede ir mal, han venido bien, sabes que la mañana va a ir bien. [...] Pero es que los turnos están limitados a

esas personas y depende de cómo trabajen esas personas, entonces ahí ya no. Ya sabes que la tarde o la noche puede ser inestable y que si hay una cosa importante puede ser un caos o no, eso sí es verdad. [...] En las mañanas sabes que dependiendo del ánimo con el que venga el personal la relación va a ser mejor o peor, pero sabes que las cosas se van a sacar, seguro, sin embargo en los turnos no, en los turnos según el personal que venga tú sabes que como venga una cosa importante eso puede ser caótico. [...] Dependiendo de cómo estén conformados los turnos. Porque no es lo mismo que de 4 solo uno este seguro en su trabajo y lo sepa hacer bien, y los otros 3 estén ahí dependiendo de él, que no que cuatro personas estén seguros, eso se nota [...] A mí no me cuesta integrarme, yo sé que estoy más a gusto con unas personas que con otros, pero a mí eso no me cuesta.

(M-2) Por ejemplo, si mañana aparece una clave nueva, 5 personas nuevas, pues hasta que yo y ellos no conozcamos, porque yo cuando ya conozco a la gente, sabes cómo es, como yo. [...] El conocerse es fundamental, entonces, el trabajo en equipo en ese sentido depende mucho de con quién estas, o si conozco a la gente. Y en las claves me da la sensación de estar más cerca. [...] Yo estoy más cómodo en la clave que por las mañanas, con casi cualquier clave, hay algunas que están más afines a como trabajo yo, aún así da igual, yo creo que más o menos me amoldo a casi todas. [...] Si la clave ya trabaja un tiempo, que eso es lo ideal, y se conocen y demás, ya saben que si viene un ingreso y te vas a quedar tú, pues te vas a quedar ahí 3 h, pues los compañeros están ahí, pero otras veces sí que se nota.

Por otra parte se reconoce de forma independiente al equipo médico, pero esto es así en el turno de mañanas cuando son más de uno, ya que se produce un reparto del trabajo entre ellos y reproducen una serie de “rituales propios”, como es la sesión clínica en la que ponen en común las incidencias ocurridas en la guardia anterior y debaten a cerca del curso de los enfermos ingresados en la unidad. Además de tratarse temas científico-técnicos, se abordan otros de organización tanto de médicos como del resto del servicio, y otros temas más mundanos a cerca de lo que hacen o no hacen “los otros”, fundamentalmente auxiliares y enfermeras.

(A-5) A los médicos entre ellos si los veo como equipo. Si, a ellos si... Que hay un escalón entre ellos y nosotros, que ellos sí y nosotros también, y nosotros seríamos,

enfermeras, auxiliares y celadores.

Esta confluencia de médicos hace que surjan competitividades y desacuerdos en la práctica clínica o en el afán de destacar sobre las capacidades de otro compañero. Lo que en cierta manera reproduce lo aprendido en las sesiones clínicas durante la residencia.

(M-1) A veces en la sesión te pones a discutir del sexo de los ángeles, y cada uno intenta sacar el pecho por algunas cosas, demostrar lo que a lo mejor no tienes que demostrar, lo que suele pasar en las relaciones interpersonales, y las sesiones clínicas terminan muchas veces siendo eso, teniendo que demostrar algo que a lo mejor está de más... Entre nosotros, los médicos, hay varios grupos de edad, y cada uno intenta tirar de donde está. Que no está mal, pero llega un momento en que eso es contraproducente, los nuevos pensamos de una manera y la gente que tiene un poquito más de experiencia de otra, y el jefe de otra. A veces es difícil.

(M-2) En las unidades es muy competitivo, sí. Y si no es competitivo por quien es mejor, si porque no se note la diferencia, ahí sí que se puede ser competitivo, en mantener un nivel, en mantener el tipo. No en cuanto a dejarlo al otro por debajo de ti, porque yo lo hago mejor, pero en que todos sigamos un nivel, en eso sí que hay competición. [...] Y por orgullo o porque luego cuando estas sufriendo con un enfermo tú solo, te sirve. En algunos será por orgullo en otros será por el enfermo, cada uno tendrá sus motivaciones para ser mejor que el compañero. Esa es la motivación, pero el resultado final es que a todos (que alguno hay de vez en cuando que no sabes que hace aquí, que ves que no le interesa, pero son los menos, la mayoría de la gente que viene a lo nuestro viene convencida o por lo menos con una idea razonable de lo que esto), nos deforman.

En las guardias hay un médico solo, y está claro quien tiene que tomar las decisiones clínicas, por otra parte esta “soledad” durante la guardia hace necesario un mayor apoyo en los demás (auxiliares y enfermeras), lo que modifica en gran medida la forma de relacionarse, de comunicarse, incluso el nivel de exigencia y de premura, ya que es más frecuente consensuar con el “resto del equipo” en qué momento se puede realizar una determinada actividad, como por ejemplo un ingreso, coger una vía central

a un paciente, etc. También como reconocen nuestros informantes, los médicos tienen la necesidad de apoyarse en el personal de enfermería, por lo que valoran el que los enfermeros posean conocimientos y la experiencia.

(M-2) Por las tardes está más claro porque solo hay uno, la clave que está tiene muy claro a quien tiene que consultarle... Por las mañanas no queda muy claro. Por las tardes no hay ningún tipo de discusión es más sencillo, todas las ordenes están muy claras, y no necesariamente buenas, pero como no hay discusión ninguna, si fuéramos 2 de guardia que no pensamos de manera idéntica, pues ocurrirían esas cosas, eso provoca que al compañero le dé la sensación de que el trabajo en equipo no funciona... El personal lo tiene mucho más sencillo, y eso es otro motivo del trabajo en equipo distinto.

- **Reparto de tareas y de responsabilidades: La división del trabajo y la gestión del tiempo.**

Aunque en los enfermos ingresados en UCI es difícil prever cual será su evolución clínica, la dinámica general de la unidad está marcada por actividades rutinarias y pautas protocolizadas, que estructuran los espacios y el tiempo, aunque con frecuencia se vean alteradas y se produzcan modificaciones para adaptarse a las nuevas situaciones y necesidades agudas de los pacientes.

La distribución del trabajo se hace de forma flexible y constituye el ritual con el que se inicia la jornada. Lo primero es el cambio de turno en el que cada profesional saliente cuenta al entrante todo lo referente a los pacientes que ha llevado (diagnóstico, incidencias de turno, peculiaridades a tener en cuenta, tratamiento, etc.), más otros aspectos generales del servicio que puedan ser de interés (incidencias con aparatos, déficit de material, medicaciones pendientes de reclamar a farmacia, etc.). Cada grupo profesional realiza este ritual: enfermeros con enfermeros, auxiliares con auxiliares, médicos con médicos y celadores con celadores. Una vez finalizado el pase de turno se procede a una puesta en común de los pacientes, cada uno cuenta lo que le han contado y con todo se hace una provisión de las cargas de trabajo y se reparten los enfermos. Este ritual también tiene sus peculiaridades según la clave, ya que hay unas en las que la puesta en común es conjunta entre auxiliares y enfermeros, pero hay otras en las que se produce por separado, esto fundamentalmente se ve en las mañanas, donde los

enfermeros la realizan en el control, y las auxiliares la realizan con frecuencia en el estar. Posiblemente esta separación también este propiciada por el número de personas que se concentran, que dificulta el que puedan estar cómodamente todos compartiendo las informaciones (no hay sitio ni sillas para todos), y porque con frecuencia se ocupa más tiempo en las explicaciones. Imponiéndose dos ritmos diferentes (a primera hora de la mañana), las auxiliares se reparten las tareas en el estar mientras toman un café, incorporándose a continuación a sus tareas programadas, antes de iniciar los aseos y demás cuidados a cada paciente con los enfermeros. Y los enfermeros se reparten el trabajo en el control e inician sus tareas, tomándose el café después de estas, y posteriormente iniciando el aseo con la auxiliar en cada box. Como vemos incluso el tiempo de intercambio que supone el café tiende a polarizarse en las mañanas por el distinto ritmo de trabajo, en las tardes la hora del café es un momento de confluencia de casi toda la “clave”, en el que con frecuencia participan algunos médicos de guardia. Mientras que en las mañanas, los médicos bajan juntos a tomar el café a la cafetería en lo que constituye generalmente una introducción a la sesión clínica (el médico de guardia comenta las incidencias que ha tenido el día), y el resto del personal entra por grupos al “estar” a tomar el café, según lo van permitiendo las tareas que tienen signadas.

(E-1) *Yo creo que lo hacemos bien, porque normalmente repartimos en función de la carga del paciente, que eso más o menos lo hacemos bien, para que uno no lleve mucha carga y otro que lleve poca, y luego hacemos, bueno yo lo hago, que cuando vengo por la mañana cojo un paciente, y luego lo sigo llevando en la tarde-noche. Me gusta eso para llevar el seguimiento en esos dos días del paciente, si se ha ido cojo otro, pero eso me gusta también como lo hacemos. En otros sitios tu llevas el 12, 13 y 14, y sean más duro de llevar o menos, llevas esos. Aquí lo hacemos así para no llevar mucha sobrecarga.... Yo creo que esto lo hacemos muy bien aquí.*

(E-2) *Nosotros repartimos en función de los cuidados que necesita el paciente. Como por ejemplo si está aislado, pues..., en función del paciente...si tiene “bichos”⁸⁸, pues el que menos tenga para no pasarlos a otros...las cargas de trabajo, las necesidades... es flexible.*

⁸⁸ Se refiere a microorganismos patógenos contagiosos.

(A-1) *No hay un buen reparto del trabajo, nos falta todavía. En el reparto hay que tener claro lo que se quiere hacer con un servicio, y tener claras muchas cosas que no tenemos claras, que venimos y a veces nos sentimos perdidos. Yo veo falta de información, que se ha tenido en un tiempo, no se ha seguido practicando por circunstancias y falta de interés por nuestra parte de informarnos, de hacer grupos, la tarea no está terminada, esta que la has cogido, que la has aprendido, que la has soltado que la ha vuelto a coger, que la has olvidado.*

(A-5) *Las responsabilidades yo creo que sí, que la gente si tiene la responsabilidad de hacer su trabajo y que el reparto es el adecuado.*

(C-1) *Yo creo que sí, se sabe lo que tiene que hacer cada uno, que el trabajo está bien organizado, a lo mejor hay momentos de confusión, pero pronto se vuelve a organizar.*

(C-2) *Yo creo que si hay un buen reparto de actividades y responsabilidades, yo sobre todo el trabajo en equipo veo que en el momento en el que hace falta, aparte de lo de diario que cada uno sabe lo que tiene que hacer y donde tiene que estar, en el momento en el que haga falta, no tienes que mirar lo que es tuyo y lo que no es tuyo, tienes que apoyar al equipo y hacer lo que tengas que hacer en ese momento, y yo creo que eso sí. [...] Si yo he visto esa colaboración cuando hace falta.*

La división del trabajo entre los distintos grupos de trabajadores está marcada por sus funciones legalmente reconocidas y de las que hablamos en capítulos anteriores, sin embargo, como bien reconoce también la ley, existen múltiples zonas limítrofes con tareas que son asumidas y delegadas por unos y por otros según la situación, pero también hay una distribución diferente a la que puede haber en otro servicio del hospital e incluso en otras UCIs (en el anexo VIII se aportan datos de personal y número de camas de otras UCIs de la región). En este sentido es aplicable lo que la ley de ordenación de las profesiones sanitarias señalaba como “pactos interprofesionales”, gran parte de los cuales no están recogidos formalmente a través de documentos escritos, sino que forman parte de una imagen mental compartida de lo que puede hacer o no cada cual, marcado por la costumbre y el sentido de ayuda mutua, que genera expectativas sobre la actuación de uno mismo y de los demás, pero también sobre lo que es o no correcto que asuma cada uno. Y que hace que queden algunos espacios en tierra

de nadie, con una cierta indefinición de quién tiene que asumir determinadas funciones o tareas en algunos momentos (Xyrichis y Lowton, 2008).

(E-3) *Sí que pienso que hay cosas que son individuales, pero hay otras que son compartidas, y que esas son las que si yo las asumo, la otra persona se las quita de encima y le da de lado. Y si no las asumo, hay ahí un... ¿lo haces tú? ¿Lo hago yo? Entonces ¿si están bien divididas? , a lo mejor se podrían dividir mejor.*

(E-1) *Sí, sí está claro, en general está claro lo que tiene que hacer cada uno. Lo del Hospital está ahí en el aire, la auxiliares tiene que limpiar las piezas pero el montaje y el ciclado es nuestro. Bueno hay bastantes cosas, los electrocardiogramas son nuestros también, no sé porque lo hacen las auxiliares, y luego la toma de constantes también sería nuestra menos la diuresis y temperatura, creo yo, pero no sé porque está eso asignado así, llegue aquí y lo pregunte. [...] Yo cuando viene alguien nuevo, lo pienso ¿lo habrá hecho bien?, porque no lo saben eso. Yo no sé el motivo de porque está así instaurado.*

(E-6) *Si, si está claro lo que pasa es que a veces la auxiliar hace cosas de enfermería, y a veces la enfermera hace cosas de la auxiliar, colaboramos.*

(M-1) *Las funciones están claras, otra cosa es que cada uno quiera interpretar como están esas funciones, o creo que cada uno sabemos lo que tenemos que hacer, otra cosa es que lo hagamos.*

(M-4) *Las responsabilidades y el trabajo no es que esté bien o mal distribuido, es que no está distribuido. Entre el personal de enfermería y auxiliares hay una confusión tremenda. En otros hospitales a las auxiliares no se les permite ni la decima parte de lo que hacen aquí, no pueden escribir ni una sola cosa en la grafica, no escriben, lo ponen en un papel y la enfermera que lleva al paciente las traslada a la grafica. En ese sentido aquí esas responsabilidades o trabajos están completamente mezclados, a mi me llamo la atención cuando vine aquí. Las enfermeras hacían el trabajo de enfermera y la auxiliar el de auxiliares, pero no se intercambiaban unos con otros, eso no se hacía... las funciones están claras, pero se entremezclan. A mí es lo que me llama la atención. [...] Eso si lo hacen, el problema es que a ellas les gusta eso, como les gusta, lo hacen, ellas se creen enfermeras. Y vosotras hacéis trabajo que es de ellas, y que a*

vosotras no os importa hacer. Solapáis el trabajo unos con otros y así hacéis algunos más llevadero el trabajo, yo creo que es por eso.

(A-4) *Yo creo que si lo sabemos lo que tenemos que hacer, que lo hagamos o no... Aunque bueno no, no está definido, la auxiliar, por ejemplo, no tenemos definido hasta donde tenemos que llegar y hasta donde no tenemos que llegar, pero no está definido no solo aquí, sino el papel como auxiliar, estamos entre celador, enfermero, auxiliar y estamos hay mezclado, y no lo tenemos claro, me creo, por eso algunos hacemos más de lo que nos corresponde y otros menos.*

La indefinición en el reparto de las tareas genera confusión en los roles y conflictos propiciados por la idea de que unos trabajan menos que otros, que se agudizan más en los turnos de mañanas donde la concentración de un número mayor de personas posibilita el que se pueda ocultar mejor la “holgazanería social” (Ringelmann, 1913, citado por Infante, 2008: 56) y la disminución del desempeño individual, con la consiguiente dilución de responsabilidades, argumentada por la creencia de que los demás no están realizando un esfuerzo suficiente. En los turnos el acoplamiento en las claves suele tener un efecto contrario, en el que por lo general se establecen relaciones de solidaridad que propician la “facilitación social” (Triplett, 1898, citado por Infante, 2008: 56).

(A-1) *La organización debería de ser de otra manera. [...] Especificar más nuestras tareas... Me gustaría más continuidad, en turno o en mañanas, que las tareas estén más organizadas, como más supervisadas, o que fuéramos todos más responsables a la hora de nuestro trabajo. Porque nosotros mismos somos los que tenemos que decir esto está puesto, si nos toca nos toca y hay que hacerlo cuando hay que hacerlo. Muchas veces lo dejamos porque te sientes que unas tiran más del carro y otras descansan más y se quedan más relajadas. Entonces las que tiran del carro siempre pues se cansan. [...] Las tareas si están claras lo que pasa es que hay gente que no las cumple, entonces la que las cumple deja de cumplirlas, porque dice no voy a ser siempre la misma tonta. [...] ¿Por qué? Porque no se hace por parejo, unos si unos no, y llega un momento que se enfría. Entonces la continuidad de esa labor depende de lo que tu pienses y la conciencia que tú tengas [...] Tiene que haber una unión y una continuación de todos.*

(E-3) *¿Sí es suficiente que cada uno vayamos a lo nuestro, y hagamos como profesionales nuestras tareas? Creo que se puede hacer pero no es lo que a mí me gustaría. Se puede hacer pero yo creo que a la larga la gente no va a estar igual. Se necesita compartir en el trabajo también [...] Me gustaría que todos fuésemos más solidarios en el trabajo. Creo que es porque yo lo necesito.*

(A-4) *Por ejemplo en mi grupo que trabajamos muy en equipo, creo yo, nos llevamos mejor. Yo estoy mucho más tranquila y más a gusto cuando estoy con ellos porque todos colaboramos con todos y hacemos. No decimos como es del otro no lo hago, con los míos no me pasa, entonces me creo que trabajamos más a gusto. [...] Yo me integro más en la manera de trabajo en equipo en mi clave, que en el resto. Yo creo que es la condición, por ejemplo “X”⁸⁹ se ha integrado ya en nuestro equipo y parece que va ya con nuestro ritmo. ¿Por qué? no sé, parece que la gente, da la casualidad que todos queremos trabajar así, colaborando.*

Por otra parte se produce también una confusión de funciones y una reivindicación de aquellas identificadas con “roles de prestigio y técnicos”, frente a “roles domésticos” que producen rechazo y menosprecio. También se genera indignación ante comportamientos que pueden originar actitudes serviles apoyadas en las relaciones jerárquicas y en veladas cuestiones de género:

(A-1) *Cuando no están certificadas que el trapo es de una auxiliar que el mocho es de una limpiadora y que una jeringa es del enfermero, no. Porque yo veo que un trabajo en equipo, no es decir yo trabajo en equipo en todo lo que es del enfermo pero con el material no. Porque el material de farmacia lo utilizan enfermeros, nosotras no, nos pueden exigir el que lo coloquemos, pero el limpiar es de una limpiadora, puedo decir yo. Y no lo digo si mi superior me dice que yo pase el trapo, pues lo mismo que me lo dice a mí se lo puede decir a mi otro compañero⁹⁰, si esta sin hacer nada tenga la*

⁸⁹ Para preservar la intimidad de informante y de la persona nombrada, he puesto X en su nombre, se refiere a un enfermero que se ha incorporado nuevo a la clave y que lleva en ella unos meses.

⁹⁰ Con compañero se refiere al enfermero. Aunque explícitamente no se reconoce diferencias de género en la asignación de tareas, en algunos casos surgen roces por una parte entre auxiliares y enfermeras frente a enfermeros, en relación a quien pone el café o limpia la cafetera por ejemplo. Pero también en las expectativas de ayuda, por ejemplo hay auxiliares que no se sienten molestas si para dar una botella para orinar los llama un enfermero, pero si se molestan si quien las llama es una enfermera. Las connotaciones de género operan inconscientemente en la valoración de las tareas a realizar, y junto con las relaciones jerárquicas, en la asignación de las mismas.

graduación que tenga. Yo he estudiado para estar con mi compañera y saber que con una sonda tengo que tener este cuidado o el otro. Pero a mí no me han dicho, ni en mi casa lo permito que lo hagan mis hijos, que un compañero pele una jeringa y se deje la funda ahí. ¿Yo tengo que ir detrás? ¿Eso es trabajo en equipo? eso es quitarte la mierda a ti, ¡vago! que tú no quieres hacer, que tienes la papelera al lado eso no es ser auxiliar, eso es que tú eres un vago y un dejado. [...] Porque sea auxiliar no quiere decir que yo tenga que limpiar y el enfermero no, o que yo tenga que quitar todo lo que deja el enfermero...Hay gente que necesita "criados" y eso puede quemar a mucha gente...Hay que ser responsable cada uno de lo suyo, porque hay tareas que tenemos en común y hay tareas que tenemos por separado.

(A-5) Yo por ejemplo noto mi formación de antes con lo que yo hago ahora, que también ha evolucionado, porque yo antes era auxiliar y hacia unas cosas y de ahí no salía. Ahora tienes más opciones a trabajar en equipo o a hacer otras tareas, que no son solo las específicas de cada persona. Por ejemplo en planta te reduces mucho más lo tuyo, como está estructurado el trabajo en este hospital tampoco te da tiempo a hacer otras cosas aunque tú quieras, hay plantas que sí, me acuerdo que en cirugía funcionas más con el enfermero a nivel de hacer curas y eso. [...] Y a la misma vez el enfermo se siente mejor cuando ve que hay varias personas que realizan el trabajo que no es solo una persona específica la que va y hace una cosa.

(M-3) No, yo creo que no están bien delimitadas las funciones. Hay campos completamente vacíos, que no sabes muy bien a quien corresponden. Por ejemplo el tema de la limpieza de un box, la barandilla es de la limpiadora, las bombas ¿de quién son? Hay mucha dificultad, hay campos que están muy en blanco, y otros solapados:

- ¿Por qué tiene que apuntar una diuresis una auxiliar o una enfermera, o recoger en una gráfica una constante? eso no está claro. Yo creo que eso habría que delimitarlo... Yo no sé si eso está escrito en algún sitio. No sé si hay algún estatuto⁹¹ [...] Es

⁹¹ Como vimos al hablar de las funciones de los trabajadores, las funciones están recogidas de forma general, correspondiendo a los propios centros la concreción de las tareas a través de “pactos interprofesionales”. Esto hace que la asignación de tareas sea variable de unos centros a otros, incluso dentro de un mismo hospital varía de unos servicios a otros (debido tanto a estos “pactos”, como a la variabilidad de las tareas a realizar y a la diferente asignación de recurso humanos). Recordemos que las funciones de los celadores están recogidas en el Estatuto de Personal no Sanitario de 1971 (BOE 174:12018), las funciones de auxiliares de enfermería los artículos 74 al 85 del Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de la Seguridad Social de 1973, y las funciones de médicos y enfermeras en la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

necesario que cada estamento tenga muy claro lo que tiene que hacer y que asuma su responsabilidad, lo que ocurre es que dentro de cada estamento (como en todos los sitios en la vida), hay personas, yo no voy a decir más validas, a lo mejor con otras cualidades, y son capaces de hacer algo para lo que en principio, teóricamente no era su parcela, pero lo hacen y lo hacen muy bien. Igual lo hacen mejor que otro que si que está titulado académicamente para hacerlo, yo creo que eso depende mucho, si tú tienes una auxiliar muy buena trabajando contigo, te vas a fiar mucho de si un respirador pita o no. Igual que yo dependiendo de con quien este, pues estoy más relajado o menos relajado, porque sé si el enfermero me va a avisar o no.

(A-1) El problema de hacer cosas hombres o mujeres no sería ya con el enfermo, sería más fregar los platos, en el enfermo yo creo que no, a la hora de recoger y todo eso algunos sí. Algunos da igual hombre que mujer, dejamos todo, por ejemplo cuando hacemos lo de la medicación, ahí hay gente que abre cosas, y ¡hay esta todo!, y tiene un cubo al lado o puede recoger lo que le sobra, eso no tiene porque ser de nadie y si embargo no, está ahí que alguien vendrá y lo recogerá. Ya no sé yo si somos todos o más hombres que mujeres, hay hombres que da igual, que trabajan bien y no se diferencia mucho de lo que estamos acostumbradas las mujeres a recoger, otros menos. [...] En algunos sí, pero te pones a pensar pero también hay alguna mujer de nosotras que actuamos como esos hombres también, que alguien venga detrás y lo haga. [...] También en nuestro estamento que es el que recoge también hay quien se lo deja. Es de cada persona como sea.

Surgen cuestiones como la implicación en el trabajo y su relación con la participación, la planificación conjunta, la motivación y la valoración del trabajo, destacándose la argumentación de que el trabajo quede reflejado en los documentos del servicio para que sea visualizado y reconocido:

(E-3) Cada uno sabe lo que tiene que hacer, otra cosa es que se pudiera distribuir de manera que todos nos implicáramos más, que no hubiera tanta dirección sino más colaboración... Por ejemplo tareas que pueden ser interdependientes, pero que no constan en ningún sitio, entonces ellas⁹² no lo ven así, y nosotros estamos con ellas para todo. En cuanto a auxiliares, hay gente que se implica, y no le importa, pero

⁹² Cuando habla de ellas, se refiere a las auxiliares.

hay gente...Yo se que este problema no lo podemos solucionar porque es personal. Pero ¿es que lo mío y estrictamente lo mío! Y eso es falta de motivación... A lo mejor ellas se sienten, que como no está reflejado, a lo suyo no le damos más importancia. Y poniéndoles sus tareas más a la vista, o como compartidas, a lo mejor... ¡Que es con las que más en equipo funcionamos!, que tampoco hay tantísima diferencia, hay casos como en todos lados. Pero que vamos a hacer, unos días venimos de una manera y otros días de otra. Pero con respecto a si eso se podría traspasar a nivel facultativo, lo veo más complicado.

(A-4) Por ejemplo hemos tenido un poco de lío entre las auxiliares por no querer comunicarnos por la libreta⁹³, yo si lo veo bien que lo hagamos, es una manera de poner también nuestro trabajo por escrito, no como decían algunas compañeras que ya lo ponía la enfermera que para que queríamos escribirlo nosotras, pero es que nuestro trabajo también debemos reflejarlo, yo cuando llego y me cuentan seis enfermos, lo voy oyendo pero después no me acuerdo del detalle, si lo tengo escrito, yo creo que es mejor así.

Como vemos el reparto de las tareas trae consigo la cuestión de qué y cómo delegar, que como veíamos en el apartado anterior es de especial trascendencia en situaciones de emergencia o de sobrecarga de trabajo. Qué delegar y en que situaciones tampoco está recogido formalmente, dependiendo por una parte de las personas (sus cualidades, formación y capacidades) y de las relaciones de confianza generadas entre ellas. Y también de la circunstancia, en ocasiones la sobrecarga de trabajo, la situación de emergencia hace necesario una redistribución de las tareas y funciones más flexible. El trabajo de Huercanos (2010) encuentra que la escasa diferenciación entre el trabajo de enfermeras y auxiliares fomenta la desorganización en el trabajo y puede tener como consecuencia tensiones y aumento de niveles de estrés que afecten negativamente en el ambiente de trabajo.

⁹³ Las auxiliares escriben su relevo e incidencias en una libreta, cada auxiliar tiene que relatar lo destacado de los pacientes que ha llevado y firmarlo, además de otras cuestiones referentes a material, limpieza, reposiciones y aparatos, generales del servicio. Se trata de un documento extraoficial, de valor a nivel interno. Los documentos oficiales de la historia clínica son cumplimentados por los médicos y la gráfica de enfermería (aunque en ella registran algunos datos las auxiliares) es responsabilidad de la enfermera y es firmada por esta, aunque con frecuencia pone el nombre de la auxiliar con la que ha trabajado con ese enfermo.

(A-6) *Yo creo que algunas veces las auxiliares tenemos unas responsabilidades que no deberíamos de tener, lo mismo que te digo que deberíamos de tener más información en muchas cosas. Pero algunas veces tenemos responsabilidades que no es competencia nuestra, que no debería de ser... Yo creo que muchas veces no somos conscientes de la responsabilidad que tenemos, creo, hay gente que sí, pero veo que hay gente que no. Quizás asumes una responsabilidad y no sabes las consecuencias, por falta de información, precisamente. Porque a lo mejor si sabes lo que se está haciendo y por qué, pues igual no coges esa responsabilidad, no lo harías. Pero también es responsabilidad de los que están alrededor, el dejarte o no esa competencia. [...]* También hay cosas a nivel particular que se dejan, no sé por qué, por comodidad de los demás, no lo sé por lo que es, o a lo mejor querer destacar por algo, o agradar al otro, pero algunas veces se cogen competencias que no deberían ser.

(E-3) *Yo se que si yo se lo digo, ningún problema, con las compañeras que tengo ahora mismo como auxiliares, no tengo ningún problema , pero hay gente que sí, que esos detalles, son poquicas pero...hay otras que piensan que no es función ni delegada ni nada, que no es su función. Pues yo no digo nada a nadie, pues ya no estamos trabajando tan en equipo. Ante eso, ¿qué solución? Darle otra vez una lista de tareas, las que son compartidas y las que son estrictamente de... Pues, ¿no se? [...]* ¿Va a favorecer el trabajo en equipo que hagamos esos recordatorios?, pues a lo mejor no, pues hay gente que va a decir que queremos que hagan más y nosotros menos. Por eso te digo que es complejo, muy complejo.

(E-5) *La relación de nosotros con las auxiliares, por lo menos a nivel personal mío, yo creo que es buena. Pero bueno, yo creo que el trabajo está bien. Ellas hacen funciones por encima y nosotros hacemos funciones por debajo también, y yo creo que está bien, que no sería bueno que fuéramos tajantes, tampoco es bueno que sean ellos tajantes con nosotros. Es un poco tú me das, yo te doy.*

La ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003, p. 41447) hace referencia a los requisitos necesarios para la delegación:

Dentro de un equipo de profesionales, será posible la delegación de actuaciones, siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse. Condición necesaria para la delegación o distribución del trabajo es la capacidad para realizarlo por parte de quien recibe la delegación,

capacidad que deberá ser objetivable, siempre que fuere posible, con la oportuna acreditación.

En la UCI la delegación de tareas a la auxiliar es mayor que en otros servicios, esto puede estar motivado por la gran cantidad de trabajo técnico que estas unidades demandan, y por otra parte, cuidados que en otras plantas son realizados solo por las auxiliares como los aseos o los cambios de sábanas de las camas, aquí se realizan de forma conjunta entre auxiliar y enfermera, el tipo de paciente hace necesaria la supervisión casi permanente de los cuidados, movilizaciones, etc. por la enfermera, lo que hace que normalmente su carga de trabajo además de con estos cuidados básicos, se acreciente con un gran número de tareas interdependientes y de cuidados de colaboración⁹⁴: las curas, las actualizaciones y administración de tratamientos etc.

(A-4) Es posible que se favorezca el trabajo en equipo aquí. Porque yo en los servicios de aquí en el hospital se partía mucho más el trabajo, aquí vamos más en equipo que se va en el resto de las plantas donde yo he trabajado. [...] Por ejemplo en trauma, nadie hace nada de la auxiliar, ni la auxiliar hace nada del enfermera, está muy separado, aquí no, a mi me gusta más así, pero no sé el motivo.

En cuanto a la priorización de las actividades la mayor parte de los profesionales coinciden en afirmar que se hace teniendo en cuenta en primer lugar las necesidades del paciente, pero el personal de enfermería considera que aún en los aspectos donde no hay urgencia y es necesario, el criterio médico prevalece. Se hace patente como afirma Uribe (1994: 145) una diferenciación en el acceso al tiempo y a los espacios que se “produce por y reproduce la distinta posición de cada trabajador en la gestión de procesos asistenciales”. El médico determina el momento del diagnóstico y tratamiento, la presencia o no de enfermedad, las acciones a instrumentar.

(E-3) Lo que diga el médico en el tratamiento va a misa, se hace lo primero, sus decisiones cuentan mucho. Se debería de mirar la cara al enfermo antes de hacer determinadas cosas y ver si necesita algo, pero a veces no se hace, se sigue el papel.

(E-1) Me gustaría, y lo intento organizar mi trabajo según las necesidades del

⁹⁴ Se considera cuidados de colaboración o interdependientes a aquellos que no son cuidados de enfermería independientes por derivarse de tratamientos, procedimientos o diagnósticos médicos y ser actividades delegadas por los médicos en las enfermeras.

paciente pero muchas veces por la organización del servicio no se puede, por ejemplo, viene un ingreso y te tienes que dejar a ese paciente, por cómo está el servicio. Depende de la carga de trabajo que una tenga. [...] Creo que aquí las actividades que tienen prioridad son las interdependientes y delegadas, las actividades van dependiendo de los "mandatarios". Vamos organizados más o menos al son que ellos mandan.

(E-2) Aquí son las delegadas las prioritarias..., y luego claro las propias..., pero yo creo que aquí las delegadas son... medicaciones, pruebas, yo que sé. Son más... Por el tipo de enfermo que estamos tratando, entonces es más importante que tú le pongas una medicación que a lo mejor está pautada, lo importante, quiero decir, porque la vida del enfermo va en ello.

(A-5) Normalmente lo veo más basado en los criterios médicos. Lo que yo veo aquí es mucho siempre lo mismo. No sé porque a todos los pacientes tienen que medirse horariamente todas las constantes, eso yo no lo había visto tampoco. Predominan los criterios médicos más de la cuenta, creo yo. Y hacemos mucho de repetir las mismas cosas también por el tipo de enfermo [...] El tipo de enfermo influye a la hora de trabajar, y a veces también influye quien lleva al enfermo, aquí se repite mucho lo mismo, por norma, por costumbre. Todos llevan lo mismo, los mismos cuidados. Yo creo que también hay que avanzar un poco y cambiar un poco las técnicas y la forma de hacer, no tratar a todos los enfermos igual, no son todos iguales.

(A-1) Para organizarme el trabajo primero veo al enfermo, tengo que tener en cuenta el protocolo, que facilita mucho el trabajo, organizando el trabajo [...] Cuando nos hacemos el reparto de enfermos lo primero que hago es entrar al box, miro al paciente para ver como está, lo valoro y miro alrededor hasta los sueros. Y empiezo por mis tareas, que las tengo organizadas. [...] Y que el trabajo se saque lo antes posible y bien. Voy planificándome las cosas.

(M-1) Cuando tenemos que coger una vía, queremos hacerlo antes de que acabe el turno, pero claro necesitamos ayuda, y muchas veces no nos acordamos que tenemos que pedir esa ayuda, y no valoramos el que estéis con tal o cual paciente, o que estéis agobiados de trabajo.

Como hemos podido apreciar en la organización del trabajo priman las decisiones

médicas, surgiendo en muchas ocasiones problemas en la coordinación de las actividades entre los distintos colectivos, por una parte por la dificultad de romper las rutinas de trabajo, y por otra por la falta de comunicación y de previsión en relación a las expectativas de trabajo, que ya son conocidas por los médicos pero que no son comunicadas al resto de personal, produciéndose tensiones ante situaciones no urgentes⁹⁵ y programables que podrían solucionarse y coordinarse fácilmente con un intercambio de información sobre las expectativas de trabajo de ese turno:

(M-2) *Por ejemplo en las mañanas que es cuando más cosas se hacen habitualmente, hay ciertos hábitos, formas, que no hay manera de cambiar, ciertas rutinas mañaneras, a pesar de que la demanda de trabajo urgente está ahí. [...] La filosofía esa de que por las mañanas tiene que estar todo hecho, yo creo que es un error. Creo que está reforzada las mañanas para que se hagan muchas cosas pero hay mañanas que son demenciales, y lo 1º son los enfermos y las bocas para luego, y las curas de ciertas cosas también van luego, entiendo que hay que hacerlas. [...] Pero a lo mejor no hay una comunicación de las expectativas de esa mañana... Nosotros las expectativas no son solo por los pacientes de la UCI, yo tengo 9 camas, y el que sale de guardia me dice: - Tienes en la puerta de urgencias esto y esto. Y yo me marco unas expectativas de huecos-enfermos, cuando no tenemos camas, como es muy frecuente, tenemos que jerarquizar lo que es importante y lo que no [...] Unas veces son urgencias, que en un momento se llena la unidad, pero otras veces es un problema de que nosotros no lo decimos, y eso se puede hacer... Eso sí se podría coordinar sin ninguna duda, y no lo hacemos... Las cargas de enfermería nosotros a veces las banalizamos.*

(E-2) *Sí, sí en la organización del trabajo influye el turno, además yo creo que más bien es por ellos, por los médicos, porque luego también tu vienes un fin de semana, o en el verano incluso, y es diferente las mañanas que es cuando más lío hay. Yo creo que son ellos, que cada uno te pide una cosa, todos salen a la vez, hay una avalancha, no respetan que estas con las higienes, que también son importantes, ¿no sé?... yo creo que son ellos. [...] Los médicos muchas veces no son los mismos,*

⁹⁵ En las situaciones urgentes no se producen estos cuestionamientos, ya que se entiende que las actuaciones se tienen que llevar a cabo de manera inmediata. Los conflictos aquí pueden surgir por la presión del tiempo, la falta de pericia técnica o de material.

empezando por ahí. De mañanas por ejemplo hay unos que sí, pero hay otros, que son diferentes, claro como están ellos solos y son ellos los que tienen que hacerlo todo, pues te dejan, - bueno, ahora, cuando podáis, no sé cuantos, - Y por las mañanas son unas exigencias que dices tú, - ¡pero bueno!... Yo lo he notado.

(E-1) *¿Sabes? es que desde que llegue aquí tengo la sensación de que los médicos creen que nosotros venimos aquí a no hacer nada, yo creo eso, y por ello estoy un poco negativa hacia el equipo médico. Por eso, porque se han manifestado, que a mí me lo han dicho, que aquí enfermería no trabaja al 100%, cuando yo veo que sí, que por lo menos yo vengo y hago todo lo que puedo, desde que entro hasta que me voy. Por eso estoy un poco negativa con ellos. No veo buen filin, en cuanto a la valoración que ellos hacen sobre nosotros. [...] Una viene aquí y no sabe qué hacer para caer en gracia, para caer bien, porque parece que te están midiendo con cuentagotas. Nunca me había pasado en otro servicio, también porque ellos van por su lado y por otro está la enfermería. Aquí como estamos tan juntos, que esta esto cerrado, pues también será por eso. Pero nunca me había pasado en ningún servicio que a mí me juzgue el médico. Si yo vengo a trabajar. Yo hago lo mío y tú haces lo tuyo. ¿No sé? pero parece que ellos no están contentos con el equipo. Y con los suyos también hay...*

Dentro de cada grupo se originan prejuicios y estereotipos con respecto a los otros, apreciándose los médicos y el personal de enfermería, en los turnos de mañana fundamentalmente, como dos grupos que trabajan en paralelo. Los médicos marcan las pautas ideológicas de la unidad (Pallares, 2009, p. 85). Por su parte las enfermeras son las responsables del binomio cuidar-curar que implica el trato directo con los enfermos y las familias. Gestionan autónomamente una enorme gama de cuidados, necesarios para la compleja atención de los pacientes en estos servicios, como las llama Cruces (2006, p. 98) son “las manos del sistema”. Lo que implica la asunción de la mayoría de las cargas de trabajo durante las 24 horas del día, en turnos de mañana, tarde y noche. Pero como afirma Pallarés (2009, p. 89) “a pesar de su papel estratégico cada vez mayor, en su labor cotidiana la enfermería sigue representando un rol de «independencia subordinada» al médico”.

(E-1) *En mis intervenciones de enfermería, sí puedo tomar decisiones de forma independiente. A lo mejor si vengo una mañana pregunto cómo se le está haciendo, por ejemplo una cura, pero por seguir haciéndolo igual, pero si lo hago la primera vez,*

decido yo como voy a hacerla, yo creo que sí puedo tomar mis propias decisiones...

(E-2) *Hombre hay decisiones que si son independientes, por ejemplo fijar la sonda aquí o aquí, por ejemplo eso lo haces tú... Lo que es propio de enfermería tú puedes decidir...y de hecho sí decides.*

(M-2) *Es cierto que ciertas decisiones son nuestras, ahí no hay más que decir, pero hay otra serie de cosas, algunas son cuidados y otras no son cuidados, otras sois vosotros.... Si que a veces vosotros rectificáis y cambias, y luego casi todos los cuidados son cosa vuestra, sois vosotros los que lo miráis y lo hacéis. Vosotros tenéis una parte de decisión en el tratamiento, y según lo que veis sugerís que lo vea el cirujano, etc. Algunas cosas sí que son vuestras sin ningún tipo de duda.*

Celma (2007, p. 251) pone de manifiesto como desde la propia enfermería también “se priorizan categorías cuyas funciones se realizan ejecutando ordenes de otros”, motivado en gran medida por la valoración de estas a nivel social, por médicos (como grupo de referencia), gestores y pacientes, ya que son las que explícitamente se exigen. Esto hace que normalmente se antepongan a las tareas propias e independientes, del cuidado, consideradas como femeninas y domesticas. De manera que **muchos cuidados y valoraciones propias** con frecuencia no son reflejados ni registrados, como si no fueran lo suficientemente importantes, en muchos casos como si no existieran, son como lo denomina Huercanos (2010), “**cuidados invisibles**”⁹⁶. Lo que se ha puesto de manifiesto también en la observación participante, en la que con frecuencia son auxiliares y celadores los que proporcionan compañía y consuelo a los pacientes.

⁹⁶ Esta autora considera como cuidados invisibles desarrollados por los profesionales de enfermería los relacionados con el uso de estrategias comunicativas para el cuidado emocional de pacientes y familiares, la elaboración de estrategias terapéuticas creativas para atender las necesidades de cuidado en relación al confort, la intimidad y el alivio del dolor. La gestión y coordinación de recursos (llamadas a otros servicios para coordinar actividades, reclamar materiales y pruebas, etc.).

Explica que las enfermeras tienen muy interiorizado y automatizado su trabajo diario, siendo posible que no destaquen estas actividades por ser muy habituales, aunque las actividades interdependientes si quedan reflejadas, aun siendo también habituales.

Los motivos para que estos cuidados permanezcan invisibles son diversos, entre otros el rol que el sistema y la sociedad espera de las enfermeras (asentado la división sexual y jerárquica del trabajo, y la consideración del saber biomédico). Pero también “la falta de exhaustividad en los registros enfermeros que omiten gran cantidad de cuidados profesionales, haciéndolos invisibles”, siendo las propias enfermeras las que “no reflejan gran parte de su trabajo, limitándose a registrar los aspectos que tienen que ver con las tareas técnicas y delegadas de la medicina” (Huercanos, 2010).

Vemos la importancia que se otorga a las tareas de colaboración en el ámbito hospitalario⁹⁷, especialmente en la UCI que es uno de los lugares donde su importancia queda más patente, ya que la ejecución de procedimientos técnicos, la aplicación de tratamientos, la vigilancia de síntomas y signos que permitan detectar precozmente complicaciones y problemas, ocupa gran parte del tiempo de trabajo y aporta una valiosa información para la toma de decisiones clínica y la atención al paciente, tanto para otros profesionales, fundamentalmente los médicos, como para los propios enfermeros.

(E-7) *Aquí creo que va enfocado a la orden médica, de lo que son las necesidades del paciente, no lo veo yo muy reflejado, dependiendo de cada uno, de quien lo lleva. Cuando decimos de hacer un plan de cuidados o una valoración, todos lo hacemos, lo que pasa es que no lo reflejamos. Mucho del trabajo que hacemos con un enfermo no lo reflejamos en la gráfica, pero claro que lo hacemos. Aquí lo que se ve, lo que está reflejado en papeles, es la orden médica y la gráfica del paciente, es lo que veo... Las necesidades del paciente se suplen, estamos con ellos, pero no lo reflejamos. [...] Priorizamos mas bien, las tareas delegadas, las de ellos, las nuestras las hacemos cada uno las que vea, como no están escritas...pueden haber fallos, olvidos, puede haber de todo.*

(M-1) *Muchas veces tiene que ser compartida la decisión. cuando tomo la decisión de hacer algo con un paciente, me tengo que nutrir no solo de lo que veo, porque yo veo al paciente puntualmente **x tiempo**⁹⁸ durante una guardia, pero vosotros que sois los que estáis más tiempo con el paciente nos podéis nutrir de más información, entonces yo sé cómo está el paciente, y muchas de las decisiones que tomo*

⁹⁷ Collière, (1993, p. 294) afirma que según las características de los servicios sanitarios, las competencias de las enfermeras pueden superponerse a las competencias del médico hasta tal punto que pueden correr el riesgo de invadir casi totalmente el campo de actuación de enfermería dejando poco sitio “a todo lo relativo a los cuidados para el mantenimiento de la vida”, delegando así las enfermeras a su vez estos cuidados a otro personal, como vemos en la UCI (pero también en otros servicios), a las auxiliares de enfermería, según Collière, (1993, p. 128-130) esta delegación se hace “bajo la forma de tareas que no tienen relación entre sí, empobrecidas por su carácter puntual y parcelario”. La autora considera que esto es motivado también por la propia valoración de la enfermería de la técnica a la que se le atribuye un valor mítico de poder, distinguiendo entre “tareas nobles” (basadas en habilidades técnicas, delegadas e interdependientes) y en “tareas secundarias o subalternas” (los cuidados basados en el contacto humano).

⁹⁸ Este facultativo reconoce que el tiempo que pasa con el enfermo es un tiempo variable y siempre inferior al que pasa el personal de enfermería, que son los que están en contacto directo con el paciente las 24 horas del día.

van en base a lo que me decís vosotros como ha estado en la guardia [...] Si yo estoy aquí metido y no lo tengo en cuenta, pues a lo mejor al día siguiente cuento una cosa que no es.

De manera que a nivel general esta asumida esta “independencia subordinada” como un factor positivo que posibilita tomar decisiones dentro del propio trabajo.

(A-1) En muchas tareas que no esté implicado el enfermo puedo tomar mis decisiones yo sola, pero si le puede hacer daño al enfermo yo me paro, cuando tengo la más mínima duda se lo comento a mi superior, en este caso el enfermero o el médico que pase. [...] Si en ese momento no me siento capaz o segura, me paro y pregunto, aunque me digan que si estoy atontada.

(E-5) Las tareas que tienen más peso son las delegadas, lo que es nuestro trabajo, nosotros, si te fijas, decidimos pocas cosas. Tenemos nuestro tratamiento médico que es el que seguimos. Si que luego puede ser que tú subas o bajas la medicación, pero en realidad eso también está puesto en el tratamiento... Pero luego, lo que nosotros tenemos que hacer como por ejemplo llevar bien lo de las úlceras por presión, pues depende de la necesidad que tengas tú o de tú forma de ser, lo llevas mejor o lo llevas peor. Pero yo creo que dependemos casi en todo de los que nos mandan. Aunque nosotros también podemos hacer muchas cosas, de hecho algunas las hacemos, pero fundamentalmente lo que nos mandan. Creo que eso es por el tipo de enfermo... Sé lo que tengo que hacer sin que nadie me diga nada, también un poco por la experiencia, de lo que sabes, según lo que nos ponga el tratamiento, es una pauta médica.

- **La toma de decisiones, liderazgo y participación.**

La organización cuenta con diferentes niveles jerárquicos a través de los cuales fluyen las normas, directrices y objetivos generales, y se controlan la forma en la que se realiza el trabajo y se coordinan las actividades. En el hospital se produce una graduación de roles y funciones que van desde arriba hacia abajo: gerente, director, subdirector, supervisor de área, jefe de unidad, jefe de sección y supervisor de unidad. Lo que determina distintos niveles de toma de decisiones y de liderazgo formal.

En este apartado me voy a centrar en la toma de decisiones en los procesos internos de la unidad, aunque teniendo también en cuenta la apreciación de los informantes sobre cómo influyen los altos directivos en la gestión y organización del trabajo en la UCI.

La mayor parte de las decisiones que se toman en la UCI afectan y necesitan la participación del resto de personal de la unidad, pero estas decisiones, y las formas de llevarlas a cabo nos vienen dadas desde la jefatura. La jerarquización en este sentido está clara: jefe de servicio-médicos-supervisor-enfermeros-auxiliar-celador. En esto influye la titulación académica, la institucionalización de cada profesión y su reconocimiento desde la organización y a nivel social, y el grado de responsabilidad legal que debe asumir cada cual, y que a su vez queda reflejado en los documentos legales que se incluyen en la historia clínica de cada paciente:

- El médico es el máximo responsable del estado clínico del enfermo, el que firma las prescripciones, informes y tratamientos.
- La enfermera es la responsable del cuidado del enfermo y es la que firma la gráfica de enfermería, donde se registra todo lo que se le administra al paciente y todo⁹⁹ lo que ella y la auxiliar le hacen.

En la toma de decisiones podemos diferenciar varios niveles, por una parte el que afecta al propio trabajo independiente, que tratamos en el apartado anterior en el que los informantes expresan que si tienen independencia, una independencia subordinada, siempre que no haya otras cuestiones urgentes, o consideradas como tales por los facultativos. También consideran que la forma de organización del trabajo se basa en parte a la costumbre, y al establecimiento de normas implícitas institucionalizadas a través del tiempo.

(E-6) Sobre lo que yo tengo que hacer, las decisiones si las puedo tomar, lo que pasa es que muchas veces busco el consenso con los demás, pero si las puedo tomar. Lo que yo tengo que hacer si puedo decir: esto lo hago así.

(A-5) Yo creo que a veces las decisiones son compartidas. Pero es lo que te he

⁹⁹ Este “todo”, se refiere a las actividades técnicas, lo pautado y lo protocolizado, lo exigido. Ya que como vimos en el apartado anterior **muchos cuidados y valoraciones propias** de la enfermera no son reflejados en ningún sitio. Las auxiliares y celadores no reflejan su trabajo en ningún documento oficial, se supone que colaboran en las actividades del resto de profesionales.

dicho, si hubiese más formación o más reuniones, momentos en los que tú puedas aportar y que los demás aporten, también sería mejor en ese aspecto. Las decisiones muchas veces están ya como establecidas. La mayoría de las decisiones del servicio vienen ya dadas por la "antigüedad del servicio", porque ya están estipuladas de esa manera desde hace tiempo en el servicio.

(C-1) Yo creo que si tengo cierta independencia, no a lo mejor decir yo hago las cosas como quiero, pero si, si yo digo: vamos a poner la botella de oxígeno aquí, si me dicen: pues lo que tú veas.

(C-2) Yo lo que pasa es que participo poco hablando, hago lo que creo que tengo que hacer. En lo que yo participo yo creo que sí, que estoy valorada...Yo creo que se comparten las decisiones de atención a los pacientes y las del servicio también.

Un segundo nivel sería el de las actividades interdependientes, en este sentido la toma de decisiones clínicas la marcan los médicos, la **orden médica**¹⁰⁰, habiendo un segundo escalón en el que estarían las decisiones en cuanto a cuidados que son marcadas por las enfermeras, en ambos casos, auxiliares y celadores colaboran según los requerimientos de quien lidera en ese momento la toma de decisiones:

(A-1) Marcan los médicos, aunque a mí no es directamente, en mi rango actúo de otra manera. Basándome en lo que me dice el enfermero, yo trabajo más por las necesidades del paciente. Pero los enfermeros, no, a vosotros os veo como primero el médico, segundo necesidades del paciente y protocolos. El médico no nos da órdenes directamente, solo es la nutrición y poco más, al que se dirigen es al enfermero, y el enfermero me lo dice a mí si es cosa mía, si no él lo hace.

(E-7) En la toma de decisiones estamos un poco deficitarios. Nosotros venimos a trabajar, cogemos al paciente, escuchamos el relevo, seguimos las órdenes médicas. Hombre, nosotros objetivos no tenemos con el paciente, no nos marcamos ningún objetivo, individualmente sí, cuando llegamos decimos: - el objetivo mío es esto, pero no están reflejados. Entonces decisiones no podemos tomar salvo las que hagamos durante tu trabajo. Pero así objetivos prioritarios con el paciente, programados no hay ninguno. Y decisiones con otro tema, pues dependiendo de cada médico. Si estoy con X,

¹⁰⁰ En la propia terminología aflora la jerarquización, la "orden médica", como indicación obligatoria (militarizada) que debe ser cumplida por el subordinado.

*o dependiendo de cada persona, si puedes decir: - pues podríamos hacer esto o lo otro. Pero eso ya **dependiendo de la relación que tú tengas con el que estés**¹⁰¹.*

La toma de decisiones clínica de los facultativos sigue un proceso indagatorio basado en las guías de práctica clínica, los protocolos y recomendaciones clínicas, la experiencia, las publicaciones de los últimos avances, los datos clínicos, analíticos y de pruebas complementarias del paciente, supone un procedimiento complejo que trata de controlar la incertidumbre del pronóstico de los procesos de atención a los pacientes. Se gestiona en base al conocimiento que crece continuamente, pero cuya aprensión es limitada teniendo que trabajar en base a probabilidades, lo que en ocasiones hace difícil distinguir entre las propias limitaciones y las del conocimiento médico:

(M-1) Bueno, me puedo equivocar. Mis juicios diagnósticos son basados en criterios, tanto en pruebas complementarias, como datos clínicos del paciente. Intento cuando veo a un paciente dirigirlo y tratarlo en un sentido, me puedo equivocar, si. Pero a medida que pasan más años me equivoco menos. Creo que sí, sí son valorados. [...] La toma de decisiones clínicas es un conjunto de todo. Primero protocolos, fundamentalmente tenemos que actuar por nuestra parte por protocolos, que están para cumplirse, aunque no los puedes seguir siempre a rajatabla, porque al final cada paciente es individual, y cada paciente se comporta de una manera, y a veces eso se rompe. Pero en general intentamos en la mayoría de las patologías, ceñirnos a un esquema, a un protocolo, y más aquí, en la unidad. En otros sitios es más difícil. Luego una vez que ya está aquí, va cambiando todo, a las decisiones clínicas, sobre la marcha, como va el paciente. Pero los protocolos si son fundamentales, y si actuamos así claramente.

La incertidumbre no solo se deriva de los límites del conocimiento y de la diversidad de los tratamientos, sino de la propia complejidad humana, de las características clínicas de cada paciente, y de aspectos contextuales, psico-socio-culturales y ambientales. Esto genera un importante nivel de estrés e inquietud. La responsabilidad personal y legal pesa poderosamente sobre los intensivistas, que ven que son los responsable últimos de las actuaciones que se realicen sobre el paciente,

¹⁰¹ Este aspecto de las relaciones interpersonales entre profesionales lo desarrollaremos en los capítulos siguientes, veremos cómo las afinidades personales, la empatía, el conocimiento mutuo, etc., determinan en gran medida las relaciones que se establecen entre los profesionales.

tanto de las propias como de las del resto de trabajadores.

(M-1) *Claro que pesa en las relaciones del equipo porque si tú dices yo soy el responsable final de esta cadena, desde la limpiadora, porque si la limpiadora no limpia el box, si el celador no está y la auxiliar no está, no puedo ingresar a un paciente, entonces yo al final me veo como responsable de la celadora o de la limpiadora.*

(M-2) *Si hay una jerarquía, pero a mí, que pertenezco también a esa jerarquía, me gusta pensar cuando estoy de guardia que la jerarquía está, porque al final el responsable de todo soy yo, y eso es otra cosa que me gusta a mí que la gente tenga claro. Que si el celador no hace su **trabajillo**¹⁰², que es pasar un enfermo u otro, al que se le pone “chungo” es a mí, él lo pasa y se va. Entonces a mí me gusta pensar que la jerarquía es una cosa que está ahí, pero que no hay que ir todo el día con la jerarquía en la mano, yo creo que eso es un error, pero sí que es cierto que la gente tiene que tener en cuenta que al final el responsable último soy yo, ¡ojo, el último!, no el único, que es distinto y eso la gente también tiene que tenerlo muy claro.... Hay que tener claro que todos tenemos una responsabilidad, el último de todos soy yo, y tengo que intentar que la maquinaria funcione, pero hay que tener claro que cada cual tiene su parte en eso, si tú no haces tú trabajo, yo no puedo seguir trabajando, igual que si el cirujano no decide operar yo no puedo hacer nada, y si la auxiliar no baja la orina yo no puedo estar bajando todas las orinas, entonces cada uno tiene su parte, la responsabilidad es compartida y todo el mundo tiene que asumirla tiene que ser consciente de que aunque lo que él haga le parezca que no, pero sin eso no puedes tú trabajar, ni yo, ni el otro, y pocas veces un enfermo es un acto definido en el tiempo.*

El tercer nivel sería el de la toma de decisiones general del servicio, cuyas pautas se fijan desde la jefatura de servicio¹⁰³, aunque el supervisor¹⁰⁴ es quien tiene la gestión

¹⁰² Al hablar de trabajillo, el informante refiere que todos desempeñan un trabajo importante, que el propio trabajador puede ver como insignificante pero que sin embargo no lo es, al ser necesario para que los demás puedan realizar también su trabajo en el momento adecuado. Durante la entrevista se aprecia la valoración positiva que hace el informante, y su reivindicación de que cada trabajador vea la importancia de su trabajo y se responsabilice de él.

¹⁰³ El jefe de servicio, es un médico, y decide junto con la dirección del hospital la cartera de servicios de la unidad, es decir el catálogo de prestación de servicios que la unidad va a ofrecer a los usuarios (atención a pacientes adultos en estado crítico, implante de marcapasos, canalización de vías centrales,

del personal de enfermería y de la organización de su trabajo.

Vemos la toma de decisiones como un conjunto de procesos complejos que se produce a diferentes niveles dentro de los cuales la participación es variable. De manera que la imagen general que tiene los trabajadores es de no participar en la mayoría de las decisiones o de tener una participación limitada, a excepción de los médicos que consideran que la toma de decisiones clínicas la realizan ellos pero que igualmente no participan en la toma de decisiones del servicio:

(A-1) En cuanto al servicio las decisiones las toman los médicos y el despacho. Y luego el supervisor. Los médicos se organizan ellos pero después le dirán al supervisor esto es lo que hay, y él procurara de alguna manera transmitirnos lo que ellos quieren conseguir con nosotros, que antes no se hacía así, antes los mismos médicos venían y lo soltaban, y nosotros íbamos cogiendo la onda. Y ahora se han puesto vosotros estáis ahí, nosotros aquí, se han puesto como más clase, en ese sentido si lo veo. Entre nosotros no veo tanta clase, pero ahora ellos si se han separado un poco,. Aunque con familiaridad pero se mantienen ahí. Antes se veía como más piña.

(M-1) Las decisiones no se comparten. No, con respecto al paciente. Y a nivel del servicio, en general no. Se hacen estas cosas porque se hacen, y punto, y eso tampoco es así. [...] No se hace participe con vosotros porque no se hace participe con nosotros, esas decisiones mayores, se imponen y se asumen. Y tú intentas hacer algo, (sesiones formativas por ejemplo), y se me dijo que no me metiera en camisa de once varas y que eso no era mi competencia de momento. Y cuando se entra en un estudio, te cuenta que se entra y que tenemos que hacer tal y tal cosa. Y al supervisor es al único que se le

sedación para procedimientos endoscópicos, etc.). De manera que la cartera de servicios de una determinada unidad define en gran medida la actividad que deberán realizar sus profesionales.

¹⁰⁴ En el ámbito hospitalario el supervisor de enfermería es un cargo intermedio entre la dirección de enfermería y el personal de los servicios. Es el responsable de organizar y supervisar el trabajo del personal sanitario no facultativo, enfermeras y auxiliares, pero aquí también el de celadores y personal de limpieza en cuanto a cómo se deben realizar sus tareas, aunque en cuanto a los turnos de trabajo solo dependan de él enfermeras y auxiliares. Los celadores dependen del jefe de turno de celadores y por encima de este del jefe de personal subalterno. El personal de limpieza también tiene sus propios jefes. Aunque el supervisor depende directamente de la dirección de enfermería también está supeditado a las decisiones del jefe de servicio.

informa. Pero eso depende de quien depende¹⁰⁵.

(A-4) Que yo sepa no se participa, pero es que no sé si yo no y alguien sí. Pero que yo sepa nosotros no influimos en eso, en lo que se haga. Las decisiones normalmente nos vienen las acatamos y ya está.

(A-5) Hay cosas que vienen de la dirección o de la parte médica, como la sedación¹⁰⁶, que habría que plantearlas, decir: - se va a hacer esto, ¿qué os parece? Y plantearlo como se va a hacer. Cuando nosotros nos reuníamos era para cosas como estas, por ejemplo, viene un material nuevo, pues lo tienes ahí y no sabes lo que es, me lo han dado pero no sé lo que tengo. Esas cosas se deberían de comunicar por lo menos.

(C-1) No participo en las decisiones del servicio. No sé cómo se toman, no lo pienso, lo dejo a otros que están para eso.

(M-4) Las decisiones con respecto a los pacientes las tomamos nosotros, si. Y a veces no solamente nosotros, las toma el jefe porque le da la gana a él. Aunque en teoría esta también en el ambiente pactado que se tiene que hacer así, porque tampoco nos desviamos mucho... Ahí vosotros no tomáis ninguna decisión, esas las tomamos nosotros y dentro de nosotros también discutimos. Y la opinión del jefe es la que predomina. En las decisiones del servicio, ahí la decisión del equipo no existe. Las decisiones del servicio se

¹⁰⁵ Se refiere al jefe de servicio.

¹⁰⁶ Las entrevistas han coincidido con la ampliación de la cartera de servicios de la UCI con la administración de sedaciones en procedimientos endoscópicos colaborando con el servicio de digestivo. Esto ha generado malestar y conflicto por varios motivos, su implantación no fue comunicada previamente a los enfermeros que en los primeros días vieron que tenían que desplazarse a otro servicio y llevarse todo el material para realizar un procedimiento del que no tenían conocimiento previo. Surgiendo el dilema de ¿que llevar? Otro motivo de malestar fue el tener que salir a otro servicio a hacer dicho procedimiento (a hospital de día) y la dotación de personal. Durante al menos dos meses centró parte de las conversaciones del servicio (y de las entrevistas), hasta que finalmente se realizó un protocolo de sedación y sobre todo se doto de dos enfermeros para poder controlar los pacientes dentro de la sala y en la zona de camas. El dato del personal asignado para realizar la técnica tiene una gran importancia para los enfermeros, ya que el control del paciente al salir de la sedación es muy importante para detectar posibles complicaciones, poco frecuentes pero graves, como una hemorragia o una parada respiratoria. Por parte de los usuarios el poder acceder a esta prueba con mayor confort y sin dolor durante el procedimiento es muy valorado, pero en muchos casos no son completamente conscientes de los riesgos. Además la percepción social de las complicaciones graves en enfermos ambulatorios (que vienen de su casa, no están ingresados y por tanto no tienen un componente de gravedad por lo que “no es previsible que les ocurra nada”) crea una gran alarma social y pone el punto de mira en una posible negligencia.

toman desde la jefatura exclusivamente [...] Nosotros participamos de lo que él decide y se lo comunica al supervisor, que normalmente está de acuerdo y ya está. Eso es el trabajo en equipo, ejecutar.

(E-5) Mucho no se participa, llegas una mañana y resulta que eso no se hace así desde ayer, que lo dijo el jefe o X. A mí poco me preguntan, y me imagino que a ninguno.

Como vemos la jerarquización en cualquiera de los tres niveles marca la toma de decisiones, de una forma que en cierta manera es asumida por todos como algo normal e incluso necesario para el buen funcionamiento, sobre todo en lo referente a la toma de decisiones clínicas en los momentos críticos y urgentes. Todo esto es consecuencia de la interiorización del sistema jerárquico hospitalario, de la independencia reconocida a la práctica médica social y legalmente, avalada desde la ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias:

Cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas (Ley 44/2003, p. 41447).

(M-1) Lo jerarquizado está bien, debe ser jerarquizado la relación que tenemos que tener, pero teniendo en cuenta que tiene que haber un traspaso de información. [...] Jerarquizado quiere decir que cada uno tenga claro sus objetivos, yo tengo mis objetivos con el paciente, y soy quien tiene que transmitir esos objetivos. Tú tienes una serie de objetivos y tienes que recoger un poco la transmisión de la otra parte y transmitir a la otra parte, es que es una cadena realmente, pero flexible.

La mayoría de las discrepancias que surgen se refieren a la toma de decisiones del servicio y en la organización del trabajo, donde aparecen quejas sobre la falta de participación, pero sobre todo de la falta de comunicación:

(E-2) Se hacen las cosas y tú te enteras porque te ha tocado y sobre la marcha...tienes que hacerlo. [...] Las decisiones nos vienen impuestas. A veces hay algo nuevo, por ejemplo, y no sabemos cómo funciona, nadie nos lo explica, y vamos un poco así a lo loco en algunas cosas. Somos un equipo que no tomamos decisiones por nosotros mismos.

Estos niveles de toma de decisiones marcan también niveles de liderazgo formal:

- El jefe de servicio, que marca las directrices y actividades del servicio ejerciendo un liderazgo fuerte y con una orientación clara a sus intereses y los de la dirección.
- El supervisor de enfermería, que organiza el trabajo y los turnos de enfermeros y auxiliares, y gestiona la provisión de material y el mantenimiento técnico de los aparatos, etc. del servicio. Se sitúa en una posición intermedia entre el personal de enfermería y la dirección (siguiendo las directrices de esta pero con una cierta discrecionalidad a la hora de su aplicación), pero con un fuerte influjo marcado por la jefatura del servicio.
- Los médicos que organizan el trabajo en cuanto a la gestión de los procesos clínicos de los pacientes, ejerciendo de líderes dentro de los subgrupos de trabajo, de las claves y dentro de estas de las personas a las que corresponde la atención de un paciente concreto: enfermera, auxiliar y celadora.
- Las enfermeras gestionarían los procesos de atención y aplicación de cuidados a los pacientes.

Los médicos tienen interiorizado (es algo aprendido y asumido durante su formación) su papel de liderazgo dentro de los equipos, al corresponderle a ellos la toma de decisiones clínicas para el diagnóstico, el tratamiento y la curación de los pacientes, aspecto reconocido por el resto de trabajadores que ven que es el máximo responsable de estas intervenciones y el que posee la mayor preparación científico- técnica. Estos aspectos, como vimos al hablar de las culturas profesionales, forman parte del Curriculum Oculto transmitido tanto a los estudiantes de medicina, como en la formación de MIR. Pero que también es transmitido al resto de profesionales y de trabajadores en sus respectivas formaciones y en la socialización en los centros de trabajo.

(M-1) Siempre tiene que haber, lógicamente alguien que dirija. Que tiene que ser una persona, primero que haya demostrado que es un buen profesional a pie de cama, y segundo que tenga capacidad organizativa muy clara, para eso tiene que conocer exactamente como se funciona en el trabajo, los problemas con lo que te vas a encontrar en tu vida laboral, tiene que tener un cierto grado de experiencia, si no es imposible. Y luego tiene que tener cierta mano derecha e izquierda, es difícil y

complejo. [...] Por un lado tienes que ser complaciente en ciertos aspectos, pero por otra parte tienes que ser muy tajante, tener cierto grado de flexibilidad, pero cuando hay un límite, demostrarlo.

(M-2) El liderazgo es un poco complicado, si concentras el liderazgo en una sola persona, evidentemente hay una persona que tiene que decidir, evidentemente vosotros **por vuestra formación** no debéis, y en algunas cosas no podéis, cuando llevas tiempo puede, pero a mí de hecho cuando me avisáis uno de vosotros por una cosa, pues me da por correr o no. Entonces si no sois capaces de sentar las indicaciones de ingreso en la unidad, de decidir cuál es el siguiente paso a dar, es difícil, como vayáis a ser vosotros el líder del grupo, pensando que hay un solo líder. Pero en otros sitios lo que hay es: el médico que está de guardia es el que decide como se hacen las cosas, pero luego dentro del grupo de enfermeros, que están ese día, hay una persona, que digamos, jerarquiza al resto, y tiene sus ventajas, porque quien este al mando solo tiene que hablar con una sola persona, luego las críticas o la jerarquización a veces es más sencilla, a veces, si eres la persona que vas a estar al mando de esto, es más sencillo que tus compañeros, y los demás te respetan porque eres una persona que hace las cosas tal, si hay cierto grado de respeto, y de respeto a esa jerarquía, va a ser más sencillo que le digas: - Esto déjalo, vamos a tal, viene un ingreso... Al margen de que todo el mundo tenga comunicación [...] Una sola persona lo veo difícil porque yo hay ámbitos de vosotros en los que no sé como funcionáis, igual que como hacéis el reparto. Se podría hacer partido y sí que eso tiene que estar más o menos definido.[...] Lo lógico cuando viene un enfermo malo de verdad, lo vaya a llevar quien lo lleve, pero que haya alguien de vosotros con solvencia, yo creo que eso si que habría que coordinarlo. Tendría que haber dos personas, una que eso no tiene solución tiene que ser el médico que está de guardia, pero la otra teníais que ser uno de vosotros en el turno, un jefe de turno, que quizás sois cuatro nada más, pero quizás sea lógico, pero bueno, eso ya es cosa vuestra.

Los estudios sobre liderazgo en servicios sanitarios de atención aguda, consideran que esté se realiza a cuatro niveles (Reader et al., 2009):

1. Líderes de acción, que surgen “ad hoc” y organizan el trabajo en determinadas situaciones, por ejemplo durante una emergencia.
2. Líderes operativos, con un ámbito de actuación intermedio, que correspondería

forma no explícita organizan en momentos concretos el trabajo, como por ejemplo dirigiendo el reparto de enfermos o en los ingresos.

Se alude también en referencia a los líderes formales, como a veces estos son meros ejecutores de las órdenes de la dirección y como a nivel interno el servicio funciona por la influencia informal¹⁰⁷ de otras personas:

(A-6) Yo creo que siempre hay alguien que es más sumiso, y se deja más llevar, y hay gente que sobresale, por la personalidad que tenga, a nivel de grupo, siempre hay alguien que destaca, y se hace líder, sin querer, pero por lo que sea, por su personalidad, y entonces los demás nos acoplamos.

(M-3) El liderazgo yo creo que es fundamental. En un equipo tiene que haber un líder muy bueno, que no tiene porque ser la persona que intente destacar por encima de todo, que a lo mejor hay líderes que pasan muy desapercibidos, pero que son los que hacen que el equipo funcione. Para mí el líder es el que hace que el equipo funcione, que igual no es al que se le ha otorgado el título de líder, igual hay otra persona que está detrás que por su carácter, por su comportamiento, sobre todo por su entusiasmo en el tema en el que se está trabajando va a hacer que eso funcione, porque igual el que esta designado ahí como líder, llega un momento en el que dice: -Hasta aquí hemos llegado, me hundo. Hay otra persona, que no está etiquetada como líder, y es el líder. Yo creo que líder es el que consigue el objetivo del trabajo en equipo. [...] Es que muchas veces eso yo creo que ocurre, que hay un líder ahí titular, y luego hay otras personas detrás que son las que están haciendo que eso vaya hacia adelante. Igual el líder da unas idea y el otro es el que se encarga de materializar el tema, de hacer esto, de hacer lo otro, esa persona no es el líder, pero al fin y al cabo es el que está haciendo que las cosas salgan. No llegar y mandar solo.

A nivel de los líderes formales la supervisión se ve como un puesto complejo, confuso, con poco reconocimiento, lo que concuerda con los problemas que Gil (1994,

¹⁰⁷ Esta influencia informal es ejercida por personas que no ostentan ningún cargo de gestión dentro de la organización, pero a las que sus compañeros secundan, apoyan de modo voluntario, bien por su carisma personal, por su reconocimiento profesional o su experiencia. A esa persona se le otorga autoridad, es un referente para el grupo, aunque no tenga un reconocimiento institucional, sería lo que Fayol llama autoridad personal. Coincidiría con el líder carismático de Weber. Diferenciándose del jefe (o en nuestro caso “los jefes”, reconocidos así por los informantes por haber una cadena de mando, como hemos visto gráficamente en la figura anterior), que es el que ostenta la autoridad formal u oficial.

p. 19-21) destaca en relación a los cargos intermedios:

(A-6) *Yo creo que el supervisor tendría que ser más líder para poder coordinar a tanta gente y este trabajo. No que impusiera, eso no, pero hacerse notar más, dirigir más las actuaciones y contar más con el personal para ver como se puede mejorar las cosas.*

(A-1) *A todo el mundo no lo puedes medir con la misma vara, porque no somos todos iguales. Hay que tener mucha psicología, a uno le puedes hablar de una manera, al otro de otra manera, sin hacer daño. Y no se puede ser justo con todos, porque cuando tienes una circunstancia y no puedes, uno tiene que perder y otro ganar, aunque la próxima vez la compensación sea al revés, pero es muy difícil. No se la satisfacción que eso dará y si está pagado con esa compensación, que yo creo que no, que tomas más disgustos. Están en medio de dos bandos, de marioneta de unos y al corre y dile. Mandan abajo. Lucha de intereses. ¿Cómo valoras tú a todo el mundo, sus sentimientos y problemas personales? ¿A quién se lo das y a quién no? [...] Actúes como actúes, todo es criticable, lo que tú hagas a uno le puede parecer bien y al otro mal.*

Estas opiniones están en consonancia con el trabajo de Orkaizagirre (2010) en el que afirma que los líderes deben utilizar estrategias de flexibilidad y recompensa interna intentando ser equitativos y usando la crítica positiva para mejorar la práctica del día a día, considera que con ello se puede lograr la satisfacción, valoración e integración de los miembros del equipo.

(M-3) *El trato es más o menos individual, de mí a un enfermero. Que no tener que pasar por alguien: Oye, dile a quien lleve el 5. A mí eso me parece una chorrada, si yo quiero comentarte algo de un paciente que llevas tú, creo que debo ser yo quien te lo diga y no que tenga que haber como un intermediario. La figura del intermediario como algunas veces se ha querido hacer, yo nunca la he entendido. Otra cosa es que esa persona se designe para que entre por las mañanas a las sesiones, y que sea el supervisor, hombre, que tiene su sitio. [...] Porque no se puede entrar todos, ni dejar a los enfermos, y sería un guirigay. Pero luego en la tarde y noche, que estamos todos juntos, a lo mejor no es necesario que exista un liderazgo así muy marcado. Yo creo que si hay algo, se comenta directamente y ya está. Salvo que si hay una persona que*

por lo que sea, por que lleva más tiempo, porque es más hábil, porque le gusta más, pues ante un ingreso, o ante alguien que se ponga peor, asuma, de alguna manera un poquito el control de la situación. [...] No es necesario tanto título.

Aparecen claramente los dos niveles de actuación, el institucional y el personal, donde se establecen criterios de autoridad, entendida como reconocimiento, empatía, personalidad, etc.

Pero no hay una orientación clara por parte de los líderes formales del servicio de cómo quieren que se trabaje, en este sentido hay opiniones encontradas sobre el interés en la forma de trabajo, de manera que no se aprecian que hayan unas directrices ni un diseño del trabajo para que se trabaje en equipo. Lo que coincide con otros trabajos recientes como el de Kydona, Malamis, Giasnetsova, Tsiora y Gritsi-Gerogianni (2010), encuentran que sus informantes no se sienten alentados por los jefes para cooperar y coordinarse.

(A-4) *No, yo creo que vamos todos a salir del paso, al menos yo no veo que a nadie le interese que trabajemos en equipo o no, si no que salga la cosa y ya está... Si la hay no se ve, se lo guarda quien sea, no nos ponen unas pautas para que nosotros vayamos unos con otros, pienso que si se trabaja en equipo es porque sale de nosotros, nadie nos lo dice que debería de ser así, si no hay reuniones, si no hay nadie que diga nada, que no.*

(A-5) *Yo creo que últimamente si se habla de eso de trabajo en equipo, se intenta hacer los equipos de trabajo, que tampoco se ha llevado a cabo del todo, pero yo creo que la gente si tienen interés, el supervisor. ¿Y el jefe de servicio? no lo sé, no he hablado con él de nada, de que le gusta, es una persona que yo la miro y él me mira, pero yo no sé qué piensa, no sé si le gusta cómo funciona su servicio o no. No tengo ni idea.*

(M-1) *Les interesa lo justo para que se funcione. A ver si me entiendes, lógicamente supervisores tiene que haber, porque el trabajo cotidiano de la mañana no solo se basa en la asistencia, sino hay también ciertas cosas organizativas. Pero que hubiera más comunicación intergrupos directivos, incluidos supervisores, jefes de servicio, cosa que no se da en absoluto. ¿Por qué no funciona? porque el jefe de servicio, no digo supervisores porque desconozco más o menos, llega un momento en el que adquieren*

poder, el hecho de "rebajarse", bajar del pedestal y transmitir más, cuesta.

Los líderes de equipo deben facilitar el desarrollo de objetivos comunes, supervisar los procesos de decisión, guiar al equipo para alcanzar su potencial sinérgico. Siendo un elemento clave para facilitar la confianza, la seguridad participativa y el respeto, para ello es necesario también un liderazgo colectivo en el que se compartan las responsabilidades entre médicos y enfermeras, animando a la participación, proporcionando una información clara sobre la organización, los valores y las normas de la unidad, (Richardson et al, 2010) siendo fundamental el reconocimiento de cada persona (Rubio et al, 2006, Huber, 2010).

(E-8) *Yo entiendo la dirección y la jefatura desde un punto de vista muy particular. Si yo soy jefe, si quieres que trabaje tu gente, tienes que llevarte bien con ellos, porque si ellos trabajan a gusto, si sienten que son escuchados, y que participan, pero no así, teórico, poniendo un papel ahí encima diciéndolo, sino realmente. [...] No se tiene en cuenta el criterio del personal. Y en esta unidad, el 80% del trabajo lo lleva realmente enfermería. La unidad no se cae abajo porque no esté el jefe o el supervisor, no se cae abajo por el personal de enfermería. Depende de cómo trabaja de contento ese personal, si tiene ganas de trabajar, de cumplir los protocolos, etc. Como empieces a realizar cosas que no están consensuadas y que puedan producir malestar en la gente. Y luego en vez de reconocer a la gente, le dices: -esto es así y así tienen que ser. Yo pienso que no es buen camino, porque el servicio va a funcionar por inercia, pero no va a funcionar bien.*

(M-3) *Yo creo que ahí, el jefe o igual el supervisor, trazan unas líneas. Desde luego las del jefe no siempre están apoyadas, ni nos ha preguntado previamente nada, y las del supervisor no tengo ni idea, si lo hará. O si las dan ya por hechas y las cuentan después...El interés por que se trabaje en equipo, por parte de la jefatura de servicio, ¿no lo sé?, por sus características. Hombre él cree que esto funciona si se trabaja en equipo, se da por sabido, que es incuestionable, que todo el mundo debe de saber. Pero por su carácter es incapaz de coger y dar una reunión y decir estas son las directrices del servicio, que no es que yo las suponga, si no que me gustaría que las comentásemos y que me dijerais, bueno hay algunas que son impuestas, lo que sea, pero las demás vamos a ver cómo podemos hacerlo, pero de lo que salga de aquí, se va a cumplir a raja tabla y cada uno va a asumir su parte, y así es como vamos a funcionar y vamos a ver qué resultados obtenemos. [...] Yo no lo veo capaz de hacer eso. De hecho cuando*

hay que tratar un tema difícil, primero habla con uno, luego...yo no lo veo capaz, a lo mejor por eso es buen jefe, porque no crea un tema para montar polémica delante de todo el mundo si no que va buscando a cada uno y le dice lo mismo con distinto embalaje. Por su carácter, por introvertido y porque yo creo que él tiene muy claro lo que quiere y lo que le preocupa. Y él sabe con qué activos cuenta. Cada uno tenemos un carácter diferente en el servicio, pero todos somos necesarios. [...] Yo no creo que el jefe no quiera escuchar lo que vosotros queráis contarle, o la participación si no que a mí me parece que tiene muy claro cuatro cosas del servicio, pues que no hayan conflictos personales, que como cada uno nos dedicamos a dar la vara en distintos campos, pues todo eso lo tienen controlado y él se dedica a hacer sus cosas [...] Eso de dar las cosas ya hechas es muy, muy suyo, lo ha hecho siempre. Eso crea malestar no solo con el sino con todo el colectivo, porque pensáis estos si lo saben. Pues no lo sabemos.

Los entrevistados demandan información, participación, coordinación y respeto, no imposición. Vemos como existe una gran conexión entre la participación y la valoración de las aportaciones de todos los profesionales. A lo largo de los relatos de los informantes vemos como este aspecto es conflictivo, apreciándose de forma variable. Por ejemplo hemos visto como a nivel personal, algunas personas sienten que no son valoradas por profesionales de jerarquías superiores, mientras que otros piensan que si lo son (normalmente las personas con más experiencia) de lo que depende también como se establecen las relaciones interpersonales (simpatía, empatía, etc.). En el plano grupal, enfermeros auxiliares consideran que sus aportaciones son menos valoradas que las de los médicos, incluso algunos piensan que no tienen nada que aportar (lo que ha sido también recogido en las opiniones de algún celador). La idea de no ser valorados también aparece a nivel colectivo, como servicio frente a los directivos. Orkaizagirre (2010, citando a Emery y Barrer, 2007) destaca la importancia de realizar reconocimientos personales para aumentar la autoestima y favorecen la integración, implicación y compromiso de los individuos con la organización, en su investigación sus informantes conceden también gran importancia a la aportación y valoración de ideas por todos los miembros del equipo.

Algo en lo que sí coinciden todos los grupos profesionales es la apreciación de que no tienen ninguna participación en la toma de decisiones del servicio:

(M-2) *La toma de decisiones general del servicio de vamos a hacer esto o vamos a ir hacia allá, está jerarquizado. Al jefe, yo nunca lo ha visto discutir ni levantar la voz, hace lo que tiene que hacer, eso está jerarquizado y pocas veces se consensuan. A nosotros no nos consultan lo que se va a hacer... El jefe hay ciertos problemas que le planteamos y que él se los apunta, y a mí no me consulta generalmente nada, es a política de hechos consumados: - Hay esto, voy a hacer esto otro. [...] A mí me parece que ciertas cosas que se hacen, habría que plantear otras cosas, la unidad está polarizada a una muy concreta que es la estimulación¹⁰⁸, y gracias a eso la unidad de Lorca se conoce por algo bueno. Pero creo que nosotros hacemos muchas más cosas que la estimulación y creo que habría que meter más en otras cosas. Entonces la toma de decisiones, poca cosa, alguna vez dice el algo y nosotros podemos discutir, pero ya te digo, nosotros nos presentan las cosas si no hechas, si en camino, y yo no tengo la sensación de tomar decisiones de nada, tengo las quejas sobre lo que está ya montado. [...] La toma de decisiones del servicio a mí me da la sensación de que a mí no me incumbe, no me hacen participe. [...] En lo que a mí me toca, a mí me informan al final, cuando ya está hecho todo, si no a hecho consumado, ya apalabrado, decidido. Hay poca democracia en el servicio, históricamente en todos los servicios, todos los jefes, el jefe decide, pocas veces hace una consulta popular: -A ver ¿qué os parece eso a nosotros? ¡Y a vosotros! ni os cuento, nada de nada.*

Se advierte una lejanía con la jefatura de servicio, aunque el trato es cordial y correcto, correspondiéndose con la forma de relacionarse propia del esquema jerárquico de la organización. Se aprecia que es la forma normal de proceder de los “Jefes”¹⁰⁹ y en las conversaciones informales recogidas en la observación participante confluyen las opiniones divergentes con la forma de proceder y la escasa participación, con las de aprecio, respeto y reconocimiento como “buen jefe”, que se potencia con la apreciación negativa de otros jefes de servicio. Habiendo también valoraciones contradictorias en cuanto al abordaje y canalización de los conflictos del servicio y considerando que el interés en cuanto a la gestión de la UCI se centra y prioriza las actividades que dan prestigio a la unidad en su proyección externa, como la electroestimulación cardíaca.

¹⁰⁸ Se refiere a la electroestimulación cardíaca, al implante de marcapasos.

¹⁰⁹ Siguiendo a Weber (1984), la autoridad otorgada aquí al jefe se basa en la tradición y en la racionalidad propia de las organizaciones burocráticas.

(M-1) *Aquí en las sesiones gran parte de lo que se habla en las sesiones es de vuestros fallos, si se cometen fallos, pero hay que reconocer que también nosotros los cometemos, ahí nos metemos en una dinámica conflictiva, porque no lo transmitimos. Al final se comenta tal o tal cosa, se transmite al jefe, porque él es el que quiere transmitir y distribuir la información. Y no nos permite en absoluto que nosotros, que si se genera un conflicto, y enfermería hace tal o cual cosa, que nosotros no seamos, quienes digamos en el momento, si no que sea él, a través del supervisor, quien lo diga. Una cosa que me parece surrealista. Yo evidentemente si tengo un problema, directamente voy al enfermero concreto y le digo. Podemos hacer tal o cual cosa. Lo podemos mejorar en tal cosa.*

(M-3) *Yo no sé, después de ya 15 años, en el caso del jefe, él tiene muy claro que vosotros sois un estamento intocable, es muy difícil bajar a dirección de enfermería y decir aquí hay un problema con esta persona, es muy difícil, por no decir casi imposible. Igual que os pasa a vosotros, igual tenéis muy difícil ir a dirección médica y decir este médico nos deja con el culete siempre al aire. No es fácil, porque ahí sí que hay una división clara u absoluta.*

En cuanto a las direcciones médicas y de enfermería el personal piensa que no tienen interés por cómo se trabaja, que su interés se centra en temas políticos y económicos, en que no haya problemas y que “salga” el trabajo. Habiendo una división y poca interconexión entre ambas (como refiere el párrafo anterior):

(A-4) *No, yo creo que en el hospital, la parte de arriba, a nivel de dirección, que se tiene que preocupar de nosotros no se preocupa mucho. A nivel nuestro yo no veo que se preocupen de nada nuestro, si no que si hay algo que pasa es culpa nuestra, pero yo no visto que nadie por encima de nosotros, del servicio se preocupe de que trabajemos mejor, de cuáles son nuestras necesidades, yo no lo he visto creo que no... Pero yo pienso que aquí en la UCI en dirección nos tienen un poco abandonados. En todos sitios hay mesitas nuevas, ¡que tampoco valdrán tanto! y aquí dan pena, y yo no sé quién es responsable de eso. No sé si es que en el servicio no se pide o que al hospital le da igual, estamos un poco tercermundistas en ese aspecto. Que no costaría tanto reparar unas mesitas o unas camas, que tuvieran mejor presencia.*

Según el trabajo elaborado por la Universidad de Michigan: *Mejorando la seguridad*

del paciente en los hospitales: de las ideas a la acción (2008), es necesario superar la brecha entre los directivos y el personal asistencial. Los directivos deben generar confianza y credibilidad, conocer los problemas de primera mano, comunicar las pautas culturales y crear canales de expresión para las preocupaciones del personal. Los líderes inspiran a sus equipos a través del ejemplo. No se pueden producir transformaciones significativas en una institución sin la capacidad, compromiso y ejemplo de sus directivos.

De manera que la organización, y sus líderes, tiene un papel decisivo en la transmisión de valores que apoyen las relaciones interprofesionales colaborativas y en la creación de ambientes para propiciar el trabajo en equipo, marcando pautas para el “diseño” y organización del trabajo, creando canales de comunicación, y proporcionando espacios y tiempos para el intercambio de informaciones y conocimientos. La apreciación de las diferencias en los valores que transmite cada hospital y su influencia en la organización del trabajo, son expresadas por los informantes que han conocido “otras formas de trabajar”. Consideran que no se propicia el trabajo en equipo, sus descripciones corresponden con la de una cultura organizacional burocrática en la que cuesta hacer cambios e innovaciones.

(A-5) En otros sitios, por norma, la gente se reúne una vez al mes, no pasan dos meses sin hablar del servicio, de cosas que a ti te parecen importantes, o de que ha pasado algo nuevo, o que se van a hacer unas técnicas nuevas. Aquí las cosas van muy espaciadas. También es la forma de trabajar de este hospital. [...] Aquí cuesta mucho hacer cosas nuevas.

(M-3) Yo creo que la dirección lo único que quiere es no tener problemas, si eso se hace mejor en equipo o de forma individual, sinceramente, pienso que les da igual. Lo que quieren es que no bajen problemas, que el trabajo salga, las malditas listas de espera. Yo no creo que se pasen por los servicios un día, y ahora tenemos directivos que han estado con nosotros trabajando codo con codo, que no es que hayan venido de fuera. Que les conoces muchísimo y que pueden venir un día con toda la confianza del mundo, sin ningún protocolo, tomarse un café y decirnos y preguntarnos. Han venido cuando ha venido algún directivo de Murcia. Pero si no, no sube nadie. Y de enfermería yo me imagino que igual. Solo suben si hay algo interesante o para ponerse una medalla o una foto. Pero así en el día a día preguntar como estas, yo creo que no tienen ningún interés. [...] Ten en cuenta que son cargos por depósito de confianza, no son cargos que consigas con formación, son transitorios, y entonces tienes que acatar lo que te digan, entonces yo no sé hasta qué punto tú puedes darle a ese cargo un toque

personal. Probablemente cada vez te dejen menos, y ahora con la situación que se avecina, los comentarios son que con la crisis tan tremenda que hay, todos los cargos, consejerías y demás van a estar ocupadas por personas afines al partido, para que no se discuta ni una orden de las que venga desde arriba, desde las consejerías. A lo mejor ahora vienen personas con mucha carga política y ninguna en el sitio. Yo creo que a la dirección le importa un carajo.

La apreciación de que la política marca en gran medida las pautas de trabajo, es compartida por los informantes, constatándose en el momento actual en la que los cambios políticos y económicos están produciendo una profunda transformación (desfiguración) de los servicios públicos (sanidad, educación, etc.). Pero también a nivel microinstitucional con los cambios recientes en los cargos directivos del hospital¹¹⁰.

(E-5) No, imagino que ellos tendrán sus objetivos, pero los objetivos de ellos es sacar el trabajo¹¹¹ [...] Ellos no se fijan tanto en lo que nosotros hagamos, sino en los objetivos que ellos tengan que conseguir [...] Creo que ellos no se meten tanto en el trabajo como lo hacemos, no sé si le dan importancia a eso, yo creo que no. No sé a lo mejor estoy equivocado.

Como la mayor parte de los asuntos que estamos abordando, el tema de la toma de decisiones y la participación es complejo por la variabilidad de los conocimientos, informaciones y funciones, de las tareas, de las culturas profesionales y del sistema jerárquico entre otros. Pero la participación no tiene porque ser de todo o nada, sino que puede variar según el nivel de implicación de los trabajadores, pudiendo promoverse a nivel organizacional, grupal e individual. Colaborando en el proceso de toma de decisiones dando opiniones, aportando información relevante o incluso valorando informaciones y tomando decisiones. Hay que tener en cuenta que la participación

¹¹⁰ Como analizábamos en apartados anteriores estamos en un momento de cambios en inestabilidad social y política que tiene importantes consecuencias en las instituciones a todos los niveles.

¹¹¹ “Sacar el trabajo”, los informantes consideran que el objetivo es que se hagan las tareas protocolizadas y establecidas, pero que no hay marcados objetivos claros en cuanto a cómo deben realizarse esas tareas. Es significativo en un momento en el que continuamente se habla y se mide la “calidad” con unos indicadores establecidos por el SMS, que difieren de los que manejan los profesionales, produciéndose desfases entre la conceptualización que tiene la organización sobre la calidad y la que tiene los profesionales. En este sentido demandan más medios materiales y humanos para prestar una mejor atención, y menos marketing.

además de influir positivamente en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo, tiende a mejorar la producción y su calidad, la motivación, la aceptación del cambio, la autoestima, la cooperación con los superiores y la comunicación, así como a reducir los conflictos, el estrés, la rotación y el absentismo, y a incrementar el compromiso personal con la obtención de metas de la organización (Gil, 1994, p. 22).

(M-3) *La participación para el funcionamiento general del servicio, yo creo que no es todo lo importante que debería de ser. La mayoría de cosas se nos dan hechas, y algunas te enteras el mismo día. [...] Se nos dan hechas, quizás porque esa es la forma de funcionar de los servicios de salud, de lo que hay, de lo que no hay. Pero igual hay cosa muy concretitas de las que sí que se podía hablar aquí. Una vez que se vaya a hacer una cosa, organizarla dentro te da lo mismo. [...] Si no participas puedes no entender lo que estás haciendo, puedes pensar que es algo impuesto, si no te da **tiempo** a razonarlo, igual ni lo ves útil, ni le encuentras el sentido, ni nada. Participamos poco, yo creo. [...] Si que es verdad que, a lo mejor en muchas cosas vuestra opinión puede valer más de lo que creemos. Se tiene la idea de que la decisión del paciente la tomo yo porque soy el médico. Bueno, igual hay cosas, en las a lo mejor vosotros tenéis más que decir, ¿no sé? [...] Probablemente deberíais participar más, se os ignora, quizás por nuestra parte, en muchos casos. Y en otras cosas que no sean los pacientes, yo creo que no, es más muchas veces dices algo y parece que lo digas para que se haga al revés, te da la sensación.*

- **Las interacciones entre los profesionales y las habilidades de colaboración.**

Esta necesidad de gran número de personas, para el cuidado-curación del paciente, que abordan la atención desde distintas perspectivas y disciplinas, donde se maneja grandes cantidades de información-formación, en un ambiente altamente tecnificado (centrado en el componente biológico de la enfermedad, *disease*), dibuja un complejo escenario de relaciones interpersonales e interprofesionales.

Como ya hemos indicado, la biomedicina, lidera la identidad profesional en el mundo sanitario, gracias a su reconocimiento institucional y social, son los máximos responsables de la atención de los enfermos. Así mismo las relaciones de poder se establecen, ordenadamente siguiendo la pirámide jerárquica de la institución sanitaria. Instaurándose relaciones asimétricas, de subordinación, entre los distintos niveles

jerárquicos, aceptadas y entendidas por los trabajadores de forma variable por articularse en torno no solo a las prescripciones marcadas por el estatus profesional sino por otros condicionantes contextuales y personales que pueden agudizar o suavizar dichas diferencias. En este sentido “la interacción social es una constante negociación entre individuos situados socialmente [...] se negocian significados y posiciones sociales de los individuos y de los grupos” (Ayastaran et al., 1996, p. 191).

(C-2) *Yo noto el grupo A¹¹² bastante distante, los demás estamentos están todos más o menos igualados... El trato es respetuoso... al trabajar si se dirigen a mí, la mayoría, aunque alguno se lo dice a la enfermera, y yo estoy al lado y no me lo dice. Yo creo que eso no influye a la hora del trabajo.*

(E-2) *Las relaciones entre los distintos niveles ¿simétricas?, no..., y entre nosotros mismos también depende, a nivel médico, por supuesto y luego a nivel nuestro, también que hay gente que por ejemplo con nosotros se nota menos, pero que depende de con quién trabajas sí que ... puesss - La diplomada¹¹³ – dices tú: ¡pero bueno! ¿Y esto a que viene?..... Si pero ya te digo que aquí como nosotros, en la clave, nosotros intentamos, es menos, pero cuando no trabajas con tu gente sí, y en algunos sí se nota.*

(E-3) *Hay diferencias en todos los estamentos, pero claro el facultativo es más separatista, a lo mejor hay uno o dos que tienen iniciativa. Pero al final no sé qué pasa que con uno que no tenga iniciativa, dejan de tenerla todos, se contagian. En todos los estamentos, pero parece que en ellos lo noto más.*

¹¹² El personal sanitario se clasifica a efectos retributivos en los siguientes grupos (Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud):

- a) Grupo A: licenciados sanitarios licenciados con título de especialista en ciencias de la salud. Como facultativo especialistas (FEA) y médicos en general, farmacéuticos, etc.
- b) Grupo B: diplomados sanitarios y diplomados con título de especialista en ciencias de la salud. Como enfermeras, matronas, etc.
- c) Grupo C: Técnicos superiores. Como técnicos de laboratorio, de RX, etc.
- d) Grupo D. Técnicos. Como auxiliares de enfermería y auxiliar administrativo
- e) Grupo E, categorías en las que se exige certificación acreditativa de los años cursados y de las calificaciones obtenidas en la Educación Secundaria Obligatoria, o título o certificado equivalente. Como celadores, pinches de cocina, limpiadoras, etc.

¹¹³ Se refiere a una expresión de una auxiliar de enfermería, en la que denomina a la enfermera “la diplomada”, haciendo referencia a la titulación de Diplomado en Enfermería, pero con la que la enfermera siente incomodidad al haber entendido que el tono era sarcástico.

(A-5) *Las relaciones están jerarquizadas, yo creo que en un equipo no solo somos nosotros, yo aquí la parte que veo peor es la parte médica que a veces falla un poco en el conocimiento sobre nosotros, que no sabemos muchas veces lo que ellos comunican a las familias, no sabes que actuaciones están ellos tomando [...] Yo no sé si es desconfianza o si es su forma de trabajar.*

En cuanto a la diferenciación jerárquica, los trabajadores perciben una mayor distancia con los médicos, reconociendo mayor simetría en las relaciones entre los demás estamentos. De hecho mientras que el tuteo es generalizado entre auxiliares, celadores y enfermeros, a los médicos es frecuente que se les llame de usted, sobre todo en presencia de los familiares. De manera que durante la observación se ha apreciado como a todo el personal se le llama por su nombre de pila, mientras que el tratamiento de usted a los médicos (fundamentalmente al jefe) es más frecuente sobre todo cuando quienes se dirigen a ellos son celadores y auxiliares. Aunque en ningún momento se ha presenciado una demanda expresa de los médicos (de este servicio) a recibir un tratamiento de usted (o de tu) por parte del resto del personal. En este sentido Sirota (2009), destaca haber observado una tendencia en muchos centros hospitalarios a estimular a enfermería a utilizar su nombre de pila en su relación con los pacientes (como una forma de mostrar cercanía y de “humanizar” la relación con los pacientes), pero que sin embargo los médicos esperan que los pacientes se dirijan a ellos con el tratamiento de doctor. De hecho el respeto y el reconocimiento de la autoridad médica es algo que se evidencia en las actitudes y actuaciones del personal, con independencia del tratamiento de usted o de tu. En el trabajo de Shimizu y Ciampone (2004) el personal de enfermería tienen la representación que el trabajo en equipo en la UCI involucra los esfuerzos de todos los trabajadores para conseguir un objetivo único: proporcionar una atención de calidad a los pacientes. Expresan que para lograr estos objetivos es necesario respetar la jerarquía.

(A-1) *Si, yo tengo conceptos muy claros de que tengo que trabajar en equipo, porque la misma palabra me lo decía auxiliar de enfermería, sabía que tenía que depender de una enfermera, aunque sean dos personas ya es un equipo.*

Otra cuestión llamativa es que cuando en conversaciones con enfermos o familiares se hace referencia al médico siempre se hace con el tratamiento de doctor y

su apellido, mientras que cuando alguien se refiere a cualquier otro profesional lo hace por su nombre de pila. Lo que demuestra la interiorización del modelo médico hegemónico (Menéndez, 2005).

(E-6) *Yo creo que en general con tuteo, a todos menos a uno, el jefe. Y con los compañeros, celadores y auxiliares, pues con confianza.*

(C-1) *Si hay jerarquía, además yo la llevo a cabo, yo aquí no le dicho a ningún médico, ¡hola! no se qué. ¡No!. Yo aquí guardo la distancia. La escala quedaría: médico, enfermera, auxiliar, celador. [...] Aquí dentro yo les trato de usted y de Doctor tal, fuera a lo mejor si he visto a alguno le he dicho: Hola no se qué. Pero aquí no... El trato es de tú con el resto del personal, más cercano respecto a todo, al trabajo [...] Aunque tengo que puntualizar que si alguna vez le he pedido algún favor a un médico me lo ha hecho, si yo le he pedido algún favor así específico o particular, personal, me lo han hecho.*

(A-4) *Hay de todo, puede que algunos te vean por debajo, pero la mayoría no, la mayoría somos compañeros, incluso los médicos los he visto yo, parece que últimamente no, pero antes los médicos no se les veía tan arriba como a lo mejor en medicina interna o en trauma, que ni te saludan. Aquí cuando vine vi esa diferencia, el médico al que tú le llamas por su nombre, lo vi más cercano. [...] Lo de la distancia hay veces que está bien, a mi me gusta que el médico, (puede que sea rareza) aunque este ese trato que yo decía que me gustaba más cercano, pero que el médico siga siendo el médico y no quiera ser tú colega porque en realidad yo no me lo creo, que sea tú amigo. El médico bien, pero él es médico y en su sitio. Pero puede que sea yo porque soy más rara y los veo más por encima.*

Las características de la UCI favorecen una mayor interacción personal que otros servicios, lo que en muchas ocasiones suavizan esta asimetría característica en las relaciones interprofesionales hospitalarias. Esto hace que los trabajadores compartan mayoritariamente, la idea de que la UCI es un servicio más igualitario y simétrico que otros servicios hospitalarios.

(E-1) *Las relaciones de los profesionales, creo que son simétricas, más que en otros sitios. En otros sitios por un lado esta enfermería y por otro lado facultativos,*

aquí creo que nosotros, incluso con celadores somos más piña, entre auxiliar y nosotros creo que no hay diferencia, y con los facultativos creo que también que a lo mejor hay algún momento puntual de decepción, pero normalmente...es una cosa que me sorprendió cuando vine aquí.

(E-3) En cuanto a las relaciones hay diferencias, pero a lo mejor no tan significativas como en otros servicios. Pero si que aunque tu pienses que te están dando confianza ciertas personas, luego te das cuenta que no, que está en su sitio, que no se están bajando al tuyo. Que te has confundido tú, o que te han confundido. [...] A lo mejor damos pie a algo, y damos confianza, pero no, clarísimo. Hay diferencias.

(A-6) Pues depende, hay situaciones en las que si se nota mucho el estatus en el que está cada uno y otras veces no. A la hora de la verdad si, si se nota donde está uno y donde está el otro. A la hora de situaciones estresantes o extremas, se nota la jerarquía. Pero la mayoría de las veces no se nota mucho, la verdad. [...]En el trato en general aquí está más igualitario que en otros sitios. Estamos más juntos, y no tenemos el trabajo tan aislado, necesitamos más unos de los otros que seguramente en otros servicios, y entonces aquí no se nota tanto la jerarquía de uno y de otro. En otros sitios si se nota más. [...] Pero siempre sale la cosa, pero cada uno estamos en nuestro sitio, y además lo veo muy bien que cada uno estemos en nuestro sitio, somos personas y podemos hacer nuestro trabajo en equipo perfectamente, pero cada uno nuestro trabajo, aquí se nota poco, la verdad, tienes que fijarte mucho para saber quien es un celador, quien es una auxiliar y quien es una enfermera y quien es un médico.

Vemos como el que se suavicen las diferencias jerárquicas es visto incluso por algunos médicos como un elemento facilitador para trabajo cotidiano.

(M-2) Por ejemplo, en el quirófano, que suelen ser momentos de tensión, por lo que me han dicho, allí el chillido impera, la tensión y la relación, así muy verticalizada, es la norma y entre ellos también, si el que está es jefe de sección. Y yo creo que así se trabaja mal, pues para estar trabajando todo el tiempo en tensión, pues yo creo que agota, cansa, a la larga eso cansa vitalmente, todo eso te lo llevas a tú casa y es peor. [...]Si tú estás cómodo, los enfermos se te seguirán muriendo, porque hay algunos que se tienen que morir, pero trabajar relajado, y que eso no sea una parte del problema, la tensión general entre el personal, pero claro, para eso hace falta conocerse, confiar

*todos y estar a buenas. Pero si que debería de ser un **factor facilitador del funcionamiento habitual.***

El trato en general está marcado por relaciones de colaboración cordiales, pero con frecuencia surgen roces y conflictos, entre diferentes personas, dentro del marco de incompatibilidades o desacuerdos personales, pero también se generan desacuerdos interprofesionales, en los que afloran temas de corporativismo y pugnas de poder: médico-enfermera y enfermera-auxiliar fundamentalmente.

(E-1) *Mis relaciones con la gente aquí son muy buenas, muy bien. Yo estoy muy contenta, yo estoy muy contenta donde este, pero aquí estoy aprendiendo mucho y me gusta mucho como se trabaja y como se hace, y la gente no tengo queja de nadie. [...]* Familiar, yo es que soy muy familiar.

La familiaridad es una característica que también refieren los informantes de otras investigaciones al pasar mucho tiempo juntos, las relaciones adquieren características de una relación familiar, donde hay intensas emociones y momentos de tensión y conflicto (Shimizu y Ciampone, 2004).

(E-8) *De facultativo y enfermería hay más o menos buena relación, por lo menos en mi caso, procuro llevarme más o menos bien con todos. Pero yo, por ejemplo con el jefe, me relaciono solo en lo profesional, con los demás intento ser más o menos “amigo”, no íntimo, trato de tener un trato más cercano, en la medida en que ellos te dejan y se ven más cercanos.*

(C-1) *Se marcan las distancias, pero que sí que hay una relación de compañeros a pesar de esa distancia, no sé cómo llamarlo.*

(M-1) *Creo que mis relaciones son buenas, y trabajo para que sean buenas. Yo me siento bien, creo que las relaciones son buenas.*

Los informantes aportan explicaciones de por qué hay más cercanía entre médicos y el resto del personal, como hemos visto las características del servicio tienen una gran influencia: el ser un servicio cerrado, pequeño, que atiende a pacientes de extrema gravedad. Esta última cuestión, la atención a pacientes “críticos”, introduce una variable que nos parece de gran importancia, la **interdependencia** del trabajo entre los distintos trabajadores que “obliga” a una **mayor interrelación**. Esta “densidad” de las relaciones

interprofesionales se teje en base a la interdependencia entre las tareas pero se ve influido por los factores contextuales (del servicio, a los que nos hemos referido) y personales, que por su intensidad obligan a los diversos profesionales del equipo asistencial a un contacto estrecho y constante.

(M-3) *A lo mejor en las UCIs más grandes, que están separadas por boxes, igual tienen también muy buena relación con algún grupo de enfermería o entre médicos y enfermeros, pero se reduce el tamaño. Tú no puedes tener conversación todos los días con, a lo mejor son 40 personas trabajando una mañana en algunas UCIs grandes. Claro los 40 no pueden estar, ni tan siquiera tomándose el café a la vez, es imposible. Sin embargo aquí eso es un punto positivo, si lo aprovecháramos bien, eso de poder vernos claramente y decirnos las cosas personalmente y bien, o aunque te lo digas mal un día, pedir perdón al día siguiente. Yo creo que eso es muy importante, y además ¡te conoces!, ya no solo desde el punto profesional, sino que como somos muy poquitos todos nos conocemos más o menos, hasta lo que cada uno quiere contar, lógicamente, de su vida, y eso es importante.*

(E-5) *La comunicación entre estamentos, yo creo que no es mala, hay casos puntuales, pero **tenemos suerte con los médicos que tenemos.** [...] Hombre, jerarquía hay, nosotros con las auxiliares tenemos menos, me da a mí la impresión. Con ellos tenemos pero también es verdad que exceptuando a alguno y en algunos momentos. Son abiertos a que tú le puedas decir: - oye hago esto o hago lo otro. Por lo menos, escuchan tú opinión.*

Como podemos apreciar, las interrelaciones en el grupo no se realizan solo en el plano lógico y objetivo, sino también en el plano socio-afectivo, subjetivo, de las emociones y de lo irracional: dependencia, cariño, solidaridad, agresividad, envidia, etc. Se gestan a partir tanto del conocimiento profesional como del personal. En este sentido estudios recientes revelan que entre los miembros de un grupo de trabajo se crea un “tono afectivo compartido” (Alcover et al., 2004, p. 324). La aparición de estas regularidades en cuanto a reacciones emocionales podría explicarse por diversos motivos, por una parte por la homogeneidad de rasgos afectivos que facilitaría la participación en el grupo, pero también los procesos comunes de socialización y de influencia social, la semejanza de la tarea a ejecutar y el grado de interdependencia en

su ejecución, así como las normas grupales u organizacionales sobre la regulación y expresión de las emociones. Pero a su vez las emociones y las variaciones en el estado afectivo, influyen sobre los procesos cognitivos y sobre el comportamiento en las organizaciones, al afectar a fenómenos como la toma de decisiones, el recuerdo, el rendimiento, la satisfacción laboral, la formación de juicios, las conductas prosociales y de intercambio, la resolución del conflicto o la negociación (Alcover et al., 2004, pp. 324-327). Recientemente el trabajo de Gamero (2008) sobre el clima afectivo en los equipos de trabajo, contribuye a consolidar el afecto como una propiedad del trabajo en los equipos que tiene implicaciones directas sobre la conducta y el rendimiento grupal¹¹⁴. Señalando que la homogeneidad en las experiencias afectivas del equipo tiene una gran influencia sobre determinados procesos grupales como la comunicación, la cohesión, la coordinación y el apoyo entre sus miembros (Gamero, 2008, p. 228).

Este tono afectivo compartido es apreciado claramente en los grupos estables, en las claves, desarrollándose un sentimiento de pertenencia al grupo (D'Amour et al., 2004) que fortalece la cohesión, como describe nuestro informante:

(E-5) *Aquí lo que pasa es eso, los de las mañanas aunque no os llevéis más o menos bien, hacéis un grupo, te dejás un poco llevar. También en las claves, más o menos te dejás influenciar por las opiniones de tus compañeros, incluso defiendes cosas que, si la vieras desde otro punto de vista, a lo mejor no serían así. [...] Porque todo ser humano tiende a tener un grupo en el que se cobija, y ¿con quién te cobijas? Pues con los que estás siempre. Al ser siempre los mismos pues tienes más afinidad. Yo con mis compañeros, ya no es que seamos compañeros de trabajo, son más cosas que hemos vivido juntos. Que si nos hemos ido a comer, que si conozco a su familia bastante, si nos vamos de cervezas, entonces ya son cosas, no es que seamos amigos del alma, porque no es cierto, pero si tengo más afinidad que con otra gente con la que he trabajado, pero no he trabajado como con ellos. [...] Hay vínculos personales. A lo mejor si estuviese en otra clave con los que yo creo que me llevo peor ahora, pues a lo mejor dentro de un año, te diría que también me llevo bien con esa gente. Es un*

¹¹⁴ Gamero (2008, p. 226) define el clima afectivo “como las experiencias compartidas por los miembros de un grupo de trabajo”. Destacando en su investigación como estas relaciones tienen un carácter dinámico y cambian a través del tiempo. Apunta como una estrategia para los gestores destinada a mejorar la eficacia de los grupos, “gestionar las experiencias afectivas dentro de los equipos”, fomentando experiencias afectivas positivas que favorezcan un clima de optimismo y eviten climas de tensión (Gamero, 2008, pp. 232- 237).

mecanismo de defensa, al final dices me tengo que acoplar a lo que tengo, te gustara mas o te gustara menos.

En este sentido las actividades extralaborales como comidas, actividades deportivas, etc. contribuyen a potenciar la cohesión grupal ya que fomentan el conocimiento mutuo de los miembros del equipo (Ros, 2006; Richardson et al., 2010). La participación en estos acontecimientos por parte del personal es variable, organizándose torneos deportivos y comidas por grupos afines¹¹⁵, integrados mayoritariamente por auxiliares, enfermeras y celadores, los médicos participan en menor medida en estos eventos, a excepción de la comida de navidad y de las despedidas de las personas que abandonan el servicio, aunque esto también puede estar motivado (además de por la diferencia de estatus) por la lejanía de su lugar de residencia, ya que todos viven en otras localidades.

Como afirman Alcover et al. (2004, pp. 324-327), los grupos y las organizaciones establecen sus normas sobre la regulación y expresión de las emociones. En el medio hospitalario y concretamente en la UCI, “impera” la cientificidad y la idea de que las emociones deben dejarse a un lado, porque pueden “contaminar” la toma de decisiones clínica¹¹⁶. La falta de reconocimiento de las emociones y de su expresión, genera conflictos e “incomprensiones”. Pensamos que la expresión de sentimientos y emociones¹¹⁷, podría ser saludable, ayudaría a la comprensión mutua y no tendría porque restar objetividad a la toma de decisiones que de igual manera se asentaría sobre la evidencia científica.

Las organizaciones modernas se sostienen por sistemas de creencias que realzan la importancia de la racionalidad. La legitimación ante el público depende a menudo de su habilidad en demostrar objetividad y racionalidad en sus acciones [...] El mito de la racionalidad nos ayuda a ver ciertas acciones como legítimas, creíbles y normales, evitando la discusión y el debate que surgiría de reconocer la base insegura y ambigua que subyace en muchos de nuestros valores y acciones (Morgan, G., 1990:121-122).

¹¹⁵ Normalmente dentro de los miembros de una misma clave suele haber relaciones más frecuentes fuera del trabajo, como quedar a tomar café, a comer, etc.

¹¹⁶ Esta idea es recogida de conversaciones informales durante la observación participante.

¹¹⁷ El trabajo de Gamero (2008, p. 238), apoya esta idea, apreciando que podría ser útil entrenar a los miembros del equipo en la expresión de sentimientos, fomentar la aceptación mutua y desarrollar reglas y procedimientos para afrontar los conflictos interpersonales.

Hemos de destacar también la importancia de la personalidad de los miembros, ya que el comportamiento individual tiene gran influencia en el grupal, y por tanto en el equipo (Robbins y Judge, 2009, p.331). Los seres humanos tendemos a asignar con frecuencia rasgos personales que utilizan para explicar las regularidades conductuales de los demás, es lo que llamamos personalidad¹¹⁸. Las características personales y el carácter son determinantes para la adquisición y puesta en práctica de la colaboración. Las habilidades interpersonales como la comunicación eficaz, saber escuchar, la crítica útil y constructiva, la objetividad, el reconocimiento de los intereses y logros de los demás, etc., son fundamentales para que haya entendimiento y sea posible perseguir propósitos comunes (Katzenbach y Smith, 2000, p. 90; Stewart et al., 2003).

(A-6) En teoría piensas: - si yo tengo más confianza, conozco más tiempo a una persona, en teoría puedo trabajar en equipo mejor con ella. Pero yo me he dado cuenta de que hay gente con la que he trabajado muy poco tiempo, que enseguida, hemos sido el equipo con el enfermo. Y con otras personas que conozco mucho más tiempo, noto que mi trabajo no es tan en equipo.

Según Alcover et al. (2004, p. 207-209) numerosas investigaciones¹¹⁹ muestran conexión evidente entre los rasgos personales y el rendimiento laboral. Destacando la

¹¹⁸ La personalidad es un constructo hipotético que se justifica con el tipo de actos que realizan cotidianamente las personas, que explican aquella parte de su conducta que se manifiesta en determinadas situaciones y que se mantiene casi invariable a lo largo del tiempo. Alcover et al. (2004, p. 204), recogen la siguiente definición:

La personalidad está compuesta por un conjunto de características cognitivas y tendencias conductuales que determinan las similitudes y diferencias de pensamientos, sentimientos y conductas de los individuos. Estas predisposiciones tienen continuidad en el tiempo y no pueden ser explicadas simplemente por las presiones biológicas, psicosociales o sociales del momento.

¹¹⁹ En los últimos años un gran número de investigaciones avalan la tesis que considera que hay cinco dimensiones básicas que explican la mayor parte de la personalidad humana (Alcover et al., 2004, pp. 207-209):

1. Extraversión o sociabilidad, que describe el grado de bienestar en las relaciones con otras personas. Sitúa en un extremo al individuo sociable y asertivo y en el otro extremo al individuo tímido y con conductas no asertivas.
2. Conformidad, referida a la adaptación a los demás. En un polo se situarían los comportamientos de cooperación, confianza y simpatía, en el otro extremo las personas frías, independientes, hostiles o toscas.
3. Consciencia o escrupulosidad, describe la disciplina, responsabilidad, confiabilidad, persistencia en oposición a los comportamientos irresponsables, impulsivos o frívolos.
4. Estabilidad emocional como capacidad de soportar la tensión. En un polo se sitúan las personas seguras de sí mismas, relajadas, despreocupadas y estables, en el otro polo las personas dubitativas, nerviosas, tensas o con afectividad negativa.
5. Apertura a la experiencia y a los cambios, indica la atracción por las situaciones novedosas, la curiosidad, la adaptabilidad y la imaginación. En el extremo opuesto se encontrarían los individuos cerrados ante lo novedoso

estabilidad emocional y la conformidad como rasgos predictores para puestos que precisen un gran número de interacciones y trabajo en equipo. Es destacable también que la consciencia se correlaciona positivamente con la autoeficacia y negativamente con el absentismo laboral. Xyrichis y Lowton (2008) destacan que las relaciones interpersonales positivas ayudan a lograr un ambiente de trabajo estimulante para el equipo, mejoran la comunicación y el trabajo en equipo eficaz. Hall (2005) también subraya que las características individuales contribuyen a la dinámica de grupo y que algunos problemas que surgen en las relaciones interprofesionales tienen su origen en desavenencias personales¹²⁰.

(A-6) *El carácter de cada persona influye y la habilidad que tenga también, hay gente que es más sociable, mas extrovertida y tiene más habilidad para comunicarse. Pero también creo que influye la formación que haya tenido. Porque muchas veces, lo digo por mí, cuando no sabes muchas cosas entras en una dinámica de hacer lo que hacen los demás. [...] Si, el que yo esté con una persona que me comunica como se puede hacer el trabajo, eso influye en todo.*

(A-2) *Una sola persona que tenga un mal carácter, o esté mal, puede hacer que un grupo perfecto no funcione, igual que una persona que no sea de un equipo y tenga la capacidad de adaptarse a la gente, se puede adaptar al equipo perfectamente aunque sea por horas [...] Influye mucho el tiempo, el carácter.*

(A-1) *Ese ambiente enrarecido se contagia al resto, es como una plaga, se contagia a todo el servicio. [...] Si estás oyendo que fulanico y mangánica están dándose voces o hablándose mal, llega un momento que va degradándose todo. Eso influye en todo, en el trabajo, en la actitud. [...] Yo veo que es fundamental venir bien, llevarte bien con los compañeros, y cuando hay que trabajar se trabaja y cuando no se tiene trabajo, pues si hay que sentarse, se sienta uno.*

(E-7) *A nivel personal si tú trabajas en equipo y tienes un equipo con el que te encuentras a gusto, la verdad es que se te hace el trabajo muy divertido, te lo pasas bien y vienes con ganas al trabajo. Si estas en un servicio donde la dinámica es de*

¹²⁰ De manera que puede llegar a interpretarse y vivenciarse, conflictos relacionados con las tareas como conflictos personales (Gamero, 2008, p. 239).

equipo, y la unidad tiene buen ambiente, está todo bien montado, es lo 1º que miras cuando llegas a un servicio. Es lo principal. El tener un servicio bien organizado, que haya una buena dinámica y que todo el mundo sepa lo que tiene que hacer, bien definido, que lo tengas claro y que no haya ningún problema. Es beneficioso para todo el mundo [...] A mí lo que más me influye es el ambiente de trabajo. Si hay un buen ambiente, que todo el mundo esté a gusto y con ganas, eso influye mucho, es lo principal.

Se muestra así la importancia del grupo, de las relaciones con los compañeros de trabajo, y sus vínculos con el rendimiento, la satisfacción y la motivación laboral (Stewart et al., 2003; Yeager, 2005; Purdy, Laschinger, Finegan, Kerr y Olivera, 2010; Carrillo, 2011). En este sentido los estudios de Rubio et al. (2006) y Kalisch et al. (2010) muestran que en las unidades de atención a pacientes agudos, la percepción por parte del personal de enfermería de un mayor nivel de trabajo en equipo conduce a una mayor satisfacción en el trabajo.

La colaboración del personal no se reduce a la práctica técnica sino también de conocimiento entre el equipo de enfermería y el médico¹²¹, de manera que las aportaciones, preguntas, recomendaciones de enfermeras a médicos, dependen del conocimiento mutuo (Urios, 2002, p. 206). Lo que concuerda con la afirmación de diferentes autores de que resulta difícil colaborar con otros profesionales de los que no se conoce como realizan y orientan su trabajo, por tanto es necesario el conocimiento mutuo de los miembros del equipo, personal y profesionalmente (Millward y Jeffries, 2001; D'Amour y San Martín, 2006a). De manera que la buena relación personal previa, el “feeling”, es considerado por los informantes como base para la construcción de un equipo de trabajo eficaz, lo que concuerda con los hallazgos del trabajo de Rubio et al. (2006).

(M-3) *Yo creo que si tú con una persona tienes una buena sintonía el trabajo va fluido. Si por lo que sea hay algo personal, que a lo mejor no es nada, simplemente que son caracteres diferentes, se hace todo mas difícil, pero vamos, como en los matrimonios, o en las amistades, la relación personal influye mucho. Igual que el*

¹²¹ El trabajo de Sirota (2009) apoya también esta afirmación, destaca que los médicos respetan más los conocimientos y habilidades de los profesionales de enfermería cuando trabajan en contacto estrecho y los conocen mejor.

momento que cada uno esté viviendo a nivel personal en ese momento, aunque intentemos dejárnoslas en la calle. Pero eso se nos nota, cuando alguien ha atravesado un mal momento, se nota, a lo mejor no sabes que le está pasando, pero sabes que le está pasando algo. Con los años eso se adivina y se nota. La relación interpersonal es fundamental. Si hay filin las cosa van rodadas. [...] Lógicamente una persona que tenga más mano izquierda encaja mejor en un equipo, por lo menos a priori. Porque no crea conflictos, ni malos royos, ni un ambiente tenso. ¡Claro! eso es fundamental para el trabajo. Todo depende también de hasta donde llegue esa mano izquierda, porque igual es que te importa todo un comino, y siempre estás bien con todo el mundo porque no te implicas realmente en ninguna cosa. Y la parte contraria también es mala, si a todo le buscas los contras, y nada lo ves positivo, y todo lo tienes que discutir, y todo tiene que ser según a ti te parezca, pues eso lo único que hace es trabar la labor de equipo. Yo creo que el carácter influye mucho, un carácter positivo, optimista, frente a uno pesimista, influye mucho.

(M-2) La confianza con algunos se hace con el tiempo y otros se la ganan. [...] La confianza con el tiempo suele llegar, pero también depende, hay gente con la cual hasta que pasa un tiempo, no es que lo tenga bajo sospecha, pero vamos no es lo mismo que me llame uno que no sé ni cómo trabaja, pero hay otros en los cuales al muy poco de estar, por la forma de trabajar de llevar los enfermos, de plantearte los problemas, ciertas cosas que a mi rápidamente me dan confianza. Que eso no quita para que alguna vez meta la pata él, igual que la meto yo. Pero la confianza yo creo que se gana y se gana con el tiempo y también por personalidad.

(E-2) Yo creo que en general nos tienen confianza. De los médicos a nosotros en general. Claro siempre hay excepciones, pero, yo creo que en general si nos tienen...

(E-8) Si el ambiente es bueno, lógicamente habrá buen rollo y si es malo... Y luego depende de cada uno de la inteligencia, de la capacidad de pragmatismo, porque en esta vida hay que ser muy pragmático. [...] No hay que ir en contra de la corriente. También de madurez, que si hay que apechugar con algo, hay que apechugar y no a mirar para otro lado.

(E-2) Por lo menos llevarnos lo mejor posible, y una actitud agradable y que no estemos con males caras, ni malos rollos, yo creo que eso es fundamental. Bueno luego

trabajas con una gente mejor que con otra, pero el que vallamos con males caras o con malos rollos, bueno un día malo lo puede tener cualquiera, y estar de mala uva, pero que no sea una tónica habitual. [...] Venir con buena actitud, con ganas de trabajar. Y dejarte los problemas, o sí estas enfadado, dentro de lo posible, por supuesto... y respetar lo que hace una persona, respetarlo.

La tensiones personales y la afectividad negativa genera malestar y estrés en el grupo, poniendo de manifiesto la importancia de los roles de de cohesión (Borrel, 2004, p. 25) para la creación de entornos laborables saludables (Clark, 2009) y agradables, y en el establecimiento de un clima de confianza. Los problemas a este nivel socio-afectivo pueden presentarse por problemas comunicacionales generados por diferencias de edad, sexo, status, experiencia, características psicológicas (timidez, desconfianza, introversión/extroversión, etc.). En ocasiones también se pueden producir fenómenos “colectivos” que generen un pensamiento grupal que llegue a “etiquetar” a un individuo y que genere respuesta socio-afectivas negativas de rechazo, marginación, que ignoren, inhiban o ridiculicen a la persona.

(A-6) La gente se acopla al resto, si lo demás hacen una cosa, eso es así. Si que a lo mejor cuando llevas mucho tiempo puedes ir modificando alguna cosa que no te guste, pero cuando llegas la gente se acopla a la dinámica del grupo. [...] Cada grupo tiene una dinámica, y dentro cada uno también. En la mayoría es muy similar.

(E-5) De hecho aquí viene gente nueva y dependiendo de cómo seas, también nosotros prejugamos, a la gente que viene. [...] Es un fallo que tenemos todos, porque quizás, el que tiene más cualidades, por decirlo de alguna forma, es menos lanzado, y es menos lanzado porque es más prudente. Luego llega otro y es un tío que te cae de “puta madre”, y quizás el otro tenga mejor forma de trabajar, y quiere conseguir más que el que tiene más habilidad social. Pero como en todo en la vida la habilidad social también cuenta mucho.

La existencia de afinidad en un equipo (en el sentido de compatibilidad entre sus miembros) se manifiesta en relaciones sociales positivas, lo que reduce los conflictos, aumenta la interacción social y facilita las relaciones sinérgicas y la colaboración

(Stewart et al., 2003, p. 53; Rubio et al., 2006)¹²². La similitud de caracteres, intereses, edad, sexo, situación personal (hijos), etc., establece conexiones entre los individuos. En el ámbito sanitario (como ocurre también en otros entornos) el contacto continuado y la existencia de unos turnos de trabajo (que incluyen noches, fines de semanas y festivos) acentúa las relaciones con compañeros de trabajo a la vez que las limita con otras personas. Cruces (2006, p. 106) destaca que se produce una conexión permanente de los profesionales tanto temporal como afectiva con el hospital y una desincronización del profesional con el ocio y el descanso de sus redes sociales fuera del hospital que se manifiesta y es alimentada a su vez por fenómenos de endogamia profesional.

(A-1) *Con el tiempo aprendes los límites de cada uno. [...] Conocerse hace muchísimo, y el llevarse bien con una persona. Si no tienes comunicación y te llevas a matar, y no hay un respeto, ¡pues no vamos a ninguna parte! [...] En la clave te haces más piña, estas más horas, pasas más horas que en tú casa muchas veces. Y nada más entrar por la puerta ya sabes como viene, nos conocemos. Se hace más unión y se sabe cómo trabaja el uno y el otro. Y si le falta a uno empuje puedes decir vamos, que tenemos que hacer esto. Y lo decimos con familiaridad no como critica. En cambio cuando no hay confianza, y no tienes la cosa de decir este enfermo tiene esta necesidad, lo estás viendo. Lo haces con una simpatía con una cosa, 1º obligación que la tienes por ese enfermo, para eso te pagan y como persona tú tienes que estar donde tienes que estar, para eso vienes. Pero con unión y comunicación se trabaja mucho mejor, que con una persona que piensa pues si no tiene ganas de moverse, tanto el uno como el otro. [...] Llamas a otra con la que te llevas mejor para que te haga el favor. De la otra manera tú sabes que tienes 2 auxiliares en el turno o 3 por las tardes y que con la que te toque tienes que trabajar.*

Todas estas cuestiones nos llevan a la importancia de conocerse, de saber lo que podemos esperar del otro, como base de la creación de relaciones de confianza, imprescindible para delegar y acoplar actividades interdependientes.

La confianza como estado psicológico implica expectativas positivas sobre las intenciones, razones y conductas de los demás respecto a uno mismo en situaciones que

¹²² La afinidad se ve favorecida por la similitud de intereses y creencias, aunque Stewart et al. (2003) también destacan que mucha similitud puede dificultar que se logre sinergia, por lo que los equipos eficientes deben equilibrar similitud con diversidad.

pueden suponer un riesgo. Está determinada por la predisposición a confiar de la persona (personalidad), la experiencia común acumulada (entre las personas implicadas) y los factores del contexto. Aquí cobra importancia el **factor tiempo**, como acumulo de experiencias vividas y compartidas.

(E-5) *Aquí pasa que, como todo en la vida, tienes más afinidad con una gente y menos afinidad con otra. ¿Con quién tienes más afinidad? Pues normalmente con la gente con la que trabajas siempre. Dentro de tu grupo se hacen minigrupos, son las claves más o menos. Si encima te llevas más o menos bien con la gente con la que estás, que al final con el paso del tiempo todos nos hacemos más tolerantes, porque yo tengo mis fallos, y mis compañeros también los tienen, pero al estar siempre juntos. Pero hay veces que es insoportable, que hay gente que no soportas.*

(E-7) *Por las mañanas yo no sé con quién voy a trabajar o quien me va a ayudar [...] La confianza no es la misma [...] No es la misma relación. Cuando llega el verano y estas con 2 sustitutos, pues siempre te escudas más en tu compañero de siempre.*

(E-3) *Me cuesta trabajar en equipo por las mañanas y cuando cambio de clave. El que seamos siempre los mismos en el mismo turno, es muy importante, será que se crea unión, a nivel personal, y eso repercute con el enfermo.*

(M-3) *La confianza es fundamental, yo creo que si no se tiene confianza el equipo no funciona, porque si hay un fallo... Cuando las cosas van bien, no pasa nada. El tema de la confianza, de la responsabilidad, del trabajo en equipo y todo eso, surge cuando las cosas van mal, cuando hay un problema. Si tú no tienes confianza para comentarlo con quien corresponda, a lo mejor no es con un médico, con quien lo tienes que ver, pero tiene que haber una confianza entre los miembros del equipo. [...] La confianza se genera, primero hablando, si no conoces a la persona, no tienes ni idea de que va, ni que sabe, ni que no sabe. Segundo no imponiendo todo desde el primer día, tu vienes y yo te cuento y te digo, ahora sí, si yo te cuento y te digo y te explico, tu responsabilidad es prepararte eso y mirarlo y hacerlo. Si tú llegas y me dices un día que has cometido un error y tal, yo creo que en principio no va a haber bronca monumental, en función también del tiempo que lleves aquí y de la gravedad del error, claro. Y que el castigo no sea una reprimenda a lo bestia porque si no esa persona no te lo va a volver a decir, pienso yo. Intentar ponerte en su lugar, pero claro hay que*

asumir cada uno la parte que le toque. [...] Yo creo que lo más importante para la confianza con una persona es la actitud. El conocerse hace mucho.

(A-6) Cuando ya conoces a una persona como trabaja, tienes más confianza en que va a hacer mejor el trabajo, y trabajar más a gusto, porque sabes que lo que surja, no va a depender del azar, o tanto de lo que ella haya hecho. Y eso con enfermeras, con auxiliares, con médicos. Estas mucho más pendiente cuando no conoces, que no sabes lo, que va a pasar, que cuando conoces.

(M-2) Eso determina, efectivamente estamos jerarquizados, pero antes de la jerarquía tiene que imperar un poco la confianza. Si yo no me fío de con quién estoy trabajando, o vosotros decís: - Es que cuando esta X yo me siento vendido. Pues mal empezamos, si tú como enfermero te sientes vendido porque no te responde, lo llamas y no te soluciona. La confianza es fundamental, habitualmente no sueles confiar en gente con la que no te llevas bien. Entonces las relaciones interpersonales son fundamentales, creo yo, deberían de ser capaces de fluidificar las jerarquías, deben hacer que la jerarquía exista, pero debe ser una cosa que no se debe de notar, tú en vez de ordenar pides: - Yo por favor dame tal. O no tener porque decir por favor, porque hay momentos para la cortesía y momento que no, todo eso, nos conocemos y la prisa obliga. Evidentemente hay turnos con los que te encuentras más cómodo trabajando, otros menos.

Aunque el exceso de relaciones personales es visto como una interferencia que puede producir una confusión de roles, esto genera en los médicos una necesidad de mantener distancias. Como señalan también Kydona et al. (2010), la estructura jerárquica y autoritaria domina, lo que hace que resulte molesto y mal tolerado el que se cuestionen las decisiones. Esto resulta especialmente patente con respecto a las decisiones médicas, pero también en las decisiones del personal de enfermería.

(M-1) El exceso de trato personal a veces dificulta en algunos aspectos el trabajo en equipo [...] porque cuando te metes excesivamente en la vida del otro, que suele ocurrir, a veces puede generar malos entendidos en algunos aspectos, y eso no es bueno. Pero no siempre, puntualmente, no estoy diciendo que las relaciones entre nosotros a nivel de que vayan más allá, vayan a dificultar al 100%, pero en algunas personas pueden dificultarlo. Una situación más impersonal, el que haya menos

relación interpersonal, implica que tu objetivo es trabajar, y al final royos personales que se puedan incluir, que puedan afectar al trabajo cotidiano no se suelen dar, eso beneficia para unas cosas y empeora para otras. Es un trato más frio pero por otro lado cada uno va más a lo suyo, y considera que cada uno es muy válido en su papel y lo consigue...Es muy importante sobre todo el esquema organizativo que tienen. [...] Una de las cosas que dificulta el trabajo en equipo es que la gente no tiene claro el objetivo, cual es su función aquí. [...]A veces he tenido que dejarlo claro para que las cosa funcionen, tu estas aquí, y yo estoy aquí y estas son tus funciones y estas las mías. Y al dejarlo claro ha funcionado la cosa perfectamente, concretamente con las personas con las que me ha pasado. [...] Hay muchos puntos de inflexión, pero el problema fundamental es que cada uno no tiene muy claro cuál es su objetivo, y no se transmite, por nuestra parte que es lo que queremos hacer con el paciente a nivel amplio, desde el punto de vista informativo, clínico, desde todos los puntos de vista del paciente. [...] La excesiva confianza, genera a veces que no sepamos donde estamos. [...] Y que una cosa es el amigueo y otra cosa es el trabajo, y que no le permites que tome una decisión, que tengo que tomar yo. [...]Porque no es su competencia y al final la responsabilidad me toca a mí. [...]Me cuesta trabajo, no me gusta, pero a veces tienes que hacerlo y ahí sí que se genera un conflicto.

(A-4) Creo que sí, que la confundimos, muchas gente que lo confundimos, pero también hacen muchos que lo confundas, que te creas que es tú amigo y que puedes decir lo que quieras, cuando en realidad ves después que no es así, yo me creo que nos ha pasado, pero porque no sabemos separar, una cosa es que si, que a mí me gusta que el trabajo vaya en equipo incluso con el médico, pero ya está. Lo demás fuera, aquí no. Te dan una confianza que tú te tomas, y puede que te equivoques y que esa confianza que te han dado o que tú te crees que te han dando puede que no sea así. [...]Sí, que esa confianza te ha hecho creerte que tú papel es otro, y no tú papel, cada uno tenemos el nuestro.

El conflicto es otro elemento básico de la dinámica de equipo, fundamentalmente la capacidad de los miembros del equipo para aprovecharlo de forma positiva. La diversidad crea tensión, pero es necesario aprovechar las distintas opiniones para enriquecer al grupo. En este sentido el líder debe gestionar el “conflicto constructivo”, generando respeto entre los miembros, como “emoción” no como decisión (Ros, 2006,

p. 82). Como vemos en los relatos de nuestros informantes las relaciones interpersonales son la base de muchos conflictos (confianza, problemas personales, etc.). También la falta de consenso, la imposición y la idea de que tú trabajo o tus aportaciones no son valoradas:

(E-1) *A mí me crea conflicto que crean que yo no vengo a trabajar, como que no doy al 100%, por lo menos en mi clave eso crea conflicto, porque queremos aprender y hacerlo todo lo mejor que podemos, y nos crea conflicto con respecto a los médicos, que ya nos lo ha dicho más de uno. [...] Yo no me siento valorada en mi trabajo y eso me crea conflicto.*

(A-6) *Yo creo que la mayoría de las veces son cosas personales, dependiendo de las personas, de la situación que tengan entre ellas, lo que generan muchas veces los enfrentamientos.*

(A-2) *Mil cosas: que tú forma de ver las cosas no sea igual que la mía, y que por imposición tenga que ser, que no sea por acuerdo sino por imposición. Los conflictos interpersonales son los que más te pueden llevar, porque el resto yo creo que se subsanan, poco a poco y hablando. Pero los que hay entre la gente y sobre todo cuando son caracteres fuertes cuesta muchísimo.*

Otra fuente de conflicto es el estrés, los informantes lo relacionan con el aumento de las cargas de trabajo, el tipo de paciente, las situaciones de emergencia, el desarrollo de nuevas tecnologías o de técnicas poco habituales de las que se tiene un menor conocimiento o dominio técnico.

(E-1) *A lo mejor en momentos de estrés y de más cargas de trabajo, pues a lo mejor se dan malas contestaciones, porque no puedes, entonces das una mala contestación, o un grito mal dado y eso pasa aquí mucho, bueno, ¿mucho?, pasa. Eso puede ser un conflicto entre compañeros. Muchas veces está relacionado con las cargas de trabajo, o como venga uno, como le pille el día, como venga uno de ánimo. A lo mejor venimos mas torcidos y lo pagamos con quien no tenemos que pagarlo.*

(E-2) *El stress por supuesto, pues claro, y te llevan a pegar un grito..., a decir algo..., que luego te arrepientes, porque es verdad que esto es duro... porque por lo general la gente tiene buenas formas [...] Entonces yo creo que más bien la carga de*

trabajo, el stress, a lo mejor comentarios que luego no hay que darles más vueltas: que me han dicho; que has dicho.

(M-4) *Épocas malas en las que los pacientes se eternizan y claro que generan conflicto, porque cansan psicológicamente. Porque no ves los resultados después de estar 3-4 meses el paciente baja a la planta y a los 2 días se muere, o a las 6 horas. Y luego porque hay trabajos que no gustan, [...] La mayoría de los conflictos aparecen cuando hay carga de trabajo.*

(M-1) *Claro estas con esa presión de tengo tal paciente, en observación ,en urgencias que tengo que ingresar, que tengo que poner el tratamiento, y claro muchas veces corres, fuerzas, vamos venga que tenemos que hacer tal, y claro vas presionado, a veces utilizas malos modos, que no debemos utilizar porque lógicamente tampoco es para tanto, pero a veces esa presión genera que a lo mejor utilices unos modos regulares con la gente, que no debes utilizar y si influye negativamente a veces en las relaciones. [...] Si, pues a veces la responsabilidad agobia, te estresa y vas con esa espada de Damocles, porque, sobre todo lo que nos pasa a nosotros es que **tenemos que dar la cara a los familiares de lo que le estamos haciendo** y demás, entonces eso pesa y más en la situación actual en la que se mueve la medicina, que está mucho más tecnificada, se ha transmitido a los medios de comunicación, la información es más accesible, luego la gente viene más formada o viene ya leída con el tema de su familiar, que lo interprete bien o no... Lógicamente es otro problema que tenemos, que a veces no se interpreta bien. Los medios de comunicación también nos influyen también de manera negativa con las interpretaciones que hacen erróneas y que lo hacen de manera que sientan casi "jurisprudencia", lo que dice la televisión es cierto, y lo que dice el ámbito sanitario no tiene nada que ver, que estamos siempre cometiendo negligencias, que eso no es así. En fin eso también es otro factor que añade presión y que a veces esa presión no es tan positiva, porque a veces terminas influyendo a los demás, vas de mal humor, actúas de manera digamos más autista, te alejas más, a veces ocurre.*

Como vemos la necesidad de que las decisiones clínicas y las actuaciones, con respecto a los pacientes, se realicen en el menor tiempo posible, es una fuente de presión que trae como consecuencia que en ocasiones se empleen “malos modos”, teniendo una influencia negativa sobre las relaciones interpersonales e

interprofesionales. Estas reacciones pueden potenciarse o agudizarse dependiendo de la relación previa, de la empatía, del conocimiento previo personal y profesional, de la personalidad, de la experiencia, de la situación personal o del estatus, como hemos analizado a lo largo de este capítulo. Otro aspecto importante es la relación con los familiares de los pacientes, y la responsabilidad y comunicación de las informaciones (como analizamos en otros capítulos).

Genera también conflicto, como hemos visto, la idea de que no todos los miembros del equipo aportan el mismo trabajo, y tener que asumir tareas de otros. Así como la falta de responsabilidad. Vuelve a aparecer la importancia de la figura del supervisor, del liderazgo para evitar situaciones injustas, organizar el trabajo y motivar al personal:

(A-1) Creer que alguien está cobrando más por hacer menos. El absentismo, no venir a trabajar y que otro te saque el trabajo, y la que cae bien pues no pasa nada, se perdona todo, pero la que cae mal. Que no son justos. Si aquí se entra a las 8 pues es a las 8, que siempre son las mismas personas que nos conocemos, esto es pequeño, y sabemos quién lo hace. Es muy difícil ser justo, y como no tienes poder para decir: ¿me estas motivando porque estoy sacando mi trabajo y el de otra persona? pero a lo mejor esa persona es igual que yo o incluso más haciendo menos que yo, y si te descuidas hasta cobra más que tú. Que ya no es eso, que hay muchas cosas para motivarte. No solo en lo material. [...] No puede ser que como el trabajo se saca y se saca a consta del trabajo de 4, y los demás a vivir como reyes y a poner la mano a final de mes. [...] Hay que dar una compensación cuando haya que motivar y no ya castigo, pero si decir: te refresco la mente que de esta manera no vas bien. [...] que para eso tenemos supervisor. Si nos tiene que leer la cartilla que nos la lea. Un diálogo.

Se reconoce como fuente de conflicto entre médicos la competitividad, y a nivel interprofesional la falta de información y de comunicación que trae consigo la disparidad en cuanto al enfoque en la atención al paciente:

(M-1) Entre nosotros crea conflicto, la competitividad. Entre nosotros y enfermeros porque no tenemos claro, si no hemos transmitido lo que hay que hacer con ese paciente, a lo mejor enfermería tiene un concepto de lo que tiene que hacer que no tiene nada que ver con lo que se tiene que hacer con ese paciente. Entonces llegan las

dudas, y empiezas a ser taxativo. Déficit de información. [...] Hay gente que intenta eludir responsabilidades, intenta escaquearse del trabajo. Hay gente que es muy trabajadora, pero hay gente que es menos trabajadora, como en todos sitios. Pero claro eso genera en la gente que es trabajadora una carga de trabajo que supone un estrés añadido. Hay tantas cosas, la interrelación, entre los jefes y nosotros, que a veces filtra tanto la información que quiere dar, que genera un estrés añadido.

La interrelación con los jefes es reconocida como otra fuente de conflicto en médicos y personal de enfermería, en relación al manejo de la información, la falta de participación y reconocimiento, la organización del trabajo, la motivación y la equidad.

Pero como hemos visto al hablar de la contratación del personal la configuración de los equipos no tiene en cuenta ni los rasgos ni compatibilidades personales, aunque en ocasiones este ajuste se efectúa a través de cambios de clave o de servicio.

(M-3) *Aquí estamos impuestos, esto es como la familia tienes la que te ha tocado.*

(E-6) *Te hace que te unas, estas todos los días juntos, cenas juntos, te cuentas las cosas, sabes dónde has ido el fin de semana. Se hacen grupos, pero también es bueno que haya esos grupos así. Yo pienso que debería de haber más relación entre todos, a la hora de trabajar. [...] Los médicos pienso que tienen más confianza en los que conocen más y los han visto más veces trabajar, saben cómo funcionan, es lo que yo creo [...] Yo creo que sí, porque la responsabilidad última es de ellos. Yo creo que en su lugar también me pasaría. Entonces claro cuando hay alguien con experiencia, yo noto que están más tranquilos. Pero es lo que hay, no pueden elegir y nosotros tampoco.*

La capacitación científico-técnica y la experiencia en el servicio tienen gran influencia en la confianza que los médicos tienen en el resto del personal (y también entre el personal de enfermería en general).

(M-1) *Tú puedes estar muy cómodo trabajando con alguien pero tienes que trabajar con todo el mundo y eso es inevitable. Yo lo que hago es que con aquellos con los que tengo menos confianza, procuro estar un poquito más encima sin que se note, procuro estar más tiempo en el box, estoy por allí de charla, viendo cómo funciona, hasta que yo vea cómo funciona o hasta que vea cómo puedo conseguir reconvertir la situación. [...] ¿Cómo se genera confianza?, pues cuando estás trabajando con la*

persona continuamente y no dejándola.

(M-4) Yo si confié en el personal de enfermería. Por ejemplo en verano que viene gente nueva, ahí sabes que la gente no sabe, pero bueno aun así yo no estoy fiscalizando el trabajo que hacen ellos, doy por supuesto que lo hacen bien, claro con la gente que conoces pues tienes mucha más confianza. Yo creo que sí que se hace bien pero no tiene que ver la formación específica o especializada con la generalista, si no el conocerse, conocer cómo trabaja [...] Si tú sabes cómo trabaja la gente, si la gente trabaja bien. Yo tengo confianza en lo que se hace, yo no entro a ver si se está haciendo bien el trabajo.

De manera que la formación y la experiencia, el tiempo en el servicio son también un distintivo entre profesionales, tanto entre las distintas categorías como dentro de una misma y marca la valoración y prestigio en las enfermeras y auxiliares que se entreteje con factores como las relaciones de confianza y la responsabilidad.

(E-5) La formación si influye sobre todo al principio, cuando llevas mucho tiempo aquí como saben que más o menos controlas, te consideran, yo tengo la impresión de que me consideran como un poco más de “estamento”, dentro de nosotros mismos. Llega alguien joven, por decirlo de alguna manera, o que ha estado poco tiempo en UCI, y claro, es que es lógico, es humano. Sería del género tonto que ellos no lo hicieran, porque nosotros mismos lo hacemos con la gente que llega nueva, que son nuestros compañeros. Si ha estado poco tiempo, yo intento explicarle: - esto es así, ten cuidado con esto o aquello. Es lógico, es normal, desde mi punto de vista. [...]

Cuenta el que te conozcan más o menos. No es lo mismo una persona que lleva un año que la que lleva 7. El que lleva 7, ya ha hecho muchas guardias con ellos. Te conocen y tú los conoces. Entonces la opinión cambia de una cosa a otra. Es lógico. Yo creo que tú puedes opinar lo mismo que yo, sin embargo la gente que lleva 1 año no va a opinar lo mismo que nosotros.

(C-2) Yo cuando empecé aquí, aunque estaba un poco que no sabía lo que hacía, ya sentía que trabajaba en equipo, la gente me hacía sentir, hombre no la conocía, cada día estaba con una distinto, entonces a lo mejor no es necesario conocer a la gente, si no el tipo de trabajo, y la forma, no lo sé, ya te hace... [...] Ahora, cuando llevas más tiempo, conoces a la gente, sabes si a esta le gusta que te pongas aquí o allí,

por ejemplo. Un poco las formas de trabajar de cada uno, si que las vas conociendo, aunque no siempre lo puedas hacer, si que cuando llevas tiempo, no sé si eso es positivo o negativo, pero para trabajar en equipo, yo creo que si influye.

(E-6) Si, eso sí, depende, lo mismo una persona que lleva mucho tiempo se tiene más en cuenta, porque la experiencia creas que no...También a veces hay alguien que cae muy bien muy bien, también. Pero sobre todo la experiencia si se tiene en cuenta.

(E-3) No es lo mismo una persona que lleve aquí 10 años, ni lo va a ser. No es lo mismo, tiene muchísimo más valor su juicio, para ellos y para mí también. Es normal.

(E-2) Si, no sé, puede ser que desde el punto de vista de ellos les merece más confianza la gente que lleva más tiempo, que a veces hay gente que lleva poco tiempo que se merece la misma confianza, no sé ,que si es que a lo mejor tienen que hacérselo valer... .. aunque también depende de que profesional estamos hablando.

Diversos autores coinciden en señalar que los cambios en el tamaño y en los miembros del equipo, favorecen la distribución desigual de los conocimientos y de la información (Kvarnström, 2008). En este sentido la rotación y la temporalidad afecta a la capacitación técnica (Aranaz et al., 1994). Para que se generen modelos mentales compartidos debe haber un cierto grado de estabilidad en los equipos, la rotación del equipo tiene un impacto negativo en esta y en la coordinación, al dificultar el aprendizaje de equipo, la integración social y la identidad. Además puede hacer que los médicos, y el resto del personal, sean reacios a invertir tiempo y esfuerzo en el desarrollo del equipo. Gillespie et al. (2010) encontraron en su estudio que la discontinuidad de enfermería y la falta de conocimientos sobre los procedimientos a desarrollar eran apreciadas como dificultades que ocasionan conflictos interdisciplinarios, constatándose que el personal permanente y competente contribuyo a una buena comunicación y al trabajo en equipo. La estabilidad permite familiaridad facilitado las conductas positivas y vínculos afectivos (Richardson et al., 2010). También se reconoce su influencia sobre la motivación de equipo, ya que la rotación y la temporalidad del personal dificulta la identificación con el equipo (Millward y Jeffries, 2001). El trabajo de Atwal y Caldwell (2002, p. 363) también identifica como frenos de trabajo en equipo las “diferentes percepción del trabajo en equipo” y “los diferentes niveles de adquisición de técnicas”. Esta problemática también es expuesta

por los informantes del trabajo de Campo y Cidoncha (2004) que consideraban que la experiencia y el conocimiento de la unidad debían determinar la asignación de sustitutos. Observan que sería necesario añadir 2-3 días al contrato para la formación de aquellos profesionales que no conozcan la unidad.

(A-6) *La formación no se tiene nada en cuenta, y en este servicio sí que se tendría que tener en cuenta, y si no se va a tener en cuenta esas personas tendrían que venir por lo menos una semana antes, para saber cómo funciona el servicio porque las plantas sí que cada planta es distinta, pero la dinámica de trabajo es prácticamente la misma, y aquí no. Hay muchas cosas a nivel general del servicio que no se saben, que las aprenden sobre la marcha, y entonces tienes que estar tiempo aquí.*

(A-2) *El que haya mucha gente y no sea fija hace muchísimo, porque si fuéramos siempre los mismos y que desde que te incorporas a ese grupo sabes que vas a hacer el mismo trabajo. Aunque se diga rutina, la forma de trabajo va encajando, porque es una persona que sabes que va a seguir trabajando contigo, que a la hora de responder va a responder igual que tú.*

(E-7) *Cuando viene la gente nueva lo dejan mucho en manos del que venga, si tiene interés va para adelante y aprende más. Pero si el que viene esta “pegao”, no hay un plan, debería haber un plan de acogida, sobre todo en servicios especiales, es lo que hay en la mayoría de los sitios. Un plan de acogida y una guía por escrito. Muchas veces llegas aquí nuevo y empiezan a explicarte la dinámica de la unidad y no se te quedan la mitad de las cosas. Si tú te llevas por escrito todo lo que se hace en cada turno, las normas de la unidad [...] Eso le ayuda mucho a la persona que venga y a nosotros [...] Yo me acuerdo que allí¹²³, todos los años, se intentaba que fueran los sustitutos que han pasado, fueran al mismo servicio, aquí nada, un año viene uno, otro año viene otro. [...] Nuestro supervisor debería de tener más poder a la hora de la selección de sustitutos, y que sean los mismos del año pasado por el bien de la unidad.*

(M-1) *Nosotros no podemos cortar que la gente no venga aquí, pero si seleccionar un porcentaje pequeño de la gente que venga, sobre todo contratar gente que ya ha estado antes, no cerrar, pero tener ciertos criterios de entrada, demostrar una serie de capacidades. Porque es un servicio central, muy específico que requiere*

¹²³ Se refiere a otro hospital donde trabajaba anteriormente.

una serie de habilidades, para adquirirlas hace falta estar aquí, pero no se puede tener en el verano un alto porcentaje de gente que no ha adquirido esas habilidades de golpe. Yo restringiría muchísimo la gente nueva por adquirir habilidades y contrataría perfiles profesionales que han estado trabajando aquí, ¿bolsas separadas como en hemodiálisis? casi que sí. Sin cerrar la puerta porque si no, no tendríamos a nadie que tuviese esas habilidades. Pero si ser muy selectivo. Un cupo determinado, mientras no salgan las especialidades propiamente dichas.

Apreciamos la importancia que tiene para nuestros informantes el conocimiento técnico y funcional de la unidad para poder integrar (y confiar) a las personas que se incorporan por primera vez al servicio, destacan como importante la actitud¹²⁴ para realizar el trabajo, aprender y relacionarse con pacientes, familiares y compañeros.

Podemos decir que los miembros de los grupos establecen entre sí relaciones a través de un proceso y evolución propios, por el que cada individuo desarrolla una imagen de los demás que constata, actualiza o modifica continuamente. Se crean reglas y normas internas, se distribuyen los roles. Cada individuo será capaz de modificar su actitud y su conducta en la medida en que sea consciente de los sentimientos y de las reacciones que experimenta en cada situación, de manera que el elemento esencial del aprendizaje compartido es la experiencia vivida (Schein, 1988, p. 24).

3.2 Ideas, concepciones y creencias sobre el trabajo en equipo.

Como afirma Menéndez (2000, p. 163) el significado de muchas palabras se da por sobreentendido, es más las definiciones expresan el deber ser de las categorías no su uso real. Sugiere que la búsqueda de cualquier concepto se realice en “la descripción, análisis, interpretación y/o intervención de procesos específicos, en donde encontraríamos los factores culturales realmente utilizados” y no solo los definidos. Para él, es en los usos donde podemos observar la orientación que en realidad se le ha dado a esas categorías, “si bien es importante obtener/producir definiciones, más decisivo es analizar el uso de los factores culturales respecto de problemas específicos, y no solo para observar las similitudes, diferencias o discrepancias existentes entre las

¹²⁴ El comportamiento y la forma de actuar de las personas al hacer las cosas.

definiciones y los usos”. Compartiendo esta visión hemos pretendido desentrañar los significados atribuidos por los actores a palabras como equipo y trabajo en equipo, constatando las ambigüedades, sobreentendidos e indefiniciones presentes en sus concepciones. También hemos podido comprobar como varían las representaciones mentales y las expectativas entre los diferentes grupos profesionales y de unos individuos a otros (Atwal y Caldwell, 2002).

(E-1) *Es una palabra que está muy bonito decirla. Que trabajamos en equipo, ¡vamos!, pero de ahí a saber lo que es, que yo tampoco sé lo que es, que me imagino yo. Se dice trabajo en equipo, trabajo en equipo, en todos lados pero, no sé bien lo que es. Hay unas tareas y se reparten, y compartimos tareas entre los diferentes equipos.*

(E-7) *Se supone que tú sabes trabajar en equipo, cada uno piensa que trabaja en equipo, pero luego las opiniones son muy distintas. . .*

(M-2) *En nuestro ámbito, un **fin único compartido por todos**, porque cada uno tiene su parte de trabajo y de responsabilidad. Yo creo que cuando estamos todos ahí trabajando todos tenemos que estar implicados en lo mismo llámalo concepto de salud, bienestar, cuidados, que eso a veces no lo compartimos, y ese es uno de los problemas por los cuales a veces hay diferencias entre unos y otros, por qué unos tienen una idea de hacia dónde vamos, otros tienen otra, ni mejor ni peor, pero esa no coincidencia en ese objetivo final, es lo que hace que el trabajo en equipo se resienta. Es tener todos un fin común, y todos a una, cada uno con la parte de su trabajo, sus responsabilidades, sus cargas y demás, pero todos a lo mismo, no tiene porque ser todo ni igualitario, ni exactamente lo mismo. De hecho una enfermera no hace lo mismo que una auxiliar, ni yo lo mismo que una enfermera. Pero al fin al cabo esto no funciona, si tú no haces tú parte, sin ella yo no puedo hacer la mía. Que todo el mundo aporte lo que le toca para llegar a algo en concreto.*

(M-1) *El trabajo en equipo se basa fundamentalmente en **objetivos**, para conseguir un objetivo tiene que haber una cadena de personas para poder conseguirlos. ¿Qué significa eso? que en esa cadena de personas todo el mundo es totalmente valido, y si alguno de esos eslabones no funcionan pues no se consigue el objetivo final. ¿Cuál es el ámbito fundamental? pues en sitios como por ejemplo unidades como la que tenemos a nuestro cargo, en la que cualquier persona que esté en esa cadena es*

totalmente dependiente o importante, porque si no, no se puede sacar el trabajo adelante. Es una cadena para conseguir un objetivo, y cada uno de los eslabones de esa cadena son importantes para conseguirlos, sin ellos no se consigue nada.

En las manifestaciones de estos informantes se destaca la necesidad de compartir unos objetivos hacia los que dirigirse en el trabajo, así como a compartir modelos mentales que los guíen: *todos tenemos que estar implicados en lo mismo llámalo concepto de salud, bienestar, cuidados.* Por otra parte se considera necesario que cada cual cumpla con sus tareas, funciones responsabilidades, y que haya una distribución adecuada de las mismas, al ser estas dependientes de las de otros profesionales, utilizando la metáfora de una cadena. De manera que las actividades resultantes del trabajo de unos profesionales (salidas) a su vez son las entradas para el trabajo de otros, esto es hay interdependencia entre las actividades de unos y de otros, como vimos, esta descripción corresponde con lo que llamamos interdependencia secuencial, aunque haya otras actividades que precisen mayor o menor interacción y por tanto su interdependencia sea recíproca o combinada, respectivamente (Stewart et al, 2003, p. 40). De manera que el trabajo en equipo ideal consiste en la sincronización perfecta de muchas pequeñas tareas que constituyen el procedimiento (Gillespie et al., 2010).

El desarrollo de objetivos comunes es también crucial para fomentar el compromiso del equipo y aportar un sentido compartido de identidad, lo que hace posible el trabajo en equipo eficaz, sin embargo se reconoce que no hay una transmisión clara de estos objetivos. El fracaso en desarrollar objetivos consistentes para el cuidado y tratamiento entre el personal de UCI, ha sido identificado como generador de conflicto dentro del equipo, agotamiento del personal, disminución de la calidad de la atención al paciente (aumento de las úlceras por presión, de la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica) y desperdicio de recursos (Richardson et al., 2010).

El trabajo en equipo es también entendido como reparto de tareas, complementariedad, colaboración y ayuda. Resalta la idea de unión y apoyo, de “hacer las cosas juntos”, de compartir el trabajo:

(A-6) Hacerlo todo en conjunto, que uno haga una cosa, otro haga otra. Cada uno tenemos nuestro cometido, nuestras competencias, pero dentro de eso la actuación al enfermo, si somos 3, 4, pues que sea conjuntamente, que se complementan las actividades de unos con otros... [...] Yo creo que tendríamos que tener la mentalidad, que supiéramos trabajar en equipo, porque todos no sabemos trabajar en equipo.

Deberíamos de saber las competencias de cada uno, pero dentro de eso ayudarnos unos a otros y saber lo que está haciendo el compañero para yo complementarlo, y saber lo que estamos haciendo los dos, mejoraría el trabajo sobre el enfermo... Quizás algunas veces no sabemos diferenciar el trabajo que hace un enfermero, del trabajo que tiene una auxiliar, y luego también no sabemos por qué se hacen las cosas y yo creo que las auxiliares tendríamos que saber por qué se hacen las cosas.

Para que haya una adecuada integración del trabajo de cada cual, se ve como necesario conocer las funciones de cada profesional, clarificar lo que se puede esperar de cada uno. Este aspecto se ha evidenciado como conflictivo tanto en las entrevistas como en las observaciones, ya que la indefinición en la asignación de tareas y funciones, genera ambigüedades de rol (Yeager, 2005) y expectativas dispares en cuanto a lo que deben hacer los otros y uno mismo. La existencia de zonas de solapamiento de competencias y el tener que compartir diferentes grados de responsabilidades, puede producir confusión en cuanto a donde comienza y termina los límites de la práctica. Este papel borroso puede dar lugar a que algunos miembros del equipo tengan la sensación de ser subutilizados, o que otros piensen que están haciendo más de lo que deberían. Es lo que Falk (1977, citado por Leipzig et al., 2002) ha llamado “expansión de los roles”. Los riesgos de conflicto y agotamiento son elevados a menos que haya un buen liderazgo con habilidades para resolver estos conflictos rápidamente (Leipzig et al., 2002).

(E-1) Es repartir las tareas, tener cada uno asignado sus tareas, repartirlas y compartirlas. Cada estamento tiene sus tareas, pues se reparten y las compartimos.

(E-5) Es repartir las cargas de una forma más o menos igualada entre todos.

*(A-1) El trabajo en equipo, lo dice la palabra, tiene que haber una **unión** [...] Y trabajar con unas normas, unos protocolos, y además si es como aquí en la UCI, que vamos trabajando una auxiliar y una enfermera, pues cuando haga la enfermera su trabajo estar la auxiliar para lo que necesite la enfermera. Y si es generalizada con toda la unión del servicio, para mi es llevar un protocolo y seguimiento, e ir todos a una, y no ser unos ordenados otros desordenados, unos cumplir unas labores, otros no cumplirlas, o lo que tú has hecho te lo deshago. No, hay que llevar una unión y un orden, porque si no es un lio. [...] Yo veo que habiendo una organización buena, un*

seguimiento, una comunicación, eso es un trabajo en equipo.

(E-3) Es que no me lo he planteado nunca, ponerle una definición a eso, ni lo he mirado en el diccionario. Es simple y difícil. [...] El trabajo en equipo es sobre todo que no se nos falte al respeto nunca, que nos ayudemos en todo, que nadie ponga mala cara cuando hay que hacer algo, que vengamos a hacer nuestro trabajo de la mejor manera y para lo que haga falta con todo el mundo.

*(A-5) Un grupo de gente que trabaja en un servicio, y que dentro de que cada uno tenga su trabajo específico, a la misma vez todos colaboramos en distintos trabajos además de los que tengamos nosotros específicamente que realizar. Con la **ayuda** de unos y de otros.*

El trabajo de Alves y Avelar (2006), encontró también estas expectativas entre sus informantes que definían el trabajo en equipo como solidaridad y ayuda mutua para llevar a cabo las tareas relacionados con la atención directa al paciente. Nos resulta interesante y esclarecedora su explicación en la que hacen referencia a la asignación de atributos ligados al sexo. Afirman citando a Moscovici (2001) que todos necesitamos ayudarnos mutuamente en ciertas tareas. Sin embargo, la palabra "ayuda" a veces adquiere una connotación distorsionada e incluso peyorativa. En la cultura occidental, el acto de pedir ayuda se interpreta como un signo de debilidad, de inseguridad, de ignorancia y de inferioridad, por lo que con frecuencia solicitar ayuda se convierte en algo incómodo y humillante. Especialmente en el hombre que posee el estereotipo de fortaleza, superioridad y auto-suficiencia. Sin embargo en la mujer con un estereotipo de dependencia, si se acepta que solicite ayuda. De manera que en el equipo de enfermería compuesto mayoritariamente por mujeres, el acto de ayudar es interiorizado como un valor positivo lo que también se extiende a los empleados de niveles jerárquicos inferiores. Lo que se explica porque a menudo, muchas de sus actividades requieren fuerza física (como movilización de pacientes, etc.), y ayudar se ve por estos profesionales como algo necesario, y no como un signo de debilidad o incapacidad para realizar las tareas.

Pensamos que efectivamente la asignación de tareas ligadas a roles sexuales y la valoración de las mismas tiene gran influencia, de manera que las expectativas de los médicos, con un trabajo intelectual (por lo general menos físico) y más especializado, y

basado en un modelo masculino, la solicitud de ayuda sea vista como un signo de debilidad y de ignorancia. Los médicos consideran que son los líderes naturales del equipo, de manera que el fin primordial del equipo es apoyarles para conseguir los objetivos que ellos han establecido para la atención al paciente, y que pueden modificar el plan establecido cuando lo consideren oportuno (Del Barrio y Reverte, 2010).

Otros informantes describen el trabajo en equipo como coordinación. La coordinación guarda relación con la distribución de las cargas de trabajo y la transferencia de información (Reader, Flin, Mearns y Cuthbertson, 2009). Se refiere a los procesos que organizan la sincronización y la secuencia de tareas interdependientes, requiere que los miembros del equipo articulen la situación, las necesidades, los objetivos y los progresos con el resto del equipo de manera eficiente y oportuna. La coordinación puede ocurrir a través de la comunicación abierta o más sutilmente a través del conocimiento de la situación por parte de los miembros del equipo en base a modelos mentales compartidos en relación con las funciones del equipo, los objetivos, y tareas. En la UCI la complejidad de las tareas y las presiones de tiempo, requieren equipos interdisciplinarios para integrar y combinar diferentes áreas de especialización, para la ejecución de tareas rápida y sucesiva, y para garantizar la continuidad de la atención. Los equipos también deben ser capaces de adaptar su coordinación durante incidentes críticos para corregir rápidamente discrepancias en el rendimiento del equipo (Richardson et al., 2010).

(E-2) Pues el trabajo en equipo es coordinar, bueno, desde mi punto de vista, coordinar todos los profesionales que trabajamos con el enfermo. Cada uno saber lo que tiene que hacer sin meterse en lo del otro, tener libertad para poder hacer tú tu trabajo, pero sin pisar al otro, quiero decir, tus límites, aunque a veces los límites se interseccionan unos con otros, pero..., y entre todos pues llevar al enfermo lo mejor posible y que vaya adelante, sí...

(E-5) El trabajo en equipo para mi es sobre todo coordinación, que haya comunicación entre todos, y buen ambiente. Cosas que en una dinámica de grupo es muy difícil de conseguir. Para mi debe haber una persona que guie, alguien que nos meta a todos a trabajar por el mismo sitio.

Destaca también la necesidad de que haya una buena comunicación y un buen ambiente de trabajo, así como la importancia de alguien que guíe, que sepa movilizar e implicar a todos (Orkaizagirre, 2010). Se pone de relieve la influencia del liderazgo para dirigir a los miembros del equipo hacia un objetivo común.

(E-6) *Trabajo en equipo, pues cuando vas a hacer algo, por ejemplo que no digas, esto es mío, esto es tuyo, sino al que antes le dé tiempo, hace lo que haya que hacer. No que tú estés parada aquí, y el otro dándose patadas en el culo, para poder salir. Para mí eso es trabajo en equipo, que nos repartamos las tareas cada uno lleva su enfermo, pero si a mí no me da tiempo, que venga otro compañero y me ayude, y al revés igual.*

Los desfases entre las expectativas de lo que debe ser el trabajo y lo que es reconocido como la realidad, hacen ver la dificultad y la utopía de trabajar en equipo. Además hay quien ve en ello algo que puede fomentar la holgazanería social. Aunque se considere muy positivo para enriquecer la toma de decisiones, su ejecución y la participación. Permitiendo poner en común las ideas y conocimientos.

(M-3) *A veces una utopía. De pequeño era quedar, merendar, entretenerse y al final el trabajo lo terminaban haciendo 1 o 2. Ahora yo creo que no es tan descarado, pero más o menos. Pienso que el trabajo en equipo lo que más te da es poner en común tus ideas con las de otros, e intentar sacar entre todos aquello que sea más provechoso. Intentar no imponerlas, aunque a veces, dependiendo de la situación en la que estas, igual tienes que imponer algo, pero hay que intentar hacerlo siempre con conocimiento, demostrando porque lo haces, y que participe todo el mundo, yo creo que todo el mundo es importante en un equipo. Si en un equipo se seleccionan x personas para trabajar será que todas tendrán algo que decir o que hacer. Y te ayuda muchas veces a eso, a compartir tus conocimientos, también a veces a darte cuenta de que estas equivocado y a rectificar.*

(E-3) *En cuanto al trabajo en equipo, lo veo una cosa muy difícil, que todos queramos trabajar en equipo, que eso lo vemos como algo utópico, otros piensan que si que lo conseguimos. Pero yo no lo veo tan sencillo.*

(M-4) *En la sanidad ahora en España solo se puede trabajar en equipo, es*

imposible no trabajar así, otra cosa es que se haga mejor o peor. Entonces trabajar bien en equipo significa ser buenos profesionales y tener una buena comunicación entre la gente, si no, no se podría hacer, pero aunque no se den esas condiciones, se trabaja en equipo, no se puede trabajar de otra manera. Nosotros dependemos de enfermería, enfermería depende de nosotros, de las auxiliares, de los celadores. ¡Claro! es un trabajo en equipo. Dependemos los unos de los otros.

Apreciamos que en el medio sanitario es necesario trabajar de equipo, a pesar de que no hayan condiciones para ello, en este sentido se hace referencia a la existencia de un **equipo multidisciplinar**, en la medida en que la atención a los pacientes es suministrada por un conjunto de personas de distintas profesiones, que prestan servicios que se complementan, existiendo por tanto una dependencia entre sus tareas y funciones. Nuestra impresión es que a los médicos les parece suficiente con que haya una **interdependencia secuencial**, al entender la colaboración como una cadena a la que cada uno tiene que contribuir “con lo que le toca”. Sin embargo la representación de enfermeros, auxiliares y también celadores, hace más hincapié en la **ayuda**, en la **solidaridad**, como diría Mauss, en el **intercambio de dones**, se utiliza como metáfora la representación del **circulo**. Lo que haría referencia a un **equipo interdisciplinar** y a una **interdependencia reciproca**¹²⁵.

(E-1) *Para que haya trabajo en equipo hace falta Una enfermera, una auxiliar y un medico, y que cada uno haga sus tareas y nos echemos una mano. Que haya distintos profesionales y luego trabajo en equipo también entre tú y yo, entre enfermeras.*

(A-3) *Que vamos todos a una, esa es la imagen que yo tengo. Si estamos todos, pues si viene farmacia o pedidos, pues vamos a colocarla entre unos y otros, echarnos*

¹²⁵ El médico considera que cuando tiene que llevar a cabo una actuación determinada, todos deben saber lo que tienen que hacer, y disponer y actuar para agilizar su actuación, fundamentalmente en situaciones urgentes, en las sus actividades tienen mayor interdependencia con las de otros profesionales. Entrevistar a pacientes y familiares para realizar su historia y determinar la evolución del paciente, informarles, prescribir tratamientos ordinarios, etc., son actividades que suele realizar de forma independiente, en solitario, nadie lo puede hacer por ellos, aunque el resultado de estas actividades constituya la entrada para el trabajo de otros profesionales (por ejemplo el tratamiento sería administrado por la enfermera, las solicitudes de pruebas serán llevadas por el celador, etc.). Sin embargo enfermeras y auxiliares comparten numerosas actividades que pueden ser realizadas por unas o por las otras.

una mano [...] El equipo somos todos, desde el 1º al último, los médicos van de otra manera. Está claro también que empieza por el médico, porque es el que distribuye, el que dice lo que la enfermera tiene que poner, lo que la auxiliar tiene que hacer, es un círculo. Pero dentro de ese círculo veo a algunos más que a otros [...] En el momento en el que el médico disponen de lo que hay que hacerle al enfermo, que es por lo que estamos aquí, pues están dentro del equipo.

(E-8) Es trabajar con armonía. Y luego está otro trabajo en equipo, que sería trabajar entre nosotros mismos, los que somos de la misma categoría, en enfermería. Entonces lo que tiene que haber más que nada es “justicia social”, en el sentido de que las tareas se repartan, según se pueda por igual, y si no ha podido ser, y durante la jornada hay una inundación de trabajo, intentar ayudar al compañero, si es posible sin que te lo diga el que está necesitado.

(C-1) No sé, el trabajo en equipo es que por ejemplo, que tú en tu categoría me pidas algo que yo te pueda hacer, aunque sea que no corresponda a mí, y yo te lo haga, que no me importe que me lo hayas pedido, si yo puedo hacerlo, yo lo voy a hacer. Y tú no te importa darle un empujón a la cama cuando tengas que dársela, aunque seas enfermera.

(A-1) El trabajo en equipo se resume en cuatro palabras: responsabilidad, respeto, ilusión y autoestima.

Las opiniones de los sujetos en referencia a si se trabaja en equipo en su servicio han ido apareciendo a lo largo de los capítulos anteriores, en los que se destacaba que mayoritariamente consideraban que cada clave era un equipo, con unas dinámicas propias de trabajo y diferentes niveles de colaboración dependiendo de sus características: etapas vitales del equipo, presencia de roles de cohesión (Borrel, 2004), del liderazgo (Reader et al., 2009), etc.

(A-1) No. no puedo decir un no rotundo. [...]Ahora, no puedo decir que el equipo trabaje bien, puedo hablar de un solo equipo, que es el mío, mi clave. Ahora mismo hay una buena unión, que eso hace mucho. Hay una organización, si hay un apuro ir todos a eso, el ambiente es sano y la dedicación, y más o menos el personal parejo, pues si se ve. En mi clave si tengo que poner una nota sin ser muy pelotera, le

puedo poner un notable perfectamente. [...] En mi clave sí.

(M-2) Cuando estoy de guardia, cuando yo me quedo solo, porque en las mañanas todo se diluye, hay mucha gente, somos muchos, unos manda para acá, otros para otro lado, siempre hay mucho lío. Pero cuando yo me quedo solo con un turno, hay ratos en los que sí, y hay ratos en los que no. Habitualmente en los ratos en los que sí, suele ser fundamentalmente cuando hay más prisa, yo ahí sí que noto cuando las cosas van bien, y yo habitualmente yo no tengo mucha queja con eso. Yo no necesito repetir muchas veces las cosas porque cuando le digo a alguien esto, si no está yo ya entiendo que no está porque no puede ser, yo creo que casi siempre se trabaja equipo. Otras veces tampoco hay una necesidad extrema de forzar la máquina, pero yo creo que sí.

(M-1) Vamos a ver, nunca se va a conseguir, es muy difícil que se consiga al 100% un trabajo completo en equipo, eso está claro. Primero hay mucha heterogeneidad personal interprofesionales, depende de que turno o depende de que mañana, y depende sobre todo de las personas, pues conseguimos ese objetivo mejor o peor, la utopía... queremos llegar a un objetivo final utópico, que no siempre se llega, hay veces que se acerca, pero hay otras que no.

Se destaca la variabilidad entre los distintos profesionales tanto personal como profesional: conocimientos, experiencias, personalidad y habilidades técnicas, de comunicación, de interrelación, etc.

Es compartida la idea de que la UCI por sus características, es uno de los servicios del hospital donde más se trabaja en equipo:

(A-3) Tan en equipo como aquí yo creo que no he trabajado en otros sitios, porque las cargas de trabajo son diferentes aquí o en una planta. Es un servicio que no tiene comparación con una planta, el tipo de enfermo no es el mismo, no lleva los mismos cuidados... Aquí vas más en equipo con el enfermero que te toca, no hay el mismo personal, aquí está más cubierto.

(C-1) En general si se trabaja equipo [...] A mí personalmente nunca me ha pasado decir: he sentido que necesitaba la ayuda de alguien y no la he tenido. Da igual si me he tenido que ir con un enfermo al escáner o he estado aquí, si he necesitado la ayuda siempre alguien me la ha dado. Igual he ido con una cama para abajo y el

médico me ha tenido que ayudar a meterla en el ascensor. Yo no he visto que en un momento me digan, oye pues búscate la vida con eso.

(E-1) *Lo que ayuda que llevamos pocos pacientes, 1 o 2, porque tu estas centrado en tu paciente con tu auxiliar, y te dedicas al cuidado de tu paciente y eso es una ayuda, porque en otros sitios no hay ni trabajo en equipo ni nada, porque es un caos. Aquí tú tienes tu auxiliar, que vais yuntas para todo y nos ayudamos, eso lo veo muy bien. Y en esta unidad así algo negativo para el trabajo en equipo, pues no sabría decirte. Pues a veces que no nos organizamos.*

Las expectativas en todos los grupos profesionales son contradictorias, considerando que no se trabaja completamente en equipo, pero que tampoco se hace tan mal, apreciando que hay momentos y/ o grupos en los que si se consigue, en este sentido pensamos que el trabajo en equipo se considera sinónimo de colaboración, de interés por realizar el trabajo entre todos:

(E-8) *Si..., más o menos se trabaja equipo salvo algunos momentos puntuales, se trabaja más o menos bien, y nos llevamos medianamente bien. Creo que hay sitios peores, pero se podría mejorar la comunicación... Sí, yo creo que sí. Porque es un servicio cerrado y pequeño, hay más interdependencia entre unos y otros. Si tú llevas unos boxes, y el otro ves que no está, como estas enfrente, si pita algo, lógicamente vas. En la planta con la dispersión geográfica que hay, da más a que cada uno vaya a su bola, no tienes tiempo, vas todavía más estresado que aquí.*

(A-5) *En general si se trabaja en equipo, pero como siempre hay gente menos colaboradora, gente que marca más su rol y es más difícil, o entrar en ese rol o salir de ese rol, pero en general sí que se trabaja en equipo. [...] Por ejemplo en otros servicios menos, en planta las funciones están más separadas aunque también se pueda hacer, pero cuesta más. [...] En este hospital es más difícil, yo he estado en otros hospitales que es más fácil porque ya las tareas se hacen entre auxiliar y enfermera normalmente, y luego el celador también y aquí en este hospital el celador en planta no participa del trabajo de enfermería, por ejemplo el X¹²⁶ si, los celadores saben cómo tienen que funcionar y aquí tienes que estar siempre encima: -Oye que hagas esto, que*

¹²⁶ Se refiere a otro hospital de la región, ponemos X para evitar la identificación del informante.

hagas lo otro. Hay menos definición de funciones. [...] Aquí en la UCI sí, en los servicios cerrados normalmente sí, es donde más funciona el equipo.

(A-6) Yo creo que alguna gente trabaja en equipo, pero la mayoría no. [...] Porque se ha hecho una costumbre, o por falta de interés de algunos. [...] Yo creo que aquí se trabaja en equipo mucho más que en las plantas. Allí hay muchos más pacientes y esta la cosa más limitada. Pero aquí hay mucho más contacto con el enfermo, enfermero-auxiliar- celador, entonces si se podría trabajar mucho más en equipo

*(M-3) No, yo creo que no. Parece que oficialmente sí, y de hecho que la UCI sea el sitio donde más unión hay entre todos los colectivos, porque la fuerza obliga, y no hay más remedio. Pero en el fondo no es un equipo, porque sigue primando mucho la jerarquización. Parece que si yo digo una cosa como médico tiene más valor, que si lo dices tú como enfermera, o lo dice la auxiliar, y no tiene porque ser así. Yo creo que se debería involucrar más todos los estamentos, en todos los trabajos. Involucrarse con todo lo que conlleva, con las responsabilidades también, no vale yo voy a dar mi opinión pero luego yo no quiero saber nada, No. Cada uno se involucra en la medida en que se quiere responsabilizar y quiere asumir las consecuencias de lo que está haciendo, yo creo que eso sería muy importante, que estuviéramos más involucrados, desde el punto de vista laboral, sin tanta diferencia entre estatus. Digamos que es una falsa idea lo del equipo, digamos que a lo mejor **trabajamos 3 equipos a la vez**¹²⁷. Igual sería la mejor manera de definirlo, pero no un equipo, equipo, porque no se consensuan las cosas, se dan por hechas.*

La idea de que se trabaja en equipos uniprofesionales, el equipo médico, el equipo de enfermería, y el entrevistado considera como a otro equipo a las auxiliares, nos habla de que el trabajo en equipo tiene una integración multiprofesional, y por tanto no se llega a funcionar como un equipo interprofesional. Lo que coincide con los hallazgos de Gillespie et al. (2010), sus informantes (cirujanos, anestesistas y enfermeras) también manifiestan trabajar en tres equipos. Se evidencia así como priman las culturas profesionales a la hora de desarrollar e integrar el trabajo de los distintos profesionales.

¹²⁷ Esta idea ha sido reiteradamente destacada por los informantes al hablar también del trabajo como el engranaje de “tres ruedas dentadas”. Y que se ejemplifica también en las formas de dar el relevo y en la hora del café por las mañanas.

La valoración en cuanto a si hay la suficiente colaboración en el trabajo, es similar a la del trabajo en equipo, manifestando, mayoritariamente, que hay en general voluntad de colaborar, aunque hay excepciones, y que uno de los mayores problemas para que exista una mayor colaboración es la falta de información, de comunicación:

(C-2) *Si hay colaboración, hay sus excepciones, pero normalmente sí.*

(A-6) *No, creo que no hay tanta colaboración porque falta información. Por el desconocimiento de las situaciones y de las cosas.*

(A-2) *Si colaboración si hay, porque en el momento en el que ves llegar a una persona, o ves hacer algo que hace mucho que no se hace, siempre sale lo mejor de cada uno para colaborar con la otra persona.*

(M-1) *Hay voluntad de colaborar. Siempre hay excepciones puntuales.*

(A-4) *La verdad es que uno de los sitios que yo conozco que más se colabora, todo se puede mejorar. Yo creo que en la mayoría hay la suficiente colaboración en todos los estamentos.*

(E-1) *Sí, sí que hay colaboración,... hombre por parte de los médicos no, no veo muchas veces, yo entre nosotras si, si que ponemos mucha voluntad para todo, pero muchas veces por parte de los médicos no la veo.*

En cierto sentido el trabajo en equipo es visto como una necesidad en los servicios con gran complejidad y dinamismo:

(M-3) *Yo creo que si hay un sitio donde haya que trabajar en equipo, probablemente sea este, quirófano, y quizás urgencias, porque son los sitios donde se pueden presentar situaciones más caóticas, más dramáticas, más urgentes, donde el tiempo cuenta, y ahí es fundamental el entendimiento. Yo creo que es uno de los mejores sitios para trabajo en equipo, que se puede hacer. De hecho yo creo que lo hemos intentado algunas veces, en estos 15 años, si hiciéramos una grafica de cómo hemos estado, pues quizás al principio mal porque todo el mundo éramos inexpertos, entre comillas, recién acabados, luego hubo un momento muy bueno, que se empezó a gestar esto. Luego lo típico, la gente se va cansando, luego valles y picos, yo creo que se ha intentado muchas veces, y a lo mejor tampoco lo hacemos tan mal, lo que pasa*

que siempre lo vemos todo desde el punto de vista negativo, a lo mejor no lo hacemos tan mal si nos comparamos con otros.

Todos los informantes manifiestan que trabajar en equipo es ventajoso para todos, profesionales y usuarios, remarcan los beneficios para el paciente:

(E-8) Puede mejorar la calidad a la hora de trabajar compenetradamente, hacer las cosas más rápidas, más seguridad, porque unos nos controlamos a otros. Y genera más satisfacción. Para el enfermo más calidad y tú estás más feliz. Y en el trabajo hay que estar lo más feliz posible porque se pasan muchas horas.

(E-2) Trabajar en equipo es positivo, primero porque, por ejemplo, tú no te sobrecargas ni sobrecargas a la otra persona, todos conocemos al enfermo, todos sabemos, y se trabaja mejor, más armónicamente, más a gusto [...] y eso se refleja en el enfermo.

(A-5) En nuestro trabajo sí que beneficia en nosotros, al propio equipo y la gente que atendemos. En los pacientes porque se sienten bien porque saben que tienen a gente responsable que trabaja con ellos y saben que estamos ahí para lo que es necesario. Y entre nosotros porque siempre sabiendo trabajar en equipo es más fácil la comunicación, y que el resultado de nuestro trabajo sea más positivo [...] A nivel emocional es importante, la gente ve que la relación entre nosotros es buena, que el equipo está bien, yo creo que se sienten más seguros y están más a gusto con la forma en la que llevamos el trabajo.

(C-2) Es positivo para el paciente, algunos si se dan cuenta. Verá armonía entre la gente y estará a gusto. Estar a gusto en un trabajo, con tus compañeros, es lo principal. [...] Si el trabajo en equipo va bien, te reporta bienestar y tranquilidad.

(M-3) Te gastas menos, te cansas menos, tú puedes tener una cosa horrorosa pero si estás bien, pues lo llevas mucho mejor, que si para cada cosa que tienes que hacer, tienes que estar: - por favor venga que tampoco es tanto. Eso te agota. De la otra manera si ves que la gente está dispuesta, lo notas menos.

(E-6) Pienso que siempre es positivo trabajar en equipo, para ti, personalmente, porque tú nunca te vas a encontrar sola, y sabes que si te vas a ver agobiada te van a ayudar, aunque yo, a mi realmente la gente sí que me ha ayudado, yo no tengo queja de

*eso, me han ayudado mucho. Te da seguridad. Los enfermos, por lo general, tienen buena percepción, por lo que yo veo. Yo pienso que negativo nada. [...] Yo creo que es mejor trabajar en equipo, porque tú hay cosas que no las ves y el otro las ve, o que el otro no lo ve y tu le dices pues esto o lo otro. Creo que **el resultado es superior** cuando trabajas en equipo, yo creo que sí.*

Se considera que el trabajo en equipo tiene un efecto sinérgico, al integrar las aportaciones de todos, y al propiciar el aprendizaje mutuo a través de la interacción entre los miembros del equipo.

(E-3) Yo pienso que si hay más gente, sea una auxiliar u otra compañera cerca de lo que tú estás haciendo pues tienes también otra opinión, o bien se la puedo aportar yo a ella, y ahí salen también cambios que pueden ser favorables. A lo mejor, si es solo hacer una técnica... pues no. [...] Pero ya si es un día, y otro día, y queremos que salga algo positivo del trabajo, pues si estamos cerca vamos a producir mejor y más día a día. [...] Yo he aprendido mucho de mis compañeros, mucho, y lo que aprendo de mis compañeros intento transmitirlo a otros compañeros.

(A-1) La experiencia de mucha gente aporta mucho. [...] La unión hace la fuerza. [...] Si, porque hay una comunicación y hay un entendimiento. No es igual trabajar a disgusto, llevándote mal con la gente y viniendo mal. Eso es un infierno, que aunque tú quieras ayudar al paciente lo que estás haciendo es perjudicarlo.

(A-6) Yo creo que es mucho más ventajoso trabajar en equipo tanto para el enfermo como para nosotros, la satisfacción es mucho mejor. [...] Con respecto al enfermo yo creo que hay más y mejores resultados cuando se trabaja en equipo que cuando cada uno va hace lo suyo y punto.

De todos los informantes solo uno reconoce algunas desventajas en el trabajo en equipo, como la mayor inversión en tiempo y la sensación de que no todos contribuyen de la misma manera.

(M-3) Te quemas, porque cuando piensas que puedes compartir muchas cargas con los demás, pero tú sientes que la mayor carga la llevas tú, pues te quemas porque a un equipo se le valora por igual, generalmente, en casi todos sitios, y todo el mundo recibe las mismas alabanzas o las mismas críticas. Y probablemente no todo el mundo

dé el mismo esfuerzo y trabajo, entonces eso te puede quemar también. Y te puede retrasar muchas cosas, algo que tú podrías hacer en un momento, si tienes que quedar, tienes que ponerte de acuerdo, yo creo que pierdes más tiempo. [...] Que quizás es una falsa apreciación que tú crees que tú llevas todo el esfuerzo, y luego igual no lo llevas tu, pero si tú tienes esa sensación, pues dices: - total para esto lo haría yo solo, y los meritos son para mí y las críticas también. Y no los meritos son para todos y luego el trabajo sucio lo hace otro.

Piensan que la organización da por supuesto que se sabe trabajar en equipo, pero pocos consideran haber sido formados para ello. Como hemos visto a lo largo de este capítulo muchos no saben exactamente que es, ni creen que sea realmente la forma general en la que se desarrolla el trabajo, además hay dudas acerca de lo que la propia organización entiende por trabajo en equipo y de su interés real por que se funcione con esta metodología de trabajo. A lo que se le da importancia es a la versatilidad de los trabajadores a que sean intercambiables y puedan trabajar en muchos entornos, eso es lo que ha marcado el perfil generalista del personal de enfermería.

(A-2) Para mi desde el principio hay una falta de criterios, no te enseñan a trabajar en equipo solo te enseñan a trabajar como unidad, el criterio es sacar las 7 o 10 horas adelante y que el enfermo esté lo más confortable posible, eso es lo que te enseñan en todos los sitios donde vas. [...] Tú tienes la plaza en el hospital, y entonces te enseñan a que tú puedes funcionar en la UCI, pero también en Urgencias o un quirófano. Que a lo mejor con el tiempo, con todo el mundo en bloque si se podría llegar a ser un buen equipo. A mí me dices ¿Cómo se trabaja?, pues mira cada uno como puede. Tampoco nos enseñan a tener una unidad de criterios... Es que somos muchos.

(E-3) Se nos dice que debemos de trabajar en equipo, pero a eso no te enseñan, a eso te enseñan tú cuando empiezas a trabajar, siempre y cuando las condiciones sean favorables para eso.

(A-1) A mi si me prepararon, más la educación que a mí me han dado: Respetar, tener un dialogo, no perder los papeles, decir las cosas, sincerarse, hablar las cosas, y ante la duda decir:- ¿Porque me has dicho esto? A mí siempre me han enseñado así.

(A-5) *Si. Cuando nosotros empezamos a estudiar en el periodo de prácticas te das cuenta de cómo se aprende a trabajar y luego sobre todo en los principios de su trabajo, hay gente que le cuesta más o que en su aprendizaje lo ha visto de otra manera y no trabaja igual en equipo. La formación es importante, sobre todo al principio, si tu llegas a un servicio aprendes mucho de lo que ves. [...] Formación no tenemos, yo creo que sería bueno unos cursos. En el X¹²⁸ sí que hicimos un curso de trabajo en equipo con todos: médicos, enfermeras, auxiliares, celadores. Se veía cual era tú trabajo. A raíz de los cursos y las reuniones, se hablo con el jefe y surgió que la información se diera dentro de los boxes y nosotros participar, en nuestras funciones, se informaba a los familiares de cualquier cosa tanto médica como de enfermería.*

(E-7) *Si empezamos por los médicos, yo creo que no, que a muy pocos médicos los forman para trabajar en equipo, dependiendo de donde se hayan formado. Si se han formado en un hospital donde está todo muy escalonado, y que ellos van con los médicos y no les enseñan a trabajar en equipo y, a relacionarse con los enfermeros. Si los llevan más aislados, entonces ese profesional cuando llegue como adjunto aquí, no va a tener la experiencia, la costumbre de meterse más con los que estamos al pie del cañón, va a estar más aislado, a estar menos accesible. Con esa persona va a ser más difícil trabajar en equipo. Todo influye, claro que puede cambiar, como todo. Pero si no ha trabajado en equipo en el sitio donde estaba acostumbrado y va a un sitio donde sí, pues le va a costar.*

(M-3) *Yo creo que no se forma para trabajar en equipo, por lo menos en mi época, no. Tú estudiabas para sacar buenas notas, formarte tú. En mi residencia no había un apartado concreto en el que me dijeran cual tenía que ser mi trato con enfermería o con un celador. No, es una cosa que has aprendido de verla y de vivirla, pero no se te enseña, no está en ningún sitio. En los libros no aparece ningún capítulo referente al trabajo en equipo, hasta este momento, no. [...] Y de relaciones interpersonales, nada. Yo en la carrera no me acuerdo de haber dado. Bueno se habla un poco de la relación médico paciente, eso sí, pero poco. Alguna vez ha habido un curso especial para el tema de la donación de órganos, pero que tiene otros tintes. Pero no hay nada concreto, no te entrenan.*

¹²⁸ Se refiere a otro hospital de la región, ponemos X para evitar la identificación del informante.

Se aprecia la necesidad de que haya una formación conjunta, abordándose diferentes temas en los que habría que incidir, algo que aparece en las opiniones de casi todos los informantes es la necesidad de formar en habilidades y conocimientos necesarios para el trabajo en una UCI, y que esta formación se adapte a las necesidades formativas de la organización pero también a los condicionamientos personales del personal. Como ya hemos visto se considera que la complejidad de la UCI precisa de personal con formación específica por lo que la formación en este aspecto se ve como fundamental para los trabajadores de nueva incorporación, para la actualización del resto del personal, y para la integración de las actividades conjuntas (interprofesionales):

(M-1) En una UCI, el trabajo en equipo debe estar totalmente rodado, porque se basa sobre todo en decisiones rápidas y en esa cadena cada uno tiene que saber lo que tiene que hacer en ese momento, porque si se rompe alguno de esos eslabones por el nerviosismo o por lo que sea, pues a lo mejor nuestro objetivo, el paciente no va bien. Debería haber una formación conjunta.

(M-3) Yo creo que si no se hace formación luego tú no puedes exigir, [...], si te van a contratar en la unidad x tiempo, si vas a venir una semana, pues igual no, pero si vas a venir de cara al verano, o una baja más o menos prolongada, pues para la UCI, yo creo que habría que exigir una mínima formación. A lo mejor habría que plantearse qué aspectos cogemos, cosa que son básicas y fundamentales, como las 4 emergencias, y un carro de paradas, un desfibrilador y poco más. Y eso obligatorio, con un mini examen después, que se puede hacer en un día, que tampoco hace falta más. Cosas básicas, por las que hay que avisar, por las que hay que alarmarse, protocolos, hacerlo más extenso. Yo creo que es necesario [...] Si, yo creo que los cursos habría que enfocarlos desde todos los puntos, medico, de ATS y auxiliares, aquí todos tenemos cosas que decir [...] Y eso es importante, habría que formar un miniequipillo para que cuando se produzca la contratación de la gente se le exija.

Como ha sido ya señalado por algunos informantes, se considera que sería útil la formación conjunta en habilidades para el trabajo en equipo, esto es expresado sobre todo por personas que han tenido estas experiencias en otros hospitales, pero también por aquellos que han tenido estas referencias del funcionamiento de otros centros.

Aunque por otra parte existe la idea de que la formación en habilidades sociales es algo adquirido en la educación básica y en la socialización primaria, y por tanto inherente a la persona, por lo que no se aprecia claramente su utilidad de estos temas en la formación continuada. La mayoría de las participantes establecen una relación entre las dificultades de la formación y su desarrollo con las condiciones personales, dificultades para conciliar este tipo de formación con la vida personal (Orkaizagirre, 2010):

(A-2) La formación continuada es imprescindible aunque lleves 60 años trabajando. Si hay preocupación por el trabajo en grupo en la formación, aunque no se consiga si la hay. [...] Las habilidades sociales van con la persona, a mi no me pueden enseñar, si no me han enseñado en mi educación y en mi forma, por mucho que me quieran enseñar aquí dentro, me pueden enseñar una técnica, el manejo de un aparato, pero lo social, no me lo pueden enseñar aquí dentro.

(E-7) Tú dices de hacer un curso y te tienes que buscar la vida con el tema de los días, en eso si veo que este hospital está mal. [...] Si pones trabas la gente, no se forma. En el tema de la formación no veo yo mucho interés en que nos formemos mucho. Les gusta que hagas cosas, que vayan enfermeros por ahí y presenten sus ponencias y hagan sus curso, pero no te lo ponen fácil. Todo depende de que estés aquí todo el día y luego venirse a trabajar. Cuando no tienes críos y familia es fácil, pero cuando los tienes, ya cuesta. En formación si veo la cosa negativa. Es que los cursos no tienen por qué ser en una mañana, pueden ser también en 1 h, sesiones cortitas, que a la gente no le cueste trabajo hacerlo una al mes o cada dos meses, pero hacerlo. La formación puede hacerse de 1000 maneras y eso hace que la gente esté interesada y está al día. [...] Se podrían mejorar mucho las cosas, haciendo actividades formativas, que la gente vea lo importante que es el trabajar en equipo.

Como destacan diferentes autores, la identificación de un grupo de profesionales como un equipo no quiere decir que trabajen como tal. El trabajo en equipo implica actitudes, conocimientos y habilidades, cuya mejora exige esfuerzos sostenidos. No podemos suponer que los profesionales poseen estas actitudes, conocimientos y habilidades, es posible que necesiten aprender a colaborar. Estamos de acuerdo con Kydona et al. (2010) en que el desarrollo de una cultura de colaboración y coordinación requiere de un compromiso en participar en un aprendizaje compartido y un dialogo.

Otros trabajos que exploran las expectativas sobre el trabajo en UCI encontraron representaciones similares. Shimizu, y Ciampone, (2004) hallaron que el personal de enfermería tienen la representación que el trabajo en equipo en la UCI involucra los esfuerzos de todos los trabajadores para lograr un objetivo único, proporcionar una atención de calidad a los pacientes. Se valoran como aspectos del trabajo en equipo la ayuda mutua, la colaboración, la unión y la comunicación, especialmente en las situaciones de emergencia. Los informantes de Da Costa y Trevizan (2007) consideraban la importancia del trabajo en equipo aunque creían que era difícil de implementar. Es percibido como un instrumento de aprendizaje y para dividir responsabilidades que posibiliten alcanzar más rápidamente la recuperación del paciente, al integrar las diferentes aportaciones, permitiendo contemplar al paciente en su totalidad.

La formación y la comunicación son dos aspectos a los que hacen referencia prácticamente todos los trabajos consultados por lo que serán objeto de los dos apartados con los que acaba esta exposición y análisis de nuestros resultados.

3.3 La formación de los profesionales de la salud y el trabajo en equipo

Los autores coinciden en que la educación médica y de enfermería parece basarse en que la atención es suministrada por los individuos de forma aislada, siendo prácticamente inexistente la enseñanza sobre el trabajo en equipo y los conceptos de equipo (Kydonal et al., 2010). De manera que el separatismo niega a los estudiantes la oportunidad de desarrollar relaciones de colaboración esenciales para el enriquecimiento mutuo de las disciplinas. A pocos profesionales de la salud se les enseña habilidades de trabajo en equipo (McCallin, 2001).

Lerner, Magrane y Friedman (2009) afirman que en concreto a los médicos se les forman para ser autosuficientes e individualmente responsables de sus acciones. Se da gran importancia al aprendizaje de conocimientos y habilidades clínicas, como ponen de evidencia los programas formativos y las opiniones de nuestros informantes. Pero en el contexto de la práctica es también necesaria la adquisición de habilidades para el trabajo en equipo (Leonard, Graham, y Bonacum, 2004), de relaciones interpersonales, de comunicación (Sánchez, Sánchez y López, 2008), de resolución de conflictos y de liderazgo (Hall, 2005).

Hemos querido constatar estos hechos en el curriculum formativo de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y en las guías docentes de las titulaciones de Graduado en Enfermería y graduado en Medicina de la Universidad de Murcia encontrando los siguientes contenidos referidos a al trabajo en equipo y la comunicación:

- En el curriculum formativo de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, el modulo seis con una carga lectiva de 65 horas, se refiere a las relaciones en el equipo de trabajo, abordando temas de comunicación en la empresa, negociación y solución de problemas, equipos de trabajo y motivación.
- Por su parte la Universidad de Murcia tiene como competencia transversal de sus titulaciones: Capacidad para trabajar en equipo y para relacionarse con otras personas del mismo o distinto ámbito profesional. Por tanto esta competencia aparece referida en todas las asignaturas de su programa tanto teóricas como prácticas.
- Además los estudiantes de Medicina tiene como competencias: habilidades de comunicación que viene referida tanto a la recolección (historia clínica y registros médicos) como a la transferencia de información con los pacientes y sus familiares, con eficiencia y empatía, especificando también la comunicación con medios de comunicación y otros profesionales. Otra competencia hace referencia al conocimiento de su papel dentro del equipo multidisciplinar y a la capacidad para liderar estos equipos cuando la situación lo requiera. En la planificación curricular (Memoria del Grado en Medicina de la Universidad de Murcia, 2010) hay un modulo denominado: “Medicina social, habilidades de comunicación e iniciación a la investigación” de 42 créditos de los cuales 12 corresponde a la materia de “Comunicación Asistencial y Ética”, en el que se incluyen 3 asignaturas, “Ética Médica”, “Inglés aplicado a la Medicina” y “Medicina basada en la evidencia”. Nos resulta llamativo que la comunicación asistencial se centre en estas dos últimas asignaturas, creemos que es una señal más de lo importante que es la técnica, el conocimiento actualizado por lo que estos créditos se utilizan para reforzarlos con el inglés y la evidencia científica, ambos necesarios para esta actualización. En la revisión de la guía didáctica encontramos que en la asignatura de “Bases psicológicas de los estados de salud y enfermedad” (5 créditos) se habla en el tema 7 de la comunicación, también lo

hace la asignatura de “Medicina de familia” en el tema de Relación médico-paciente y en esta asignatura encontramos también un tema dedicado al Equipo de Atención Primaria. También hay otras asignaturas clínicas en las que se abordan también estas temáticas por ejemplo, Comunicación e información al paciente con neoplasia, y en los diferentes rotatorios clínicos también se refieren las habilidades de comunicación, en la comunicación del médico con el paciente, familiares o acompañantes, y a la obtención del consentimiento informado.

- En el Título de Grado de Enfermería (2009) de la Universidad de Murcia, se recoge que el perfil generalista de la enfermera comprende entre otras, competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo, y competencias interpersonales y de comunicación. En la revisión de su Plan de Estudios y de las Guías docentes de sus asignaturas hemos encontrado los conocimientos relacionados que presentamos en la tabla 16.

Como vemos se abordan estos temas de forma uniprofesional, primando fundamentalmente los temas técnicos, y los aspectos comunicacionales en la interacción con pacientes y familiares, pero en los que se aporta poco del conocimiento real de las otras profesiones con las que los titulados tendrán que trabajar en el futuro. Resulta llamativo que solo el curriculum formativo de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, se refiera específicamente a las relaciones en el equipo de trabajo.

ASIGNATURA	TEMAS TRATADOS
Fundamentos Metodológicos (1º curso, 3 creditos)	Tema 4 y Práctica 2 La Comunicación enfermera
Ciencias psicosociales aplicadas a los cuidados de enfermería (2º curso, 6 créditos)	Tema 5: Comunicación y habilidades sociales
Atención a la salud de la comunidad (2º curso, 6 créditos)	Tema 6: El equipo interdisciplinar de salud
Enfermería del envejecimiento (3º curso, 6 créditos)	Práctica 11:La comunicación con la persona mayor y su familia

<p>Habilidades directivas y gestión de la calidad en enfermería (3º curso, 6 créditos)</p>	<p>BLOQUE 4: La Dirección como función del Proceso Administrativo Tema 7: La Dirección en enfermería: estilos, principios, objetivos y funciones. Elementos de la Dirección Tema 8: El Liderazgo y la Toma de Decisiones Tema 9: La Motivación y la Comunicación como elementos de la Dirección Tema 10: Atención al factor Humano. El conflicto y la Negociación Tema 11: Trabajo en equipo</p>
--	--

Tabla 16: Temas relacionados con el trabajo en equipo y la comunicación tratados en las asignaturas del Título de Grado de Enfermería (2009) de la Universidad de Murcia.

Los estudios indican que estos profesionales no colaboran bien juntos. La educación interprofesional ¹²⁹ (Reeves , Zwarenstein, Goldman, Barr, Freeth, Hammick y Koppel, 2008) y las intervenciones para mejorar la colaboración interprofesional (sesiones, reuniones, etc.) (Zwarenstein, Goldman y Reeves, 2009) ofrecen oportunidades de mejorar la colaboración y el cuidado de pacientes.

Las investigaciones actuales sobre el trabajo en equipo en salud, recomiendan programas de entrenamiento de equipo, en los que la comunicación tiene un papel fundamental, muchos de ellos basados en las experiencias de la aviación y el ejército, considerando que con ellos se mejoran las actitudes personales, la eficacia y la seguridad de la atención (Morey, Simon, Jay, Wears, Salisbury, Dukes y Berns, 2002; Baker et al., 2006; Baker, Amodeo, Krokos, Slonim y Herrera, 2010; Weaver, Rosen, Diaz, Lazzara, Lyons, Salas , et al., 2010).

El mapa cognitivo es un componente importante de la cultura de cada profesión que se desarrolla como consecuencia de la educación y experiencias de socialización de los alumnos de cada profesión (tanto por el Curriculum visible como por el invisible).

¹²⁹ La educación interprofesional (EIP) es cualquier tipo de sesión educativa, didáctica, de entrenamiento o de aprendizaje en la cual dos o más profesionales de asistencia sanitaria y atención social aprenden interactivamente (Reeves et al., 2008).

El reto para los miembros del equipo es entender los mapas cognitivos de los demás. En este sentido el aprendizaje a través de la experiencia es particularmente importante en la educación interprofesional, de manera que el profesional interprete la información a la luz de su propio aprendizaje y luego lo comparta con los demás miembros del equipo con las habilidades apropiadas de colaboración. Estos modelos de aprendizaje fomentan actitudes positivas entre los profesionales ya que el intercambio facilita el desarrollo de un lenguaje y un marco conceptual común entre los miembros del equipo (Hall, 2005).

Sánchez, Sánchez y López (2008) analizan la percepción de profesionales sanitarios del Servicio Murciano de Salud sobre la formación en habilidades de comunicación asistencial e interprofesional, encontrando que la percepción acerca de la formación actual en comunicación asistencial encaja con los términos "escasa" y "autodidacta", con acciones formativas generalmente puntuales, poco estructuradas y entorno a la comunicación en general y la atención a la familia en particular. En cuanto a la formación en comunicación interprofesional, se caracteriza por la falta de reconocimiento institucional y la escasa oferta formativa específica, así como por su carácter autodidacta. Si bien, las actividades que se llevan a cabo son de tipo vivencial y son valoradas como gratificantes. Concluyen que la formación en comunicación debería constituir una línea estratégica de actuación. Esta recomendación se basa en la certeza de que la formación en comunicación puede favorecer un cambio de actitud hacia la concepción del paciente como centro del sistema sanitario, aportando herramientas a los profesionales que les permitan asegurarse de que los usuarios (pacientes y familias) comprenden la información que les proporcionan. Desde la perspectiva interprofesional la formación en comunicación brinda recursos útiles para facilitar el entendimiento entre los profesionales, sentando así las bases para el trabajo en equipo. Desde el punto de vista personal, aportar argumentos sólidos para reconocer la comunicación como una herramienta útil.

Otros trabajos obtienen también resultados similares, así en el de Danjoux, Lawless y Hawryluck (2009) aparecen como recomendaciones comunes de los participantes: la educación y la mejora en habilidades de comunicación para facilitar la toma de decisiones compartidas, abordar aspectos éticos y legales, y para evitar conflictos entre los profesionales y las familias. Sus resultados confirman que un

enfoque de equipo puede ayudar a garantizar la coherencia de las informaciones y de las actuaciones.

De manera que la docencia en habilidades de comunicación (Clèries, Borrell, Epstein, Kronfly, Rubiano, Escoda y Martínez, 2003) y educación interdisciplinaria (Gillespie et al., 2010) debe abarcar todos los niveles educativos, desde pregrado hasta posgrado, pasando por la formación continuada.

Hemos visto la situación en los estudios de formación de técnicos y graduados, pero nos resulta también de interés ver cuál es la oferta formativa en estos temas en la formación continuada.

La programación de cursos por parte del Servicio de Murciano de Salud es variada a través de la Fundación para la Formación y la Investigación Sanitarias, y de las unidades de formación de las propias Áreas de salud, aunque la provisión de horas para ello ha variado en los últimos años ¹³⁰, a partir de 2010, no se prevé dar horas para formación, aunque en ocasiones la dirección valora el darlas en cursos que son de su interés (por ejemplo de gestión para supervisores, relacionados con líneas estratégicas¹³¹, etc.). Esto ha generado gran malestar en el personal, como hemos podido apreciar en los fragmentos de las entrevistas en otros apartados, lo que junto con las expectativas y auto-exigencias formativas de cada colectivo profesional (que vimos al hablar de las culturas profesionales) pueden determinar la participación en estas actividades.

A continuación recogemos las actividades formativas organizadas por la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS) en su Plan Estratégico Común¹³² en los últimos años, y la ofertada por la Unidad de

¹³⁰ El SMS reconocía 40 horas para formación dentro del horario laboral, para disfrutar de estas horas había que hacer una solicitud y el supervisor de la unidad debía considerarlas de interés para el servicio. En 2010 se suprimieron estas horas como una consecuencia más de los ajustes presupuestarios producto de la crisis económica.

¹³¹ Se consideran líneas estratégicas, los aspectos de mejora marcados prioritarios por el SMS, como por ejemplo la seguridad del paciente, aunque este aspecto en otros países como EEUU y Canadá incluyen el trabajo en equipo y la comunicación interprofesional, en nuestro entorno de momento no refiere específicamente a estos aspectos sino a la comunicación de eventos adversos, al lavado de manos para evitar infecciones, a la identificación de los pacientes de forma adecuada, etc.

¹³² El PEC es un proyecto formativo cooperativo, que se inició en 2006, auspiciado por la Consejería de Sanidad y Consumo y el SMS, coordinado por la Dirección General de Planificación, Ordenación sanitaria y farmacéutica e Investigación y la Dirección General de Recursos Humanos del SMS, gestionado por la FFIS. Está diseñado con el fin de dar cumplimiento a los objetivos estratégicos institucionales y dirigido a todos los profesionales del sistema sanitario murciano

Formación del Hospital General Universitario Rafael Méndez, que abordan directamente con contenidos relacionados con habilidades de comunicación y de trabajo en equipo.

El PEC anualmente ha ofertado los siguientes cursos¹³³ (han sido revisadas las memorias de 2009 y 2010):

- Actitudes y Habilidades de Comunicación en la Relación de Ayuda de 30 horas lectivas.
- La comunicación en las organizaciones sanitarias: nivel I, con 15 horas lectivas y 25 participantes
- La comunicación en las organizaciones sanitarias: "de la explicación a la persuasión". Nivel II, con 21 horas lectivas y 25 participantes.
- Dirección, Equipos de Trabajo y Gestión del tiempo, "on line", con 30 horas lectivas y 36 alumnos
- La comunicación en las organizaciones dirigida a mandos intermedios, con 15 horas lectivas y 25 participantes.
- Habilidades comunicativas y sociales para prevenir y/o afrontar agresiones al personal sanitario, con 25 horas lectivas y 20 participantes.

Además ofertó dos cursos específicos para el Área de Salud III en 2009: Inteligencia emocional y La comunicación profesional paciente-usuario como valor seguro para la organización.

Año Curso	Enfermeros	Aux. Enf.	TEL	Celadores	Trabj. Social	total
2009 (no consta ningún curso sobre estas temáticas específicas)						
2010 Gestión para mandos intermedios enfermería	Supervisores 35					
2011 Habilidades sociales en el entorno sanitario	11	7				18

¹³³ Según las guías de estos cursos se han impartido ediciones en 2009 y 2010, pero es posible que se haya impartido algún curso que no esté recogido explícitamente y que haya sido realizado en ediciones especiales en áreas concretas.

Tabla 17: Cursos relacionados con el trabajo en equipo y la comunicación, organizados por la Unidad de Formación del Hospital Universitario Rafael Méndez.

Además de estos cursos, la formación interprofesional también se lleva a cabo en otros cursos con temáticas técnicas que se realizan conjuntamente, como los de Reanimación Cardiopulmonar en los que se realizan simulaciones.

Aunque también hemos de decir que la mayor parte de estos cursos están destinados a varios colectivos profesionales, por lo tanto son al menos, en su mayoría, “multiprofesionales”.

Analizar la formación no es el objetivo de nuestro trabajo, si creemos necesario poner nuestra atención en ella y considerarla como un elemento a tener en cuenta en nuestro análisis. Ese ha sido el objetivo de este apartado.

IV- DISEÑO CULTURAL: LA COMUNICACIÓN COMO PARADIGMA DE MEJORA

En este capítulo presentamos el momento abductivo de nuestra investigación en el que realizamos un estudio prospectivo a través del diseño cultural, aportando sugerencias, condiciones probables y tendencias de utilidad práctica en el contexto de esta investigación, pero también en otros escenarios, así como la sugerencia de nuevas líneas de investigación. Lo hemos subdividido en dos apartados, el primero en el que reflexionamos a cerca de las limitaciones del estudio y proponemos nuevas líneas de investigación. En el segundo presentamos lo que pensamos es la mayor aportación de este trabajo, ya que en el contexto de este estudio la UCI, tan cambiante, inestable y dinámico (pero también en general en el entorno sanitario), la comunicación entre los profesionales representa un elemento que puede aportar estabilidad, proporcionando un conocimiento compartido tanto a nivel individual como grupal y social, tanto en aspectos técnicos como humanos. Siendo así el elemento sobre el que se basa la colaboración y el trabajo en equipo.

1.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y NUEVAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN.

Antes o después, es necesario trazar ciertos límites a la investigación en término de número y tipos de escenarios estudiados. La selección de escenarios o informantes adicionales dependerá de lo que se haya aprendido y de los intereses de la investigación. Lo importante es que, con independencia de la cantidad de escenarios que se estudien, se llegue a la comprensión de algo que antes no se comprendía. (Taylor y Bogdan 1987:89).

En este sentido las limitaciones en cuanto a disponibilidad de tiempo hicieron que centráramos el estudio a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Rafael Méndez, y dentro de esta a la zona asistencial y al personal sanitario y celadores.

Consideramos la investigación cualitativa adecuada para nuestro objeto de estudio, ya que nuestra pretensión es mostrar como los actores dan sentido e interpretan su realidad. Reconocemos, por tanto, que los resultados no son generalizables pero sin puede ser de gran utilidad para intervenciones concretas dentro de la unidad de estudio, ya que ponen de manifiesto la experiencia y la interpretación de los sujetos en su propio contexto (Salamanca, 2006). Creemos que también aporta un conocimiento que puede tener aplicabilidad en entornos similares.

Pensamos que sería de gran interés para futuras investigaciones incorporar las expectativas de pacientes y familiares, así como realizar el estudio en otros contextos: otros servicios del hospital (plantas de hospitalización, urgencias, etc.), y UCI de otros centros con otras características, a los que este estudio podría aportar datos para la comparación.

El tiempo también ha determinado el fin de la investigación en un momento en el que se han producido numerosos cambios en todos los contextos:

- Macrosocial, con los cambios políticos, la agudización de la crisis económico-financiera y su repercusión en los empleados públicos en general, y en los sanitarios en particular, en salarios, horas de trabajo y reestructuración de las plantillas.
- Mesosocial, en el conjunto de la ciudad de Lorca tras los terremotos del 11 de mayo de 2012 y sus consecuencias en la población en general: familias

desubicadas porque han perdido su casa, servicios públicos que aun no han sido restaurados, incremento de los índices de paro, etc.

A nivel del hospital, se ha producido cambios de los directivos a principios de 2012, Gerente, Directora de enfermería, etc. Además de reestructuración en las plantillas y en los cargos intermedios, y la necesidad de la máxima contención en el gasto. Además durante mayo de 2012 se está produciendo la toma de posesión de las plazas convocadas en 2008 de personal sanitario no facultativo. Lo que supone la consolidación en sus puestos de muchos enfermeros y auxiliares en la UCI, y en el resto del hospital.

Las secuelas del terremoto en el edificio del hospital son aun patentes, faltando algunas aéreas por terminar de reparar.

- Microsocial, en la UCI que a mitad de 2011 cambio de supervisor, y se han producido cambios en la plantilla¹³⁴, que se ha visto reducida desde el 1 de mayo de 2012, teniendo 2 enfermeros y 1 auxiliar menos.

Para ubicarnos en el tiempo matizaremos que la reacción de este apartado se ha producido en mayo de 2012, y que para nuestro análisis hemos manejado los datos de personal, etc. validos hasta diciembre de 2011, año en el que termino el trabajo de campo. Pensamos que esta investigación podría aportar los datos para una investigación posterior en la que contrastar como han podido influir estos cambios en las dinámicas de trabajo interprofesional.

Por último volver a destacar los sesgos que han podido ser introducidos por la investigadora, que aunque han intentado ser controlados como hemos expuesto pensamos deben ser reconocidos como una posible limitación del estudio.

2. - LA COMUNICACIÓN COMO ELEMENTO DE ESTABILIDAD.

La comunicación adecuada entre los profesionales de la salud es reconocida como indispensable para un adecuado cuidado de los pacientes (Leonard, et al., 2004; Gillespie, et al. 2010; Merián, Van de Ven, Mol, Houterman, y Oei, 2010),

¹³⁴ En enero se incorporaron a su plaza en otros centros dos de los intensivistas, contratándose otros dos. En los últimos traslados internos se fueron 3 enfermeros, que han sido cubiertos por personal contratado, y ha venido una auxiliar.

relacionándose, la deficiente comunicación, con la seguridad del paciente y los errores médicos (Salas et al, 2009), la calidad de la atención, la eficacia y el rendimiento (Baker, et al., 2006), así como con la satisfacción y el estrés de los profesionales, y la creación de entornos de trabajo saludables (Clark, 2009). Pero numerosos autores aseguran que sigue siendo una de las asignaturas pendientes de las organizaciones sanitarias (Arizeta, Portillo y Ayestarán, 2001). En el contexto hospitalario y de la atención aguda, constatan que los fallos en la comunicación provocar un aumento de daño al paciente, de la duración de la estancia hospitalaria y del uso de recursos, así como mayor insatisfacción en los profesionales (Zwarenstein y Reeves 2002). Concretamente acentúan su transcendencia en entornos de alta complejidad y dinamismo (Gillespie, et al., 2010), como son las Unidades de Cuidados Intensivos (Reader, et al., 2009; Richardson, et al., 2010; Rose, 2011), donde la escasa comunicación y colaboración, junto a otros factores específicos se consideran que pueden ser la causa de aumento de la estancia y de la mortalidad (Zimmerman , Shortell y Rousseau, 1993; Miller, Scheinkestel, Limpus, Joseph, Karnik y Venkatesh, 2009).

La comunicación permite a las personas construir relaciones interpersonales funcionales que les posibilita para trabajar conjuntamente y lograr las metas previstas (Gil y Barrasa, 2003; Mañas y Salvador, 2008, p. 98). Presupone dos conceptos el de relación entre un emisor y un receptor, y el de transmisión de información, para ello es necesario establecer unas condiciones idóneas y tener una predisposición para la emisión e intercambio de significados (Cleries y Kronfly, 2000).

A lo largo de las entrevistas y de las conversaciones captadas durante la observación, hemos recogido las constantes alusiones, por parte de los sujetos de estudio, a la necesidad de una buena comunicación interprofesional para aportar la mejor atención al paciente, establecer una buena relación con los familiares y para la creación de ambientes de trabajo saludables. Por ello hemos elegido el título que encabeza este capítulo, considerando la comunicación como la base para el establecimiento y desarrollo de la colaboración y el trabajo en equipo. Hemos presentado los resultados en dos apartados, en el primero que recogemos lo que para los informantes es la realidad de las interacciones comunicativas, en el segundo presentamos sus sugerencias para mejorar la comunicación. Pensamos que esto enriquece este trabajo, ya que aportan situaciones probables (prospectiva) **desde**

dentro, lo que los informantes creen que es mejorable y sus propuestas para poder llevarlo a cabo.

2.1 Expresiones sobre la realidad de las interacciones comunicativas entre los profesionales.

Los informantes expresan mayoritariamente la opinión de que la comunicación es insuficiente tanto a nivel intraprofesional como interprofesional, pero consideran esta última como más deficitaria. Lo que concuerda con las afirmaciones de los autores que aseguran que compartir la información y los objetivos sigue siendo una de las asignaturas pendientes y de los grandes retos de las organizaciones sanitarias.

(E-1) *Muchas veces yo creo que hay un déficit en como damos los relevos, nos dejamos cosas por decir o por apuntar. [...] Hay poca información formal. A lo mejor le preguntas al médico y se explaya, a lo mejor otro es más escueto, o te da más apuro acercarte, ya depende del carácter de cada persona y parece que te cuesta más acercarte a preguntarle. [...] Y a nivel de sesiones, es que no hay, no hay reuniones, nada más que una en dos años con la doctora, de la bacteriemia 0, pero deberían haber más. En el hospital X, en el servicio en el que trabajé, era una vez al mes, reunión de enfermería y de médicos, entonces se hablaba de los pacientes, se exponían los casos, explicaban el tratamiento que iba a llevar, y era una reunión conjunta entonces tu sabías que camino ibas a seguir con ese paciente y eso era bueno para el paciente. [...] Aquí no se sabe nada, lo sabrán ellos allí dentro, si se enteran, y ya está, mañana será otro día.*

(E-2) *La comunicación deja mucho que desear, es verdad, y sobre todo la relación entre ellos y nosotros¹³⁵, a lo mejor te enteras que tiene un TAC, y dices: - ¡Señor!, a mí nadie me ha dicho nada. Te quedas como la tonta del pueblo. Entre ellos y nosotros muchas veces no...entre nosotros y el resto de personal, nuestros compañeros, si, porque nos lo decimos, entre nosotros, somos más bocazas nos decimos todas las cosas.*

(A-6) *Muchas veces hacemos el trabajo tan automático, que no informamos de*

¹³⁵ Al decir ellos y nosotros, se refiere a la relación entre el médico y enfermeras.

que esto se hace así. Por ejemplo al mover un enfermo en el aseo, el celador debería de saber cómo mover a al enfermo. Informarle al enfermo de lo que le vamos a hacer, también, muchas veces no se hace. Nos tenemos que informar todos de lo que estamos haciendo y de lo que podemos hacer.

Las sesiones médicas diarias y el uso de protocolos de práctica clínica están reconocidos e institucionalizados como algo cotidiano en el hospital. En enfermería se reconoce el relevo oral y escrito como transmisión de información. Pero las reuniones y sesiones de enfermería como método para desarrollar y unificar criterios están menos institucionalizadas, al menos en la unidad de estudio. A su vez la protocolización de cuidados, trabajar con metodología enfermera (diagnósticos de enfermería), implantación de guías de buenas prácticas¹³⁶ y la enfermería basada en la evidencia, son aéreas que en enfermería se encuentran en desarrollo en este hospital.

(A-1) No hay suficiente información, para mí los relevos tienen escasa información, y en otras cosas nos limitamos a lo básico, no entramos en más detalles. Pero también tenemos un tiempo limitado. [...] Por las mañanas tú conoces más al paciente, porque lo has llevado toda la semana. [...] A veces ese relevo tan simple ayuda a que te enteres de algo que no está escrito en la gráfica. Es importante y deberíamos de elaborarlo de otra manera para que no nos cansara el repetir siempre lo mismo.

(A-4) No, hay mas cuchicheo, dicen que dicen. Ahora con las nutriciones, ¿quién lo ha dicho? Le preguntas al supervisor y dice que no sabe nada. Nos falta algo, juntarnos y que dijéramos: - Esto es así, porque se ha visto, se ha comprobado, y que nadie dijera cosas que no son. [...] Nos faltaría un poco de comunicación, no nos

¹³⁶ El hospital Universitario Rafael Méndez , en colaboración con la Facultad de Ciencias Sociosanitarias de Lorca, es uno de los ocho centros sanitarios dependientes del Sistema Nacional de Salud (SNS) elegidos en febrero de 2012 para formar parte del programa de centros comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO), puesto en marcha por la Asociación de Enfermería de Ontario en Canadá (RNAO) y cuyo establecimiento en España ha sido posible gracias a un convenio de colaboración entre esta institución y la Unidad en Cuidados de Salud del Instituto de Salud Carlos III. El hospital ha asumido el compromiso de implantar en un período de 3 años un programa de guías de buenas prácticas en enfermería de la RNAO, en total cinco guías. De estas guías dos se refieren a la creación de entornos laborales saludables: desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería y profesionalidad en enfermería.

vendría mal hacer una reunión al mes, e ir viendo en que no estamos colaborando, y si alguien no colabora, que te explique el porqué y que lo expusiera, y a lo mejor tendría razón, pero a una persona, pero no así a todo el mundo y que vayamos comunicándolo individualmente los unos a los otros.

Destacan que la comunicación informal es la más utilizada y acentúan la importancia de que existan más canales formales y más fluidos, con protocolos y documentos escritos que recojan la información relevante, necesarios también para la puesta al día y el aprendizaje de los nuevos profesionales que se incorporan a la unidad:

(E-5) Ahí está el tema de la comunicación, porque no todos trabajamos de la misma manera, pero también porque no nos comunicamos [...] La información es informal, es lo que hemos estado hablando antes, es el boca a boca, nada formal, escrito, dicho o protocolizado. Los relevos y el tratamiento médico están más o menos especificados y luego uno es como es, y escribe más o menos. A la hora de contar, por la boca, se olvidan muchas cosas, yo a veces digo: - ¡Qué no he dicho esto! Lo que es el relevo verbal, algunas veces, nos queda corto. El relevo escrito, a veces depende de quien lo haga. ¡Que por lo menos se refleje el trabajo que tú has hecho con el enfermo!

(E-6) La comunicación falla mucho, nos comunicamos para decir: - Este que se lo deja todo sin hacer, que si no hace... Para criticarnos. [...] Tiene más bien canales informales porque no se usan los métodos que están establecidos en otros sitios, en los protocolos de enfermería, los diagnósticos de enfermería. Aquí nos contamos el relevo: - Ha pasado esto, ha pasado lo otro, que si que te informa bien. [...] No tenemos sesiones. Hacemos reuniones para hacer protocolos, pero eso últimamente. Solo nos comunicamos a través de los relevos, es lo que pienso que falta. Porque también nos relacionamos con los demás no solo cuando nos vamos a comer, sino también hablando de trabajo, que es lo que nos interesa cuando estamos trabajando.

(A-5) La comunicación está basada en redes informales. Si hay alguien que sabe más o que ha investigado y lo expone, las aportaciones de los demás hacen que el equipo funcione mejor, que tenga más visiones a parte de la que tú tengas.

(A-4) Los canales son informales, pero a mí me gustan más así, el trato entre nosotros más informal.

La transmisión de esta comunicación informal se ve favorecida por las características del servicio y por la relación de confianza que se establece entre las personas que trabajan juntas habitualmente.

(E-2) *Aquí como el espacio es cerrado, estamos un montón de horas mucha gente, entonces pues claro, hasta ya casi nos sabemos todos lo de todos los enfermos, aunque no lo lleves tú, pero ya sabes que aquel ha vomitado,.. ¿Yo que sé? al haber pocos enfermos, eso favorece, es más fácil. Y luego la comunicación que hay entre nosotros también, el llevarse bien, el comunicarse bien: - Oye ¿tú podrías? ... ¡mira! me pasa esto, ¿tú qué harías? Es que la comunicación entre los profesionales es muy importante también, creo yo.*

El personal de enfermería expresa la inquietud que les provoca el no saber en ocasiones que objetivos y expectativas se han marcado los facultativos con el paciente, ya que no está establecida una comunicación “formal” de los mismos. Reconocen que por las características del servicio y también por la buena relación que en general hay con los intensivistas, mucha de esta información se solicita y es aportada, de manera informal, pero que esto depende en gran medida de las características personales tanto de enfermeros como de médicos, y de la relación personal que haya entre ellos. Esta relevancia de la comunicación informal en la UCI ha sido también encontrada en otros trabajos, así Plaza, et al. (2009) recogen que las enfermeras consideran como insuficiente la transmisión de la información, que se recibe mayoritariamente a través del “boca a boca” entre compañeros.

En la comunicación, como vimos que pasaba con otras habilidades de colaboración, tiene también gran influencia las características personales y las relaciones establecidas entre los individuos. Delgado, et al. (2001) también constatan que las enfermeras piensan que su relación es de colaboración, aunque les falta coordinar las actividades. La comunicación que se establece con el médico depende del que este de guardia y de la situación del paciente. Por lo que dependiendo de quién este de guardia saben si la relación va a ser de mando o de colaboración.

(E-3) *Hay facultativos que se implican más, pero hay otros que notas que le molesta que le hagas esa pregunta. Debería ser todo lo contrario, te hago una pregunta de un tema que tú controlas por tu formación, si tú me lo aclaras, a lo mejor repercute*

en otro enfermo, lo que me estás diciendo, lo puedo poner en práctica. Si no nos ayudamos entre nosotros... Nos cuesta ayudar, o lo hacemos de mala gana y se nota... pues yo cuando noto eso, pues no pregunto dos veces. Me espero a otro que sé que le molesta menos, intento quitarme la duda lo antes posible porque con dudas no puedo estar. Pero me cuesta encontrar el momento oportuno, la persona adecuada, que vaya bien todo. Eso no tendría porque pasar, tendría que haber otro ambiente.

(E-7) *Hombre, se podría mejorar. Comunicación existe, pero podría ser muchísimo más fluida. De lo que hemos hablado, de hacernos partícipes de muchas cosas. [...] Dependiendo de cada uno, hay personas más accesibles. Hay compañeros que le puedes decir: - A este paciente esto o esto. Hay otros con los que puedes opinar: - vamos a hacer esto, podríamos hacer lo otro, incluso te dejan que lo hagas, te escuchan, te respetan. Pero eso ya dependiendo de cada persona.*

(E-1) *“Hay poca información formal. A lo mejor le preguntas al médico y se explaya, a lo mejor otro es más escueto, o te da más apuro acercarte, ya depende del carácter de cada persona y parece que te cuesta más acercarte a preguntarle. [...]. Muchas veces no sabemos el camino que van a seguir con los pacientes, no sabemos nada. Venimos hacemos los cuidados de enfermería nuestros pero no llegamos mas allá”.*

(E-8) *Entre enfermería sí, hay buen comunicación. Pero hay veces que entre los facultativos y enfermería no. En momentos puntuales sí, pero depende de quién esté. [...] Depende de la persona que te comunique a ti, o de que nos tenga en cuenta, pues piensa: - Voy a decirle a esta gente que le vamos a hacer tal. Pero hay otros que no, que son más herméticos y se encierran ahí y no nos dicen nada. [...] Lo que nos interesa a nosotros para atender al enfermo, cuanto más sepamos mejor. Lo que hago es que me informo yo, miro la historia, cuando puedo, y de lo que no me han contado, me entero. Lo que no sé es si entre enfermería y facultativo es normal que no haya tanta información, porque a lo mejor son cosas más de facultativo. Sobre determinados aspectos sí, pero cosas muy de médico a lo mejor no.*

Resulta llamativo que los médicos compartan esta opinión y consideren necesario suministrar mayor información acerca de los objetivos que se marcan con los pacientes, adoptando una posición bastante autocrítica. Relacionan la comunicación con la

coordinación. Desvelando también como la tradición, la costumbre y las distancias jerárquicas (los factores culturales) determinan las formas y canales de comunicación.

(M-1) *La transmisión de la información es muy mala. Y eso ¿que genera aquí? Pues genera malentendidos fundamentalmente. La gente no sabe exactamente lo que tiene que hacer, pero es que muchas veces parte de nosotros. Yo asumo, gran parte de los problemas, no nos queremos dar cuenta, y siempre se critica, un estamento critica a otro y el otro critica al uno, a veces gran parte de la culpa la tenemos nosotros. Todos tienen su parte de responsabilidad evidentemente, pero tenemos que admitir esa parte de culpa, porque no sabemos transmitir lo que queremos, damos por hecho muchas cosas que no podemos dar por hecho.*

(M-3) *La coordinación guarda mucha relación con la información. [...] Nosotros a veces no transmitimos toda la información, o no de la manera que debemos, o no en el momento en que debemos, igual lo decimos después. [...] No porque os la ocultemos con intención, sino porque se nos pasa, quizás porque ha sido costumbre siempre. No se os ha hecho partícipes, a lo mejor hay decisiones que son más clínicas, pero que yo creo que vosotros las debéis saber. [...] Con los años se ha ido dejando. [...] Hay cosas que se comentan aquí en las sesiones:- A enfermería lo único que le importa es que el drenaje vaya. Bueno, relativamente, porque hay drenajes y drenajes. Yo creo hay que mejorarlo.*

(M-2) *Nosotros nos pasamos los objetivos a corto plazo. El que lo ingresa cuenta cual es su enfoque diagnóstico y los demás lo comentan. [...] Y al final se dice vamos a intentar hacer esto y esto otro, y todas las mañanas se plantean pequeños objetivos o metas, para las próximas horas o días. Y ahí se queda, a vosotros os llega:- Nos bajamos al TAC y alguien dirá ¿para qué? [...] Yo creo que no hay transmisión de información ni por supuesto de objetivos.... además los informes los escribimos para nosotros, que ese es otro tema, porque no hay idea de que haya una transmisión fuera del ámbito del facultativo, está pensado para nosotros, que luego se le da al enfermo para que lo entregue a su vez a un facultativo, por eso la información al enfermo tiene que ser: tú le das el informe pero se lo tienes que explicar [...] Ni hay transmisión ni muchos preguntan y eso da pie a que la gente venga con la idea de a mi me tocan dos. Y el de al lado no sabe ni porque está ingresado [...] Nosotros indicamos el ingreso,*

ponemos el tratamiento, pero vosotros sois los que posibilitáis eso, pero no decidís, y muchos no sabéis claramente porqué está el enfermo, salvo que preguntéis o leáis. [...] No hay transmisión en la UCI, ni esta estandarizada, ni mucho menos, y de momento ni tiene pinta de que vaya a estarlo. [...] Lo lógico es que haya una transmisión para que la gente se motive, se implique, también los cuidados cambiarían en algunos casos cuando la gente se implica más, y sabiendo además cual es la preocupación del momento con ese enfermo, pues los que estáis más horas con el enfermo sois vosotros.

(M-4) *Las vías son informales, vías formales no hay ninguna. Hay comunicación porque nos llevamos bien, si nos lleváramos mal la comunicación no existiría porque vosotros no pasáis a las sesiones clínicas, y no os transmitimos la información, os pasamos solo la hoja de tratamiento: - Toma. [...] Dais unos cuidados adecuados porque tenéis la formación profesional suficiente para dar los cuidados, eso sí. [...] La comunicación oficial como hoja de tratamiento, si ahí está escrita, pero luego aparte de eso hay más cosas.*

Además reconocen la necesidad de tener la suficiente información para poder asumir y exigir responsabilidad, aunque existe la preocupación de que al transmitir determinados datos a determinados trabajadores (auxiliares y celadores), se pierda la confidencialidad. En este sentido el médico se considera el “guardián” de la confidencialidad por ser el que historia al paciente¹³⁷. Esta custodia de la historia también es responsabilidad de enfermería. Aunque coincidimos con Irvine, et al. (2002), en que en ocasiones esta “protección de la información” se puede interpretar como un elemento para preservar más la posición medica que la privacidad de los pacientes.

¹³⁷Todos los trabajadores de centros sanitarios tienen obligación de preservar la intimidad del paciente y compromiso con la confidencialidad de los datos a los que tiene acceso durante su trabajo. Concretamente en de los celadores queda recogido en el Estatuto de Personal no Sanitario de 1971(BOE 174:12018). El derecho a la intimidad del paciente y la obligación de confidencialidad quedan recogidos en:

- la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.
 - La Ley 41/2002 básica reguladora de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
 - La Ley 16/2003 de 18 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 128, 29/05/2003
 - Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre por el que se aprueba el reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal. BOE nº 17. 19 enero 2008.
- Aunque la concienciación con respecto al respeto de la confidencialidad es muy variable (incluso a veces es inexistente), guardado relación con aspectos formativos y la asunción de valores profesionales y personales. Este es un importante aspecto ético a tener en cuenta, pero en el que no vamos a adentrarnos, aunque consideramos que podría ser el tema de otro interesante estudio.

(M-2) *La responsabilidad es compartida, pero tú no puedes exigir responsabilidad sin dar un mínimo de información, creo yo. Tampoco se trata de que el celador, como en otros sitios donde yo he trabajado, se sentaba a leerse la historia de los enfermos. Yo creo que eso es un error, creo que el celador tiene un trabajo definido que tiene su importancia, pero de ahí a tener que saber si el enfermo es bebedor o no bebedor, eso creo que no. Con la historia clínica, con lo datos del enfermo hay que ser muy cuidadoso, y nosotros somos los que tenemos que cuidarla, tú y yo. [...] La diferencia es que yo soy el que pregunto por esos detalles, pero da igual, tú los manejas también.*

Se hace también referencia a la jerarquización y a las culturas profesionales, el mantener los espacios profesionales y la ostentación del poder a través de la gestión del conocimiento y de la información. Estas cuestiones producen en ocasiones distanciamiento entre los distintos grupos profesionales (McCallin, 2001; Huber, 2010).

(E-6) *Con médicos, con unos sí y con otros no. Hay médicos que sí, que son parte del equipo, pero hay otros que no, que incluso te da casi miedo hablarles, que no te dan facilidades, que te da miedo preguntarles, sabes que te va a decir, pero como no te lo diga no lo haces. No sé, no me gusta, porque yo pienso que si tuviera más confianza, tampoco me iba a meter en su terreno ni nada, por eso no le iba a perder el respeto. Pero así parece que tienen un respeto y una cosa, ¿no sé?, Dios o más arriba, si es que hay. Es la impresión que yo tengo.*

(M-1) *Deberíamos reunirnos más frecuentemente interestamentos. Te digo la realidad: que eso es poco viable aquí. Por qué mis compañeros, la mayoría no va a estar a favor de eso, se encuentran muy cómodos en su posición, y no se van a rebajar. Me gustaría equivocarme.*

Se reconoce como deficitaria la comunicación de los cambios e innovaciones y la poca participación en decisiones que afectan a la unidad de forma general. Esta “exclusión” en la toma de decisiones, la falta de comunicación de las prioridades y los cambios en el tratamiento (Danjoux, et al., 2009), y la deficiente difusión en los conocimientos necesarios para manejar las nuevas técnicas y tecnologías introducidas (Kvarnström, 2008; Gillespie, et al., 2010), lo que genera malestar, inseguridad, y ansiedad en los profesionales:

(E-2) *Se hacen las cosas y tú te enteras porque te ha tocado y sobre la marcha...tienes que hacerlo. [...] Pues a mí me gustaría: primero que nos comunicaran, que fuéramos informados de muchas cosas que se están haciendo que nos enteramos... ¡que te toca!... ¡jala!...y no sabes ni por donde...Más información.*

Generan conflicto la existencia de rumores y de críticas y se considera que es necesario hablar sobre los errores de forma abierta y constructiva y afrontar los conflictos como oportunidad para aprender y mejorar.

(E-6) *Nos tenemos que comunicar. Y decirnos las cosas aunque fallemos, más que decirnos lo bueno, decirnos lo malo, para mejorarlo. [...] Lo bueno también, pero lo malo para mejorarlo, porque si no, pues lo mismo estamos cayendo siempre en lo mismo. [...] Yo veo fundamental eso que nos critiquemos menos y que hablemos más entre nosotros y que corrijamos lo que hacemos mal. Si estamos fallando en algo nos lo tienen que decir, bien dicho, porque si lo dices mal pues te vas a tu casa hecha polvo, pero bien dicho, yo pienso que se puede decir y también se puede escuchar.*

(M-3) *Esa información informal, luego lo único que hace es tergiversar las cosa más, porque a veces no es la adecuada. [...] Yo creo que a lo mejor no debería de haber tanta información oficiosa y más información oficial. [...] Esta UCI yo creo que reúne requisitos para trabajar bien, por eso te da rabia muchas veces cuando surgen confusiones, enfados y tontadas, que se han podido solucionar simplemente yendo a la persona y diciéndole: - Oye me han comentado tal cosa. En vez de dar lugar a chismes, que luego tienen muy mal arreglo. [...] Lo informal a veces facilita, y otras veces se vuelve en tú contra.*

El conocimiento de informaciones del paciente se considera también de gran utilidad para el establecimiento de relaciones adecuadas con los familiares de estos. También en el trabajo de Delgado et al. (2001) las enfermeras expresan que el no saber qué información habían recibido los familiares del médico hace que en ocasiones se provoquen situaciones difíciles con la familia. Danjoux et al. (2009) reconocen que una parte importante de los conflictos que se producen con los familiares de los pacientes en UCI son consecuencia de la desinformación y de la falta de coherencia entre las informaciones recibidas (unido a las altas expectativas con respecto a las tecnologías médicas).

(A-6) *Creo que siempre falta comunicación. Nos falta saber más de los pacientes, mucho más, no para informar, si no para saber lo que se puede decir, lo que no se puede decir. Porque quitas muchas ansiedades y es beneficioso para el enfermo y para los familiares. Porque muchas veces cuando preguntan, tú no sabes si puedes decir una cosa y hasta qué punto, o si tú estás realmente lo suficientemente informada de todo. Muchas veces vamos a la historia a ver que han escrito, porque no sabemos por dónde va la cosa. Solo el tratamiento y lo que nos van contando las compañeras.*

(E-2) *Tampoco sabemos lo que van a decirle a la familia, y tú te quedas a veces: - ¿Qué le ha dicho el médico? Pues lo que le haya dicho el médico. Piensas: Es que no sé qué es lo que está usted diciendo. Te quedas, que falta ahí un escalón...es verdad...*

Los problemas referidos por nuestros entrevistados, en cuanto a la transferencia de información clínica, coinciden con los recogidos en el trabajo de Reader et al. (2009) que destacan como elementos críticos de la comunicación en los equipos de UCI: la transferencia de información inexacta en los cambios de turno entre diferentes equipos de atención, la pobre difusión de información de los pacientes de nuevo ingreso y de los problemas en general con los pacientes o no comunicar prioridades y cambios de tratamiento.

La falta de comunicación es considerada como una de las fuentes más importantes de conflicto (Comelles, 2000; Danjoux et al., 2009), teniendo un efecto perjudicial en la confianza, lo que a su vez, afecta negativamente en la atención a los pacientes. La comunicación es inherente al trabajo en equipo eficaz, teniendo en cuenta que los equipos de trabajo tienen que realizar constantemente tareas muy interdependientes y complejas, deben compartir información, discutir perspectivas divergentes, reflexionar sobre su progreso, y acordar objetivos compartidos (Richardson et al., 2010).

Las dinámicas comunicacionales que se establecen están influenciadas en gran medida por las relaciones jerárquicas (Lerner et al., 2009) existentes entre médicos y personal de enfermería producto de la historia y de la evolución de ambas profesiones y que ha llevado a determinados desacuerdos, debidos en parte a la percepción de los distintos roles y límites profesionales, y la ausencia de apoyo organizacional al trabajo en equipo real (Zwarenstein y Reeves 2002). Cada profesión del cuidado de la salud

tiene una cultura diferente, incluidos los valores, creencias, actitudes, costumbres y comportamientos, generados tanto por las diferencias en el proceso de socialización como en los ambientes de formación, lo que hace que cada uno tenga sus propios valores y su propio punto de vista disciplinario de las necesidades del paciente pero también da lugar a diferentes estilos de comunicación (Leonard et al., 2004). A las enfermeras se les enseña a comunicarse con narraciones amplias sobre escenarios clínicos, y a integrarse en equipos más amplios, mientras que a los médicos se les capacita para ser breves y rápidos (Leonard et al., 2004; Gillespie et al., 2010), desarrollándose su formación, en general, en ambientes altamente competitivos y centrados más en la acción y los resultados que en las relaciones. Por lo que con frecuencia la comunicación adopta un esquema unidireccional, de pregunta-respuesta, basado en un listado de órdenes médicas, con palabras sueltas y frases breves, lo que se consideran conveniente (por parte del personal en general, no solo por los médicos) en situaciones de urgencias donde hay que hacer muchas cosas de forma rápida (Delgado et al., 2001). Estas diferencias son las que en ocasiones complican y hacen ineficaces las relaciones comunicacionales, y conducen a una cultura de la inhibición y la restricción de la comunicación, con patrones unidireccionales, con poca reciprocidad, en lugar de propiciar una comunicación abierta.

2.2 Expectativas de mejora de la comunicación y propuestas de los profesionales.

Uno de los aspectos, que aparece recurrentemente en los discursos de los participantes, es la necesidad de crear espacios y tiempos para compartir informaciones, unificar criterios, elaborar, actualizar protocolos y realizar formación continuada. Lo reclaman como una forma de motivar e implicar al personal. Se considera que sería positivo que las reuniones fuesen de corta duración, dentro del horario de trabajo dirigidas adecuadamente para no desviar la atención, y centradas en pocos temas claves. También se apunta que sería más eficaz hacer pequeños grupos de trabajo, para discutir temas de interés y hacer protocolos etc. Subrayan la necesidad de asegurar la difusión, de los acuerdos y propuestas alcanzados, a todas las personas del servicio tanto de forma oral como escrita:

(E-5) Para mí lo más importante sería eso de hablar. Juntarnos más, de vez en cuando, no juntarnos para pelearnos, como muchas veces. Tratar pocos temas cuando

hagamos una reunión, o una sesión clínica, tratar un tema, alguien que escriba, como la tormenta de ideas, y después entre todos escogemos las soluciones más importantes, más idóneas, pero eso entre todos. [...] Y si hacemos una reunión, todo escrito eso se le pasa a la gente, y que cada uno tenga una carpeta con esas cosas. Y cuando venga uno nuevo también se lo das. Entonces si tuviéramos todo protocolizado o escrito, sería más fácil. [...] No juntamos los 30 para discutir, vamos. Hay que hacer grupillos más pequeños, que se dedique cada uno a una cosa, a lo que a ti te pueda interesar más. Y lo que digamos para mejorar el trabajo, o algo así. Si no lo hacemos, esto se irá deteriorando cada vez más, cuando pasa el tiempo y cada uno ira a su rollo.

(A-1) Falta comunicación. Sin tener que venir expresamente, hay días a lo largo del mes y del año para juntarnos a todos y hacer eso media hora, un papel elaborado por el supervisor, y decirnos, y una charla por encima, intercambiar cosas, innovar algo. Se pierde el interés, aburrimiento, monotonía, hay que innovar para motivar. Aquí nos falta motivación. Nos hemos estancado en una monotonía y en hacer lo mínimo.

Señalan las dificultades para reunirse todos, por los turnos de trabajo y la falta de espacios adecuados, los horarios de la realización de reuniones y formación, considerando un problema el que se realicen en el tiempo personal y buscando fórmulas para adaptarlo al tiempo de trabajo y a las condiciones particulares de cada servicio, reconociéndose como dificultad la falta de tiempo en este aspecto por la carga asistencial (Leonard et al., 2004; Gillespie et al., 2010). La participación activa en las reuniones interdisciplinares supone un aliciente profesional donde todos pueden expresar ideas, sentirse valorados y respetados (Rubio et al., 2006; Da Costa y Trevizan, 2007; Orkaizagirre, 2010).

Como hemos recogido en otros capítulos, tanto la organización del trabajo, como en este caso los canales y formas de comunicación, están determinados por la organización, por el hospital, por su cultura y estilos de gestión, que como destacan los informantes que han trabajado en otros centros, varían de unos hospitales a otros (Kvarnström, 2008; Speroff, Nwosu, Greevy, Weinger, Talbot, Wall, et al., 2010), teniendo cada cual sus propias peculiaridades, aunque en lo general se adaptan a las políticas del Sistema Nacional de Salud y en nuestro caso también a las directrices del Servicio Murciano de Salud. Como ha aparecido recurrentemente, los profesionales entrevistados no piensan que la buena comunicación, la colaboración y el trabajo en

equipo sea una prioridad para los gestores de este hospital. Lo que concuerda con las afirmaciones de Huber (2010), que señala que históricamente en las organizaciones sanitarias no se ha promocionado la comunicación efectiva, el desarrollo de relaciones y la creación de equipos.

A nivel interprofesional expresan un gran interés por conocer más acerca de los objetivos y líneas de trabajo que se marcan los facultativos con los enfermos y que en las actividades más interdependientes se establezcan objetivos comunes, a través de sesiones y reuniones conjuntas. Esto es corroborado por diferentes trabajos que destacan la utilidad de las reuniones interdisciplinarias (Zwarenstein, Goldman y Reeves, 2009), lo que hace indispensable la creación de espacios y tiempos que faciliten los flujos comunicativos (Yeager, 2005; Esperanza et al., 2006; Rubio et al, 2006; D'Amour, et al. 2008; Plaza et al, 2009).

(E-1) Y yo creo que hace falta unas sesiones médicas con nosotros, interdisciplinarias y se lo he dicho a ellos y todo, aquí hace falta. [...] tú no sabes lo bueno que es para enfermería, trabajar así. Porque tú sabes lo que tienen el paciente, lo que te puede pasar, lo que le pasó la semana pasada, el tratamiento a seguir y sus consecuencias. [...] Hacer las sesiones con nosotros, nos sirve también de aprendizaje, y de estar más puestos en el paciente y en lo que se le va a hacer, y yo se lo he dicho a ellos y al supervisor también, porque vengo de un hospital en el que se hacía y me gustaba y estaba muy bien.

(M-3) A lo mejor no es mala idea, que el que se quede de guardia esté en el relevo de la mañana a la tarde y aporte. [...] Se puede ver de qué manera lo hacemos. [...] Es lo que hemos hecho hasta ahora, lo que no te aclarabas, lo preguntabas, y ya está. Yo creo que habría que hacerlo, más obligado, por así decirlo, no sé cómo, pero haciendo objetivos diarios como hacen en otros sitios, estándares, y luego ya veremos si hay que añadir algo. [...] De cositas básicas, luego si el enfermo tiene mucha más historia, contarla. [...] Esta mañana lo hemos hablado con el supervisor, se lo tenemos que decir al jefe y haber lo que dice. Yo creo que sí, que habría que hacerlo¹³⁸.

¹³⁸ Esta entrevista se realizó el 3 de mayo de 2011, hasta hoy (3 de abril de 2012) no se ha implantado ningún sistema formal o estandarizado para la transmisión de objetivos diarios de los pacientes.

(E-2) *Pues a lo mejor darnos una charla también a nosotros, por ejemplo el médico darnos una explicación, aunque sea el de guardia, como cuando damos nosotros el relevo, cuando llegan, pues este enfermo esto y esto, no sé, un poco, desde el punto de vista médico.*

(A-6) *El conocer nos hace saber, y al saber se pueden modificar muchas cosas. Y cuando sabes coges lo bueno. Todo es ir dejándolo caer, y va cayendo una gótica, y otra gótica y muchas góticas en el mismo sitio al final hacen un hoyo.*

(M-1) *¿Cómo mejorar eso? una de las cosas que yo propondría, lo que pasa que lo veo difícil, por lo que hemos comentado antes, evidentemente las sesiones conjuntas. Que no se puede conseguir una sesión conjunta pues intentar cada uno de los que llevamos, sobre todo que parta de nosotros, transmitir los objetivos que queremos con tal paciente. Transmitir los objetivos, quiere decir que le expliquemos que es lo que le pasa al paciente, cual es mi preocupación con ese enfermo y que queremos hacer con él. [...] Sabemos lo que queremos hacer, pero no lo hacemos. Esto es fácil, la mayoría de los que estamos aquí tenemos cierto grado de inteligencia y podemos entender exactamente como estamos, lo que pasa es que a la hora de la verdad cuando tenemos que estar ahí, por múltiples motivos, pues a veces no lo hacemos. Muchas veces por malos rollos: cuando me llevo mal con tal enfermera, pues viene ella con el morro torcido, pues yo también. Somos profesionales y no podemos permitir eso.*

(E-8) *Yo la sesiones no las veo interesantes, yo vería interesante entre nosotros. Que por ejemplo pudiéramos hacer unas minisiciones a la hora de dar los relevos, que antiguamente si lo hacíamos, ahora ya no, de contarnos todos los enfermos¹³⁹. Así en 10-15 min. Nos enteraríamos todos. Ahí sí sería el único momento, o al final de la mañana, en el que podríamos hacer una minisesión. Pero yo particularmente participar en las sesiones de ellos, no me interesa. Si necesito algo puntual se lo pregunto, o si hay algo que no entienda, no me callo, las dudas las pregunto o las consulto en internet, que es bueno. O que te la resuelvan ellos como si fueran la enciclopedia. Más que nada*

¹³⁹ Esta costumbre de hacer un resumen de la situación de los pacientes y del relevo que ha contado el turno anterior, antes de distribuir el trabajo, se sigue haciendo en la mayoría de las claves. Excepcionalmente cuando la entrada de turno se complica con un ingreso o una emergencia, los integrantes de las claves (de casi todas) hacen un reparto de los pacientes rápido, sin poner en común los relevos que cada uno ha recibido.

entre nosotros, y si quieren estar las auxiliares a mi no me importa... Sería una manera de que ellas se integrasen más, que a veces se sienten un poco desplazadas, u obligarlas a que estén ahí, en vez de que se salgan, que estén ahí cogiendo el relevo.

Como veremos hay disparidad en cuanto a la participación en sesiones conjuntas, aunque de las entrevistas realizadas esta constituye la excepción, ya que el resto manifiesta su interés en participar en sesiones interdisciplinarias. Vemos también como por parte de enfermería hay una gran dependencia del conocimiento médico, entendiendo que los facultativos no solo tienen que informar sobre los pacientes sino también formar al personal, en esto hay marcadas diferencias, ya que los médicos son más autosuficientes en la adquisición de conocimientos, mientras que enfermería mantiene gran dependencia también en este aspecto. Como tan gráficamente nos refiere este informante: ***que te la resuelvan ellos como si fueran la enciclopedia.***

(E-3) Un servicio así, tan especial, y ves desgana, quemazón y pocas ganas de ayudar. Me refiero a ellos, a los facultativos, ellos tienen sus quejas y yo las mías. [...] Se quejan de que no sabemos, necesitamos un poco de ayuda, esa información yo no la encuentro en ningún lado. Tienen que ser ellos, si quieren tener un personal cualificado.

Otro tema de gran preocupación es la información a familiares, la necesidad de mantener una coherencia que les de seguridad en los profesionales y evite conflictos. Para lo que se ve como una posible solución además de las sesiones, la información conjunta.

(M-2) La comunicación es esencial para la coherencia en la información a los familiares, es fundamental teniendo en cuenta que el resultado, el desenlace no es conocido, hay gran variabilidad en esto. Al final con la suma de un montón de datos indirectos, con esa variabilidad y con esos datos un poco imprecisos, si además admite interpretaciones variadas según estados de ánimo y formas de ser. La coherencia es fundamental para la información, pero tiene que haber una transmisión de información, muy definida, que tenga coherencia, validez, que sea una cosa razonable. [...] Evidentemente a lo mejor con vosotros no tenemos que entrar en detalles muy específicos de entrada, luego con el tiempo habrá cosas que se puedan decir, pero cosas muy claras y muy concretas. La información hay que decir, qué, cuanto, y de que

calidad, y hasta donde. [...] Hay unidades, no sé cómo funciona, donde hay sesiones conjuntas, o donde hay transmisión de información, y me parece lógico, creo que eso habría que definirlo y dejarlo bien claro. A eso hay que llegar [...] Una cosa estandarizar, plantear, ver el modelo que es el más apropiado, si es la sesión conjunta, eso es probarlo.

[...] Cuando uno de vosotros da una información a una familia sin que hayamos hablado, y a veces es la propia familia la que te dice ¿Cómo está? y a veces decís cosas muy acertadas, otras veces habría que ser muy restrictivo por el tipo de familia, por las cosas que tiene debajo ese enfermo a corto plazo, entonces hay que ser muy cautos, evidentemente no tenéis información y eso a veces es aventurarse, yo creo que si hay que ser muy cauto [...] Las relaciones con la familia han cambiado, antes era de paternalismo, ahora le gente te pide. Que el hijo es ingeniero en telecomunicaciones mucho más inteligente que tú. [...] Pero también viene gente que aunque pienses que ha dejado las cabras ahí, ves que es un tío sensato, hay gente de campo pero muy sensata, no entiende algunas cosas complejas, pero tienen sentido común. Y luego hay gente que tiene su formación, y viene con las cosas muy preparadas, muy leídas, y es difícil engañar, antes era una cosa muy paternal y tú los llevabas, ahora no es tan sencillo, y hay veces que hay quien ser humilde y tienes que decir, no lo sé, me tengo que sentar, ver los papeles, esta tarde os digo si se algo.

(E-2) Incluso cuando van a hablar con la familia la persona que ha llevado al enfermo que este delante también, tanto auxiliares como nosotros. Por si también nos quieren preguntar cosas, porque a nosotros nos preguntan a pie de cama. Y además porque a veces ni se enteran de lo que le están contando, y entonces a lo mejor tú hablas con ellos así, mas de tu a tu.

(E-5) Yo he oído que en otros sitios, que para informar a los familiares se va el enfermero y el médico e informan los dos. Aquí ¡vamos! ni arrimados. Si, sería positivo el que tu pudieras decirle lo que has hecho, y que él especificara. [...] Hay temas que podemos hablar con las familias y que son temas nuestros.

Como hemos comentado en otros capítulos las evoluciones sociales, el acceso a la información y al formación, el reconocimiento del derecho a la participación de los pacientes y familiares, el surgimiento de la bioética, etc. han traído consigo cambios en

las expectativas en la autonomía de las decisiones médicas (Hall, 2005) y han cambiado las expectativas de pacientes y familiares, tanto en cuanto al acceso y participación en diagnósticos y tratamientos, como a la información. Lo que precisa que las organizaciones y sus profesionales se adapten a estas demandas. En este aspecto el consensuar la forma de informar es la base para transmitir coherencia, coordinación y fiabilidad a las actuaciones de los profesionales:

(M-2) *Eso es un primer punto donde la gente dice: - Es que cada día me dicen una cosa distinta. Primer punto donde la familia nota que no estamos coordinados, por ejemplo entre nosotros. Entre vosotros, pues depende, cuando empiezan ciertos cuidados que se hacían, que se dejan de hacer, entonces sí que algunas veces surge: - Es que ayer le hicieron esto, y hoy no se lo han hecho.*

Se identifica como esencial la implicación de los líderes de la unidad y de la organización, como guías, pero también como propulsores de las medidas necesarias para poder poner en funcionamiento estos cambios:

(E-5) *Tendría que haber una persona más o menos guía, o varias personas, que no hace falta que sea una sola. Es verdad que hay líderes que no son jefes, que la gente se incentiva, se motiva, porque haya alguien que los motive, que motive el trabajo en equipo, y que se intente canalizar los malos rollos, crear buen ambiente. Eso ¿cómo se hace? Desde mi punto de vista, hablando y hablando.*

(M-1) *Depende del jefe muchos de ellos no tienen capacidad suficiente. No tienes que jugar a la hipocresía, pero tienes que saber donde tienes que estar y si hay aspectos a mejorar hay que decir que hay que hacerlo mejor, pero también decir que las cosas las haces bien. Cosa que no se hace nunca. Nunca lo hacemos, el refuerzo positivo. Porque en el fondo, da envidia que lo haga otro.*

El uso de métodos de comunicación formales como reuniones informativas, etc., favorecen el que se generen estos modelos mentales compartidos al desarrollarse una comunicación interactiva donde los miembros del equipo pueden dar y solicitar información, identificar las áreas de preocupación, establecer directrices para distribuir las cargas de trabajo, reflexionar y revisar la práctica (Gillespie et al., 2010). Los

cambios estructurales en los procesos de comunicación pueden mejorar la seguridad y la atención (Richardson, West y Cuthbertson, 2010).

Es importante reconocer que la comunicación efectiva es compleja y está influenciada por múltiples factores: contextuales, de personalidad, de conocimientos, de valores culturales, etc., pero fomentar la comunicación estandarizada puede ayudar a transmitir la información oportuna necesaria para asegurar unos cuidados seguros y de calidad, lo que implica el desarrollo de una comunicación abierta, basada en la confianza (Zwarenstein y Reeves, 2002; D'Amour y San Martín, 2006) y la relación entre los miembros del equipo para el aprendizaje, el respeto y la comprensión mutua, así como en la participación en toma de decisiones y responsabilidades. Estos cambios precisan la implicación de la organización para desarrollar estrategias institucionales que favorezca la participación y que dediquen tiempo y recursos para suministrar a los individuos las herramientas necesarias para el trabajo colaborativo (Rubio et al, 2006; Rose, 2011), entre las que cabe destacar actividades de aprendizaje que promuevan la comunicación interprofesional eficaz (Clements et al., 2007) y el desarrollo de programas de apoyo formativo a los miembros de nueva incorporación (Gillespie et al., 2010).

V- CONCLUSIONES.

Como hemos podido constatar a lo largo de esta tesis, el diseño del trabajo en los hospitales y las relaciones que se establecen entre sus trabajadores, están influenciados por un complejo entramado de factores culturales.

A modo de síntesis podemos destacar la importancia del dominio del modelo médico hegemónico, a partir del cual se establece el sistema de estatus y jerarquización propio de los hospitales, así como la asignación de roles y tareas, muy ligados también a la atribución de roles sexuales. De manera que la división, valoración del trabajo y las desigualdades de poder tiene su origen en la construcción social de imágenes y simbolismos que han conformado los distintos roles sociales y las diferencias de género que contribuyen a mantener una “independencia subordinada” de los profesionales de enfermería (mayoritariamente mujeres) frente a los profesionales médicos.

En la UCI el predominio de la técnica y su valoración crean expectativas de un tipo de cuidados basados en la imagen de salud-curación, en el que se priorizan los cuidados interdependientes, delegados de la medicina, técnicos, considerados como “tareas nobles”, frente a los cuidados valorados como femeninos, menos palpables y que con frecuencia no son registrados en ningún sitio, permaneciendo como “cuidados invisibles”.

Estos valores que impregnan las instituciones sanitarias (y de modo general a la sociedad), son asimilados por los profesionales a través del proceso de formación y socialización, en lo que constituye un corpus de conocimientos tácitos y de valores profesionales transmitidos, fundamentalmente, por medio del *Curriculum oculto*. En este entramado complejo interviene también factores profesionales y personales como, las diferencias formativas tanto en conocimientos como en la capacidad técnica, edad, sexo, etc., que van a definir las características de las “culturas del trabajo” que convergen en una organización, y como hemos visto en nuestro estudio en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Universitario Rafael Méndez.

Los trabajadores asumen sus diferentes roles y tienen intereses diversos lo que supone que haya expectativas e ideas dispares con respecto a cómo implementar el trabajo en equipo. Incluso dentro de la misma especialidad o departamento.

Sin embargo también hemos podido constatar la valoración común de que trabajar en equipo es algo necesario que reporta ventajas tanto a los profesionales como a los usuarios. Sin embargo además de los factores culturales y personales, los factores situacionales como la inestabilidad, la “pertenecía múltiple” y la necesaria flexibilidad de los equipos en los entornos sanitarios, y sobre todo en entornos complejos y dinámicos como la UCI, dificultan el trabajo en equipo real. En los que además adquiere gran importancia la formación y capacitación científico- técnica.

Los grupos estables, las claves, se reconocen y son reconocidos como equipos, desarrollando dinámicas de trabajo propias y estableciendo diferentes niveles de colaboración en función de la estabilidad y madurez del equipo, pero también de características y afinidades personales, que contribuyen a crear un clima afectivo que favorece la creación de sinergias y con ello la colaboración. En este sentido las características de la UCI y la interdependencia de las tareas a realizar, facilitan el contacto interpersonal y las dinámicas informales. Así mismo el tiempo se consolida

como un factor determinante en la creación de relaciones de confianza, a través del aprendizaje grupal y para el desarrollo de modelos mentales compartidos.

Uno de los aspectos destacados es la comunicación como una herramienta imprescindible para el cuidado del paciente, para el aprendizaje interprofesional y la solución de problemas.

En relación a la necesidad de coordinación y continuidad que solicitan gestores y usuarios, así como la necesidad de minimizar los errores médicos, podemos decir que en el trabajo en equipo, y por tanto en su condición imprescindible: la comunicación interprofesional, puede radicar gran parte de la motivación e incentivos que es necesario imprimir a los profesionales, y que ello podría traer consigo una mejor asistencia sanitaria. Lo que contribuiría a la creación de entornos de trabajo saludables.

Los líderes deberían aprovechar la preocupación y el interés expresados por los profesionales, y promover iniciativas para el intercambio y la colaboración. Para favorecer relaciones interdisciplinarias basadas en la confianza y el respeto mutuo, y en el conocimiento y reconocimiento de lo que puede aportar cada profesional, en este sentido cabe destacar la importancia de la formación no solo en habilidades técnicas individuales y grupales, sino también en habilidades sociales y de comunicación.

BIBLIOGRAFIA

- Agencia nacional de la evaluación de la calidad y acreditación. (2004). *Libro Blanco del título de grado de Enfermería*. Recuperado el 26/05/2009 de http://www.aneca.es/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
- Aguilar Luzón, M.C., García Martínez, J.M.A., Calvo Salguero, A. (2004). Valores hacia el trabajo del personal de enfermería. Un análisis descriptivo. *Index de Enfermería*, 13: 44-45. Recuperado el 5/02/2009 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000100002&lng=es.
- Aguilar Luzón M.C., Calvo Salguero A y Garcia-Hita, MÁ. (2007). Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en personal de enfermería. *Salud pública Mexicana*, 49(6): 401-407. Recuperado el 28/12/2011 de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49n6/a06v49n6.pdf>
- Aguirre Baztán, A. (2002). La cultura de la empresa. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 2(2): 89-122. Recuperado el 11/02/2012 de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/271/27120205.pdf>
- Aguirre Baztán, A. (2004). *La cultura de las organizaciones*. Barcelona. Ariel.
- Alberdi, R.M. (1999). La profesión de enfermera en España. *Metas de Enfermería*, 11: 11-17.
- Alberdi, R.M. (1998). Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras. *Rol de Enfermería*, 239-240: 27-31.
- Alcover de la Hera, C.M. (2003a). Las organizaciones en las sociedades actuales. En Gil Rodríguez, F. Alcover de la Hera, C.M. (Coords.), *Introducción a la psicología de las organizaciones* (pp. 85- 108). Madrid: Alianza editorial S.A.
- Alcover de la Hera, C.M. (2003b). Equipos de trabajo y dinámicas grupales en contextos organizacionales. En Gil Rodríguez, F. Alcover de la Hera, C.M. (Coords.), *Introducción a la psicología de las organizaciones* (pp. 201- 228). Madrid: Alianza editorial S.A.
- Alcover de la Hera, C.M. y Gil Rodríguez, F. (2003). Organizaciones y comportamiento organizacional. En Gil Rodríguez, F. Alcover de la Hera, C.M.

(Coords.), *Introducción a la psicología de las organizaciones* (pp. 33- 59). Madrid: Alianza editorial S.A.

- Alcover de la Hera, C. M., Martínez Iñigo, D., Rodríguez Mazo, F y Domínguez Bilbao, R. (2004). *Introducción a la psicología del trabajo*. Aravaca (Madrid): McGraw-Hill - Interamericana de España, D.I.
- Allegro, F., Beltrán, F., Benmergui, S., Molina, J.L., Oszlak, C., et al. (2007). *Propuesta para la formación de equipo interdisciplinario en salud: facilidades e inconvenientes*. Ponencia presentada en el XLI Curso de Administración de Servicios de Salud. Recuperado el 28/12/2011 de <http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pasteur/pdf/PropParaLaFormacion.pdf>
- Álvarez Munárriz, L. (1997). La investigación de la cultura. En Aguirre Baztán, A (Ed.), *Cultura e identidad cultural*, Bardenas, Barcelona. 1997, pp. 225-226 y 229-240.
- Álvarez Munárriz, L. (1998) Antropología cognitiva. En Lisón, C. (Ed.), *Antropología: horizontes teóricos* (pp. 57-94). Granada: Comares.
- Alves, M y Avelar De Mello, R. (2006). Trabalho em equipe entre profissionais da enfermagem em um centro de terapia intensiva. *Ciência, Cuidado e Saúde* 5 (3), 299-308. Recuperado el 23/04/2009 de <http://www.den.uem.br/>
- Amador León, R. (2002). *El líder y la cultura organizacional: su incidencia en la eficacia de la empresa*. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de las Palmas de Gran Canaria.
- Amaral, M. H., Soares, E. y Costa R. (2010). Relacionamento interdisciplinar de profissionais de saúde que atuam em unidades de alta complexidade. *Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental Online*, 2(1):646-654 Recuperado el 18/12/2011 de: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/418>
- Amezcua Martínez, M. (2000). El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante. *Index De Enfermería*, Año IX, 30, 30-35.
- Andrews, S.B., Basler, C.R. y Coller, X. (2002). Redes, cultura, e identidad en las organizaciones. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 97(02): 31-56.
- Antón Hurtado, J.M. (2008). *Métodos de investigación en antropología social*. Universidad de Murcia, “inédito”.

- Añez, C. (2004). El Estado de Bienestar Social y el Neoliberalismo ante los derechos laborales. *Revista de Ciencias Sociales*, 10 (1): 70-82. Recuperado el 10/02/2012 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/280/28010106.pdf>
- Aranaz, J.M., Mira, J.J., y Benavides, F.G. (1994). Los profesionales y la calidad asistencial hospitalaria. *Todo Hospital*, 112: 35-40.
- Arizeta, A.G., Portillo, I. y Ayestarán, S. (2001). Cambio Organizacional y Cultural en un Hospital: percepciones y discurso de sus impulsores. *Revista Calidad Asistencial*, 16: 22-28.
- Arroyo Gordo, M.P. (2001). Calidad y humanización de los cuidados. *Metas de Enfermería*, 4(39): 26-31.
- Artells i Herrero, J. J. y Huguet i Recasens, M. (Dir.). (2009). *El Futuro del SNS: la visión de los profesionales de la salud. Análisis Prospectivo Delphi*. Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Recuperado el 23/06/2011 de <http://www.fundsis.org/El-Futuro-del-SNS-la-visión-de-los-profesionales-de-la-salud-6.pdf>.
- Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. (2006). *Práctica colaborativa en los equipos de enfermería*. Toronto, Canada. Registered Nurses' Association of Ontario. Recuperado el 20/12/2011 de http://www.rnao.org/Storage/83/7756_1776_Practica_colaborativa_en_los Equipos_de_enfermeria.pdf
- Atwal, A. y Caldwell, K. (2002). Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scandinavian journal of caring sciences*, 16 (4), 360-367.
- Ayestarán, S. y Cerrato, J. (1996). La creación de equipos de trabajo en las organizaciones. En Ayestarán, S. (Ed.), *El grupo como construcción social* (pp. 233-249). Barcelona: Rubí Plural Ediciones.
- Ayestarán, S., Martínez Taboada, C. y Arróspide, J. J. (1996). La teoría psicosocial del grupo. En Ayestarán, S. (Ed.), *El grupo como construcción social* (pp. 189- 214). Barcelona: Rubí Plural Ediciones.
- Báez y Pérez de Tudela, J. (2007.) *Investigación cualitativa*. Madrid : ESIC

- Baker, D.P, Gustafson, S., Beaubien, J., Salas, E. y Barach, P. (2005). Medical Teamwork and Patient Safety: The Evidence-based Relation. Literature Review. AHRQ Publication No. 05-0053. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Recuperado el 23/07/2010 de <http://www.ahrq.gov/qual/medteam/>
- Baker, D.P., Day, R. y Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health services research*, 41(4 Pt 2): 1576-1598.
- Baker, D.P., Amodeo, A.M., Krokos, K.J., Slonim, A. y Herrera, H. (2010). Assessing teamwork attitudes in healthcare: development of the TeamSTEPPS teamwork attitudes questionnaire. *Qual Saf Health Care*, 16 (6). Recuperado el 23/09/2010 de <http://qshc.bmj.com/content/early/2010/08/10/qshc.2009.036129.full.pdf>
- Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido*, Madrid: Akal.
- Blanch, J.M., (2001). Empleo y desempleo, ¿viejos conceptos en nuevos contextos? En Agulló, E. y Ovejero, A. (Eds.), *Trabajo, individuo y sociedad; perspectivas psicológicas sobre el futuro del trabajo* (pp. 27-48). Madrid: Pirámide.
- Bañares, L., (1994). *La cultura del trabajo en las organizaciones*. Madrid: Rialp.
- Barbosa De Pinho L. y Azevedo Dos Santos S. M. (2007). El proceso de salud-enfermedad-cuidado y la lógica en el trabajo del enfermero en UCI. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 15 (2). Recuperado el 03/03/2009 de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/es_v15n2a03.pdf
- Barcala Muñoz, A. (1985). Las Universidades españolas durante la Edad Media. *Anuario de estudios medievales*, 15: 83-126 Recuperado el 03/05/2012 de <http://digital.csic.es/bitstream/10261/16115/1/2009072814473>
- Barnard, C. (1959). *Las funciones de los elementos dirigentes*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos.
- Barroso A., Fuente A.I., López J., Millán F.J., Rosado N., Simón M.J. y Blesa A.L. (2001). Análisis del uso de los recursos humanos enfermeros en una unidad de cuidados intensivos polivalente. Situación con el resto de UCIs europeas. *Enfermería Intensiva*, 12: 127-134.
- Bartoli, A. (1992). *Comunicación y organización. La organización comunicante y la comunicación organizada*. Barcelona: Ediciones Paidós.

- Baumann, A. (2010). El efecto de la rotación del personal y el beneficio de la estabilidad en los recursos humanos de enfermería. Centro internacional para los recursos humanos de enfermería. Ginebra. Recuperado el 20/04/2012 de http://www.ichrn.com/publications/policyresearch/Turnover_SP.pdf
- Berger y Luckmann. (1993). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Blake, R.R., Mouton, J.S. y Allen, R.L. (1993). *El trabajo en equipo: qué es y cómo se hace*. Bilbao: Deusto D.L.
- Boletín Oficial del Estado 174 de 22 julio 1971. Orden de 5 de julio de 1971 por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, pp. 12015- 12024.
- Boletín Oficial del Estado 183 del 1 de agosto de 1987. Real Decreto 992/1987 de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero Especialista, pp. 23642- 23644.
- Boletín Oficial de Estado 133 de 5 de junio de 1995. Real Decreto 546/1995 de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas, pp. 16503-16526.
- Boletín Oficial de Estado 134 de 6 de junio de 1995. Real Decreto 558/1995 de 7 de abril, por el que se establece el currículo del ciclo formativo de grado medio correspondiente al título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas, pp. 16598-16603.
- Boletín Oficial del Estado 297 del 12 de diciembre de 2000. Resolución de 14 de noviembre de 2000, de la Universidad de Murcia, por la que se hace público el plan de estudios de Diplomado en Enfermería, de la Escuela Universitaria de Enfermería de Murcia, pp. 43462-43470.
- Boletín Oficial del Estado 267 del 7 de noviembre de 2001. Resolución de 17 de octubre de 2001, de la Universidad de Murcia, por la que se hace público el plan de estudios de Licenciado en Medicina, pp. 40488-40497.
- Boletín Oficial del Estado 108 del 6 de mayo de 2005. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, pp.15480-15486.

- Boletín Oficial del Estado 114 del 12 de mayo de 2007. Resolución de 18 de abril de 2007, de la Universidad de Murcia, por la que se modifica el plan de estudios de Licenciado en Medicina, pp. 20686-20692.
- Boletín Oficial de la Región de Murcia 137 de 16 de junio de 2007. Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se aprueba el temario correspondiente a las pruebas selectivas para el acceso a la categoría estatutaria de Personal de Servicios, opción Celador-Subalterno, pp. 18312- 18313.
- Boletín Oficial del Estado 260 del 30 de octubre 2007. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, pp. 44037- 44048.
- Boletín Oficial del Estado 45 de 21 febrero 2008. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, pp. 10020- 10035.
- Boletín Oficial de la Región de Murcia 291 de 17 diciembre de 2008. Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se dispone la publicación en el Boletín Oficial de la Región de Murcia de la plantilla del Servicio Murciano de Salud, pp. 39453.
- Boletín Oficial del Estado 171 de 15 de julio de 2010. Resolución de 30 de junio de 2010, de la Universidad de Murcia, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Enfermería, pp. 62668- 62670.
- Boletín Oficial de la Región de Murcia 177 del 3 de agosto de 2010. Decreto nº 233/2010, de 30 de julio, por el que se crean nuevas facultades en la Universidad de Murcia y una Escuela de Ingeniería en la Universidad Politécnica de Cartagena, por transformación de las actuales Escuelas Universitarias y de la Escuela Universitaria de Ingeniería Técnica, como consecuencia de su adaptación al espacio europeo de educación superior, pp. 43425-43427.
- Boletín Oficial del Estado 102 de 29 de abril de 2011. Resolución de 13 de abril de 2011, de la Universidad de Murcia, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Medicina, pp. 43811- 43813.

- Borrell, F. (2004). *Cómo trabajar en equipo: y crear relaciones de calidad con jefes y compañeros*. Barcelona. Gestión 2000.
- Bosch, M., Faber, M.J., Cruijsberg, J., Voerman, G.E., Leatherman, S., Grol, R.P., et al. (2009). Effectiveness of patient care teams and the role of clinical expertise and coordination: a literature review. *Medical Care Research and Review*. Dec, 66(6 Suppl):5S-35S. Recuperado el 23/09/2010 de <http://mcr.sagepub.com/content/early/2009/08/19/1077558709343295.full.pdf+html>
- Bourdieu, P. (1988). *La distinción: criterios y bases sociales de gusto*. Madrid: Taurus.
- Bretones, F. y Mañas Rodríguez, M. A. (2008). La organización creadora de clima y cultura. En Zarco Martín, V. y Rodríguez Fernández, A. (Dirs.), Martín-Quirós, M. A. y Díaz Bretones, F. (Coords.), *Psicología de los grupos y de las organizaciones* (pp. 71-92). Madrid: Pirámide.
- Cachón Rodríguez, E. (2007). El hospital y el paciente: Declaraciones de principios, realidad y paradojas. *Index Enfermer*, 16(56). Recuperado el 23/03/2009 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962007000100008&lng=es&nrm=iso
- Cadena, R. (2005) Dirigir desde la perspectiva del cuidar. En *El ejercicio de la dirección desde la perspectiva del cuidar* (pp. 87-89). Barcelona. Fundación la Caixa.
- Campo Martínez, C. y Cidoncha Moreno, M.A. (2004). De la rotación de enfermeras a la salvaguarda de los cuidados. *Gestión hospitalaria*, 15(1): 22-26.
- Cánovas Tomás, M.A. (2004). Trabajo e ideología de género: un análisis antropológico de la enfermería en Murcia. *Enfermería Global*, 3(2). Recuperado el 23/03/2009 de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/550>
- Cánovas Tomás, M.A. (2008). *La relación de ayuda en Enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia. Murcia. Recuperado el 20/11/2011 de <http://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/3562/1/CanovasTomas.pdf>

- Carrillo García, C. (2011). *Un estudio sobre la satisfacción de la vida laboral en profesionales sanitarios del Hospital General Universitario José María Morales Meseguer. Región de Murcia.* (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia. Murcia.
- Cassirer, E. (1975). *Las ciencias de la cultura.* México: Fondo de Cultura Económica.
- Castells, M. (2004). *La era de la información: economía, sociedad y cultura. Fin de milenio.* Volumen III. Madrid: Siglo XXI editores s.a.
- Celma Vicente, M. (2007). *Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras.* (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Granada. Recuperado el 20/03/2009 de <http://hera.ugr.es/tesisugr/1729910x.pdf>
- Chanlat, J. F. (1994). Hacia una antropología de la Organización. *Gestión y Política Pública*, III (2, segundo semestre): 317-364.
- Chocarro González, L.; Guerrero Bonmatty, R.; Venturini Medina, C. y Salvadores Fuentes, P. (2004) Análisis de la identidad profesional a través de la competencia educadora de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, 15, 55-62. Recuperado el 03/04/2009 de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1035/1/culturacuidados_15_10.pdf.
- Clark PR. (2009). Teamwork: building healthier workplaces and providing safer patient care. *Critical care nursing quarterly*, 32(3): 221-231.
- Clements D, Dault M, Priest A. (2007). Effective teamwork in healthcare: research and reality. *Healthcare Papers*, 7(Sp): 26-34.
- Clèries Costa, X. y Kronfly E. (2000). El aprendizaje de habilidades de comunicación por parte de profesionales sanitarios: reflexiones a partir de diversas experiencias. *Educación Médica*, 3(1): 9-18.
- Clèries Costa, X., Borrell Carrió, F., Epstein, E., Kronfly Rubiano, R.M., Escoda Aresté, J.J. y Martínez-Carretero, J.M. (2003). Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Atención Primaria*, 32(2): 110-7.
- Clèries Costa, X. (2006). *La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud.* Barcelona: Masson.
- Collière, M. F. (1993). *Promover la vida.* Madrid: Interamericana McGraw-Hill.

- Colobrans, J. (1996). Antropología de la empresa, en Prat, J. y Martínez, A. (Eds.), *Ensayos de Antropología Cultural* (pp. 262- 269). Barcelona: Ariel.
- Comelles, J. M. y Martínez Hernández, A. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid: Eudema.
- Comelles, J.M. (2000). Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo. En Perdiguero, E y Comelles, J.M. (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 33-44). Barcelona: Bellaterra.
- Consejería de Sanidad. (2006). *Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010*. Recuperado el 03/04/2009 de <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/87715-completo.pdf>
- Consejería de Sanidad. (2008). *El Hospital Rafael Méndez amplía el número de camas de Medicina Intensiva en un 50 por ciento*. Recuperado el 13/05/2009 de <http://www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id=118943&idsec=66>
- Constitución Española, de 27 de diciembre de 1978. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, p. 29313-29424.
- Consejo, C. y Viesca-Treviño, C. (2008). Ética y relaciones de poder en la formación de residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 11(1):16-20. Recuperado el 04/01/2012 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2008/hf081d.pdf>
- Consejo nacional de especialidades médicas. *Guía de formación de especialistas. Separata: Medicina Intensiva*. Recuperado el 24/01/2012 de http://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/Medicina_Intensiva.pdf
- Cooper M. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36:111-136.
- Creus I Virgili, M. (2002). Los conflictos interprofesionales. Un riesgo. *Rol de Enfermería*, 25(6): 416-418.
- Cruces Villalobos F. (2006). Saber clínico y crítica médica. Un servicio intensivo de neonatología. En Velasco Maíllo, H.M., Díaz de Rada, A., Cruces Villalobos F., Fernández Suárez, R., Jiménez de Madariaga, C. y Sánchez Molina, R. *La sonrisa de*

la institución. *Confianza y riesgo en sistemas expertos*. (pp. 85-122). Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.

- Cuervo, J.L., Valera J. y Belenes R. (1994). *Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias*. Barcelona: Vicens Vives.
- Da Costa Saar, S.R. y Trevizan, M.A. (2007). Los roles profesionales de un equipo de salud: la visión de sus integrantes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1). Recuperado el 10/2/2009 de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/es_v15n1a16.pdf
- D'Amour, D., San Martín Rodríguez, L., Ferrada Videla, M. y Beaulieu, M. D. (2004). *Modelos teóricos como Guía de la Colaboración Interprofesional en la Práctica*. En libro de ponencias VIII Encuentro de Investigación en Enfermería. (pp. 237-240) 17-20 de Noviembre de 2004, Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería. Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. Recuperado el 23/03/2009 de www.isciii.es/investen
- D'Amour, D., San Martín Rodríguez, L. y Ferrada Videla, M. (2006a). La colaboración entre los profesionales de la salud. Contexto, dinámica y elementos determinantes (I). *Revista rol de Enfermería*, 29(6): 605-610.
- D'Amour, D. y San Martín Rodríguez, L. (2006b). La colaboración entre los profesionales de la salud. Utilidad de un modelo (II). *Revista rol de Enfermería*, 29(9): 425-430.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie J.F., San Martín Rodríguez, L. y Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8:188. Recuperado el 23/03/2009 de <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-188.pdf>
- Danjoux, Meth, N., Lawless, B. y Hawryluck, L. (2009). Conflicts in the ICU: perspectives of administrators and clinicians. *Intensive Care Medicine*, 35(12): 2068-2077.
- De Diego Vallejo, R., De La Fuente Anuncibay, R. y Boada y Grau, J. (2008). Clima laboral en la empresa. En De La Fuente Anuncibay, R. y De Diego Vallejo, R. (Dirs. y Coords.), *Estrategias de liderazgo y desarrollo de personas en las organizaciones* (pp. 41- 65). Madrid: Ediciones Pirámide.

- Del Barrio Linares, M. y Reverte Sanchez, M. (2010) Evaluación del trabajo en equipo en seis unidades de cuidados intensivos de dos hospitales universitarios. *Enfermería Intensiva*, 21(4): 150-160.
- De la Cuesta, C. (2006a). Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Investigación*, 25: 31-40.
- De la Cuesta, C. (2006b). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los Cuidados*, 10(20): 136-140.
- De la Cuesta, C. (2008). ¿Por dónde empezar?: la pregunta en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 18(4): 205-10.
- De La Torre Gálvez, I., Vicente Peralta, L.I. y Mateos Rodríguez, T. (2007). Estudio sobre los factores asociados a la gestión organizativa en los profesionales de enfermería. *Biblioteca Lascasas* 3(2). Recuperado el 5/02/2009 de <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0249.php>
- Del Campo Pérez, V., Rivas Vila, A., García Mariño, AI., González Morales, I., Hermida Rodríguez, M.M., y Pena Rodríguez, A. (2008). Aplicación de la escala NEMS en la cuantificación del trabajo de enfermería en una UCI polivalente. *Enfermería global*, 13. Recuperado el 5/02/2011 de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/14651/14121>
- Delgado Hito, P., Sola Prado, A., Mirabete Rodríguez, I., Torrents Ros, R., Blasco Alonso, M., Barrero Pedraza, R., Catalá Gil, N., Mateos Dávila, A. y Quintero Canedo, M. (2001). Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Enfermería Intensiva* 12 (3): 110-126.
- De Lima Trindade, L., Coelho Amestoy, S., Adyles Muniz, L., Biolchi, T., Pires de Pires, D.E. y Schubert Backes, V.M. (2011). Influencia de los estilos de liderazgo del enfermero en las relaciones interpersonales del equipo de enfermería. *Enfermería Global*, 22: 1-9.
- Del Río Moro, O., Perezagua García, M.C., Villalta Sevilla, M.T. y Sánchez Donaire, A. (2005). Satisfacción personal de enfermería. ¿Se cumplen nuestras expectativas? En *4º Congreso virtual de Cardiología*. Recuperado el 20/05/2009 de <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/tl014/tl014.pdf>

- Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. (2001). (22ªed.). Madrid: Espasa Calpe.
- Diccionario de la Lengua Española. Sinónimos y Antónimos. (2009). (2ªed.). (corregido y aumentado). Barcelona: Larousse, S.L.
- Dingley, C., Daugherty, K., Mary, K. Derieg, M.K. y Persing, R. (2008). Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements. Recuperado el 15/04/2011 de http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol3/advances-dingley_14.pdf
- Domínguez Alcón, C. (1979). Para una sociología de la profesión de enfermería en España. *Reis*, 8, 103-129. Recuperado el 10/05/2009 de <http://www.reis.cis.es/REIS/jsp/REIS.jsp?opcion=articulo&ktitulo=1118&autor=CARMEN+DOM%CDNGUEZ+ALC%D3N>
- Douglas, M. (1991). Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú. Madrid: Siglo veintiuno de España editores s.a.
- Durán Escribano, M. (2002). Volver al futuro: un homenaje a los 25 años de enfermería en la universidad. *Rol de Enfermería*, 25(1): 22-30.
- Eco, U. (2001). *Como se hace una tesis: técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura*. Madrid: Gedisa.
- Escuela de Administración Pública de la Región de Murcia. (2010). *Dirección, Trabajo en equipo y Estructuras de la Negociación*. Recuperado el 15/09/2011 de [http://eapmurcia.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=15030&IDTIPO=100&RASTRO=c\\$m15012](http://eapmurcia.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=15030&IDTIPO=100&RASTRO=c$m15012)
- Escuela de Administración Pública de la Región de Murcia. (2010). *Trabajo en Equipo y Cooperación*. Recuperado el 15/09/2011 de [http://eapmurcia.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=15030&IDTIPO=100&RASTRO=c\\$m15012](http://eapmurcia.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=15030&IDTIPO=100&RASTRO=c$m15012)
- Escuredo Rodríguez, B. (2003). Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. *Enfermería clínica*; 13(3), 164-70.

- Esperanza, A., Guillén, J. y Miralles, R. (2006) La reunión interdisciplinar, como instrumento del trabajo en equipo, en el entorno sociosanitario. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 16 (3), 145-152.
- Etzioni, A. (1979). *Organizaciones modernas*. México: Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana.
- Fassier, T. y Azoulay, E. (2010) Conflicts and communication gaps in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*, 16(6). Recuperado el 24/04/2012 de <http://xa.yimg.com/kq/groups/16749867/1874034950/name/Conflicts+and+communication+gaps+in+the+intensive+care+unit.pdf>
- Fernandes de Freitas, G., Siles González, J., Barrionuevo Bonini, B. y Hiromi Takashi, M. (2011). Representaciones y prácticas antes de la profesionalización de la enfermería: influencia religiosa. En Siles González, J., Oguisso, T., Fernandes de Freitas, G. y Souza Campos, P.F. (Comps.), *Cultura de los cuidados: Historia de la enfermería iberoamericana* (pp. 77-97). Alicante: Editorial club universitario.
- Fernández Ríos, M y Sánchez, J. C. (1997). *Eficacia organizacional: Concepto, desarrollo y evaluación*. Madrid: Díaz de Santos.
- Fernández-Rufete, J. (2000). El afecto perdido. En Perdigüero, E. y Comelles, J. M. (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 277-303). Barcelona: Bellaterra.
- Foucault, M (1999). *Estrategias de poder*. Barcelona: Paidós.
- Freidson, E. (1978). *La Profesión médica*. Barcelona: Península.
- Freire Campo, J.M. (2008). Aportaciones de la consultoría externa a la definición de la organización y gestión del sector sanitario. La perspectiva desde la demanda. *Revista de Administración Sanitaria*, 6(2):213-24.
- Fridmann, G. y Naville, P. (1963). *Tratado de sociología del trabajo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Fuentes, M., Jara V., Martínez, C., Pujado, Y., Rivero, C., Silva M. y Vivanco, M. (2003). *Factores del equipo de salud que favorecen el clima organizacional*. Recuperado el 10/2/2009 de <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/>

contenido/trabajos/2/Vi%Fla%20del%20Mar%202003/Factores_del_equipo_de_salud.pdf

- Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia. *Memoria 2008*. Recuperado el 24/04/2012 de http://www.ffis.es/ups/MEMORIA_2008.pdf
- Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia. *Memoria 2009*. Recuperado el 24/04/2012 de http://www.ffis.es/ups/MEMORIA_2009.pdf
- Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia. *Memoria 2010*. Recuperado el 24/04/2012 de http://www.ffis.es/ups/Memoria_FFIS_2010.pdf
- Gamero Vázquez, N. (2008). El clima afectivo en equipos de trabajo: antecedentes y consecuencias. (Tesis Doctoral). Universitat de València. València. Recuperado el 20/03/2011 de <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/10195/GAMERO.pdf?sequence=1>
- Garmendia, J. A., (1988). La Cultura de la Empresa: Una Aproximación Teórica y Práctica. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 41: 7-23.
- Garmendia, J. A. (2004). Impacto de la cultura en los resultados de la organización. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 108(04): 75-96.
- Garzón, B. (2005). *Un mundo sin miedo*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Geertz, C. (1997). *La Interpretación de las Culturas*, Barcelona: Gedisa.
- Gil Rodríguez, F. (1994). *Grupos en las organizaciones*. Madrid: Eudema.
- Gil Rodríguez, F. y Barrasa Notario, A. (2003). Comunicación en las organizaciones. En Gil Rodríguez, F. y Alcover de la Hera, C.M. (Coords), *Introducción a la psicología de las organizaciones* (pp. 321- 353). Madrid: Alianza editorial S.A.
- Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Longbottom, P. y Wallis, M. (2010). The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6): 732-41.
- Glaser, B. G. y Strauss, A.L. (1980). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. (11ª ed.). New York: Aldine.

- Goetz, P. y LeCompte, M. D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación*. Madrid: Morata.
- Goffman, E. (1971). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1984). *Internados; ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gomez Esteban, R. (2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Revista Asociación. Española Neuropsiquiatria*, 90: 41-56. Recuperado el 22/05/2009 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352004000200004&lng=es&nrm=iso
- Gómez-Londoño, E. (2008). El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico, una perspectiva bioética. *Persona y bioética*, 12(31): 145-157. Recuperado el 10/05/2012 de <http://readalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83211487006>
- González Ávila, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista iberoamericana de educación*, 26: 85-104. Recuperado el 22/05/2009 de <http://www.rieoie.org/rie29a04.htm>
- Granados Gámez, G. (2002). Enfermería, disciplina de ciencias de la salud: aspecto psicosocial de los cuidados y su relación con disciplinas afines. *Cultura de los cuidados*, 12: 91-94. Recuperado el 26/03/2009 de <http://hdl.handle.net/10045/4834>
- Grau, A., Suner, R. y García, M.M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19(6): 463-470.
- Grijalvo, M. y Prida, B. (2005). Enfoque sociotécnico de la organización del trabajo y su influencia en la calidad. *Congreso de Ingeniería de Organización Gijón, 8 y 9 de septiembre*. Recuperado el 7/04/2010 de <http://www.adingor.es/Documentacion/CIO/cio2005/items/ponencias/40.pdf>
- Guasch, O. (1997). *Observación participante*. [Cuadernos metodológicos, 20]. Madrid: CIS.

- Guillen, M.F. (1990). Profesiones y burocracia: Desprofesionalización, proletarización y poder profesional en las organizaciones complejas. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 51: 35-51.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (Suppl 1): 188-96.
- Hammersley, M., Atkinson, P. (2001). *Etnografía. Métodos de investigación* (2ª ed.). Barcelona: Paidós Básica.
- Hartzler, M. y Henry, J. E. (1999) *Teoría y aplicaciones del trabajo en equipo: cómo preparar equipos de trabajo eficaces*. Oxford: Oxford University Press.
- Havens, D. S., Labov, T. G., Faura, T. y Aiken, L. H. (2002). Entorno clínico de la enfermera hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 12(1): 13-21.
- Hernández Yáñez, J.F. (2005). Políticas de Personal en el Sistema Sanitario Público. *Presupuesto y Gasto Público*, 41: 287-307.
- Hernández Yáñez, J.F. (2007). *Propuesta de organización corporativa de la profesión médica*. Madrid: Fundación Alternativas, Documento 127/2007. Recuperado el 20/4/2010 de http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/41-14_JuanHernandezYa%C3%B1ez.pdf
- Hodge, B. J., Anthony W. P. y Gales L. M. (2003) *Teoría de la organización: Un enfoque estratégico*. (6ª ed). Madrid: Pearson Educación, D.I.
- Højrup, T. (2003). *State, Culture and Life-Modes: The Foundations of Life-Mode Analysis*. Ashgate: Aldershot.
- Huber, L. (2010). Interdisciplinary teamwork helps quality efforts reach new heights. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 92 (3): 345-346.
- Huercanos Esparza, I. (2010). El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. *Biblioteca Lascasas*, 6(1). Recuperado el 02/02/2012 de <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.php>
- Ibarra Mendoza, X. (2006). Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros. *Cultura de los cuidados*, 20, 147-152. Recuperado el 20/4/2009 de <http://hdl.handle.net/10045/878>

- Ibarra, MG. (2005). La relación Médico-Enfermera en el siglo XXI. *Desarrollo científico de Enfermería*, 13(7): 211-216.
- Inglott, R. (1999), La cuestión de la transdisciplinariedad en los equipos de salud mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. XIX, 209-223. Recuperado el 23/03/2009 de http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/70_originales1.pdf
- Infante Rejano, E. (2008). Elementos estructurales de los grupos. En Marín Sánchez, M. y Garrido Torres, M. A. (Coords). *El grupo desde la perspectiva psicosocial: conceptos básicos* (pp. 53- 66). Madrid: Pirámide, D.L.
- Irvine R, Kerridge I, McPhee J y Freeman S. (2002). Interprofessionalism and ethics: consensus or clash of cultures? *Journal Interprofessional Care*, 16(3): 199-210.
- Jociles Rubio, M.I. (1999). Las técnicas de investigación en antropología: mirada antropológica y proceso etnográfico. *Gazeta de antropología*, 15. Recuperado el 25/06/2009 de http://www.who.int/entity/whr/2006/06_chap6_es.pdf
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici, S., *Psicología social, II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (pp. 469-494). Barcelona: Ediciones Paidós.
- Jones, A. y Jones, D. (2011). Improving teamwork, trust and safety: an ethnographic study of an interprofessional initiative. *Journal Interprofessional Care*, 25 (3): 175-181.
- Jovell, A.J. (2005). Contrato social y valores en la profesión médica. *Revista Administración Sanitaria*, 3(3): 495-503.
- Kaissi, A., Johnson, T., y Kirschbaum, MS. (2003). Measuring teamwork and patient safety attitudes of high-risk areas. *Nursing economics*, 21(5): 211-218.
- Kalisch, B.J., Curley M. y Stefanov S. (2007). An intervention to enhance nursing staff teamwork and engagement. *Journal of Nursing Administration*, 37 (2): 77-84.
- Kalisch B.J., Lee H, Rochman M. (2010) Nursing staff teamwork and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 18(8):938-47.
- Katzenbach, J.R. y Smith, D.K. (1996). *La sabiduría de los equipos*. Madrid: Díaz de Santos.

- Katzenbach, J.R. (Ed.) (2000). *El trabajo en equipo: ventajas y dificultades*. Barcelona: Granica.
- Katzenbach, J.R. y Smith, D.K. (2000). La disciplina de los equipos. En Katzenbach, J.R. (Ed.). *El trabajo en equipo: ventajas y dificultades* (pp. 81-102). Barcelona: Granica.
- Kelly, P. K. (1999) *Las técnicas para la toma de decisiones en equipo: Guía práctica para obtener buenos resultados*. Buenos Aires: Granica.
- Koontz, H. (1961). The Management theory jungle. *Academy of Management Journal*, 4 (3): 174-188.
- Koontz, H. (2000). Revisión de la jungla de la teoría administrativa [Traducción por Szalay, J.]. *Revista Correduría y Administración*, 199: 55-74. Recuperado el 23/03/2010 de <http://www.ejournal.unam.mx/rca/199/RCA19903.pdf>
- Krogstad, U., Hofoss, D. y Hjortdahl, P. (2004). Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. *International Journal Qual Health Care*, 16 (6): 491-497.
- Kvarnström, S. (2008). Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 22(2): 191-203.
- Kydona, Ch.K., Malamis, G., Giasnetsova, T., Tsiora, V. y Gritsi-Gerogianni, N. (2010). The level of teamwork as an index of quality in ICU performance. *Hippokratia*, 14(2): 94-97.
- Leach, L.S., Myrtle, R.C., Weaver, F.A. y Dasu, S. (2009). Assessing the performance of surgical teams. *Health Care Management Review*, 34(1): 29-41.
- Leipzig, R.M, Hyer, K., Kirsten, E., Wallenstein, S., Vezina, M.L., Fairchild, S., Cassel, C.K. y Howe, J.L. (2002). Attitudes toward working on interdisciplinary teams: A comparison by discipline. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (6): 1141-1148.
- Lemieux-Charles, L. y McGuire, W.L. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 63(3): 263-300.

- Leonard, M., Graham, S. y Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety Health Care*, 13(Suppl 1):i85-i90. Recuperado el 25/08/2010 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765783/>
- Leonard, M., y Frankel, A.S. (2011). Role of effective teamwork and communication in delivering safe, high-quality care. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 78(6): 820-826.
- Lerner, S., Magrane, D. y Friedman, E. (2009). Teaching teamwork in medical education. *The Mount Sinai journal of medicine*, 76 (4): 318-329. Recuperado el 25/08/2010 de [http://www.uwoanesthesia.ca/documents/teamwork_anesthesia .pdf](http://www.uwoanesthesia.ca/documents/teamwork_anesthesia.pdf)
- Ley General de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado 102 del 29 de abril de 1986, pp. 15207-15224.
- Ley del personal estatutario del Servicio Murciano de Salud. Ley 5/2001 de 5 de diciembre. Boletín Oficial de la Región de Murcia 294, de 21 de diciembre de 2001, pp. 16373-16379.
- Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003, de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado 128 de 29 de mayo de 2003, pp. 20567- 20588.
- Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Ley 44/2003, de 21 de noviembre. Boletín Oficial del Estado 280 del 22 de noviembre de 2003, pp. 41442-41458.
- Ley del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Ley 55/2003, de 16 de diciembre. Boletín Oficial del Estado 301 del 17 de diciembre de 2003, pp. 44742-44763.
- Ley Orgánica de Universidades. Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre. Boletín Oficial del Estado 89 de 13 de abril de 2007, pp. 16241-16260.
- Linton, R (1942 [1936]) *Estudio del hombre*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lisón Tolosana, C. (1998a). Antropología social. En Lisón, C. (Ed.) *Antropología: horizontes teóricos* (pp. 1-22). Granada: Comares.
- Lisón Tolosana, C. (1998b). Trabajo de campo. En Lisón, C. (Ed.) *Antropología: horizontes teóricos* (pp. 219-239). Granada: Comares.

- López, G. (2005). Comunicación oral entre el equipo de enfermería en cardiología: Evaluación y desarrollo de una comunicación eficaz en el trabajo. *Enfermería en Cardiología*, Año XII: (36): 28-30.
- Lucas García, C., Gómez García, C.I. y Antón Hurtado, J. M. (2011). La comunicación interprofesional desde la cultura organizacional de la enfermería asistencial. *Cultura de los Cuidados*, 31 (3): 85-92.
- Lucas Marín, A. y García Ruiz, P. (2002). *Sociología de las organizaciones*. Madrid: McGraw-Hill, D.L.
- Lussier, R. y Achua, C. (2005). *Liderazgo. Teoría, aplicación y desarrollo de habilidades*. México: Thomson Learning.
- Lyndon, A. (2006). Communication and teamwork in patient care: how much can we learn from aviation? *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(4): 538-46.
- Mahieu, P. (2005) *Trabajar en equipo*. (5ª ed.) México: Siglo XXI Editores.
- Manojlovich, M. (2010). Nurse/physician communication through a sensemaking lens: shifting the paradigm to improve patient safety. *Medical Care*, 48(11): 941-946.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2): 143-151.
- Mañas Rodríguez, M. A. y Salvador Ferrer, C.M. (2008). La comunicación en las organizaciones. En Zarco Martín, V. y Rodríguez Fernández, A. (Dirs.), Martín-Quirós, M. A. y Díaz Bretones, F. (Coords.) *Psicología de los grupos y de las organizaciones* (pp. 93-115). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Marín Sánchez, M. (2008). Conceptos y tipos de grupos. En Marín Sánchez, M. y Garrido Torres, M. A. (Coords). *El grupo desde la perspectiva psicosocial: conceptos básicos* (pp. 15- 37). Madrid: Pirámide, D.L.
- Marín Sánchez, M. y Troyano Rodriguez, Y. (2008). Formación, desarrollo y final de los grupos. En Marín Sánchez, M. y Garrido Torres, M. A. (Coords). *El grupo desde la perspectiva psicosocial: conceptos básicos* (pp. 39- 52). Madrid: Pirámide, D.L.

- Marín Sánchez, M. (2008). La interacción comunicativa en los grupos. En Marín Sánchez, M. y Garrido Torres, M. A. (Coords). *El grupo desde la perspectiva psicosocial: conceptos básicos* (pp. 67- 87). Madrid: Pirámide, D.L.
- Martínez, A. (1996). El trabajo en equipo, eje central en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería intensiva*, 7(1): 1-2.
- Martín Martín, J. J. (2003) *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias*. Fundación Alternativas. Recuperado el 20/07/2011 de <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/nuevas-formulas-de-gestion-en-las-organizaciones-sanitarias>
- Martínez Clares, P., Martínez Juárez, M. y Gómez García, C.I. (2011). La Función Tutorial: una necesidad en el contexto sanitario, ¿están formados los profesionales sanitarios para ello? *Evidentia*, 8(33). Recuperado el 20/03/2012 de <<http://www.index-f.com/evidentia/n33/ev7446.php>>
- Martínez Ques, A.A., Hueso Montoro, C. y Gálvez Gonzalez, M. (2010). Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (3): 339-345. Recuperado el 2/07/2012 de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692010000300007&lng=en&nrm=iso>
- Martínez Riera, J. R. (2000). Interrelación profesional y continuidad de los cuidados. Necesidad vs dificultad. *Cultura de los cuidados*, IV (7-8):166-171. Recuperado el 5/02/2009 de <http://hdl.handle.net/10045/5119>
- Martínez Roche, M. E., Gómez García, C.I., Bas Peña, E., Martínez Clares, P. y Castaño Molina, M. A. (2012). Percepción del autoconcepto que poseen los enfermeros residentes de la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica (matrona) de España. *Revista Tesela*, 11: 1-14.
- Mateu, M. (1984): *La nueva organización del trabajo. Alternativas empresariales desde una óptica. Psicosociológica*. Barcelona: Hispano Europea.
- Matos, E., Pires, D.E. y Wagner de Sousa, G. (2009). Relacoes de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuicoes para a constituicao de novas formas de organizacao do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6): 863-869.

- Mayo, A. (2000). *Las organizaciones que aprenden: una guía para ganar ventaja competitiva*. Barcelona: Gestión 2000.
- McCallin A. (2001) Interdisciplinary practice-a matter of teamwork: an integrated literature review. *Journal of clinical nursing*, 10(4): 419-428.
- Medina Doménech, RM. y Rodríguez Ocaña, E. (1994). Profesionalización médica y campañas sanitarias. Un proceso convergente en la medicina española del primer tercio del siglo XX. *Acta Hispanica ad Medinnae Scientiarumgue Histuriam iliustrandum*, 14: 77-94. Recuperado el 15/12/2011 de <http://ddd.uab.cat/pub/dynamis/02119536v14p77.pdf>
- *Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: de las ideas a la acción*. (2008). University of Michigan Health System. Consultado el 15/04/2011 de http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Mejorando_Seguridad_Paciente_Hospitales.pdf
- Menendez, E. (2000). Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos. En Perdiguero, E. y Comelles, J. M. (Eds.). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 163-188). Barcelona: Bellaterra.
- Menendez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14:33-69. Recuperado el 20/5/2009 de <http://revistas.ucm.es/cps/1131558x/articulos/RASO0505110033 A.PDF>
- Merián, A.E., Van de Ven, J., Mol, B.W., Houterman, S. y Oei, S.G. (2010). Multidisciplinary team training in a simulation setting for acute obstetric emergencies: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 115 (5): 1021-1031.
- Miller, A., Scheinkestel, C., Limpus, A., Joseph, M., Karnik, A. y Venkatesh, B. (2009). Uni- and interdisciplinary effects on round and handover content in intensive care units. *Human Factors*, 51 (3): 339-353.
- Millward, L.J., Jeffries, N. (2001). The team survey: a tool for health care team development. *Journal of advanced nursing*, 35(2): 276-287.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2009). *Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Balance de actividades y acciones previstas*. Recuperado el 27/2/2011 de http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad_ESP.pdf

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). *Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. 2010*. Recuperado el 27/2/2011 de <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- Miro Bonet, R. y Miro Bonet, M. (2010). Relaciones interprofesionales en los equipos de salud. Cuestiones pendientes de resolver. *Tesela*, 7. Recuperado el 07/02/2011 de <http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts7266.php>
- Mola Sanna, B. y Igual Ayerbe, B. (2010). La gestión del conflicto en el ámbito de la salud. *Revista Rol de Enfermería*, 33(2): 98-107.
- Mompart García, M. P. (2000). *Administración de los servicios de enfermería*. Barcelona: Masson.
- Mompart Garcia, M.P. y Duran Escribano, M. (2001). Administración y gestión. En *Enfermería 21* (pp. 158-172) Madrid: Difusión avances en enfermería.
- Morales Gil, I.M., Rogero Anaya, P. y Ruiz Diana, D. (Coords.). (2009). Cuidados integrales de enfermería en situaciones críticas y urgencias en el adulto. Universidad de Málaga: Servicio de publicaciones e intercambio científico.
- Morell Javaloyes, M.T. (2008). *Un estudio de la satisfacción profesional actual de la mujer enfermera desde la perspectiva antropológica y de la salud en el Hospital "Vega Baja" de Orihuela. Alicante*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia. Murcia.
- Morey, J.C., Simon, R., Jay, G.D., Wears, R.L., Salisbury, M., Dukes, K.A. y Berns, S.D. (2002) Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health services research*, 37(6): 1553-1581.
- Morales Romero, A. (2006). *Las relaciones laborales en Enfermería: Problemas y estrategias de mejora*. *Revista Presencia* 2(3). Recuperado el 05/02/2009 de <http://www.index-f.com/presencia/n3/31articulo.php>
- Morgan, G. (1990). *Imágenes de la organización*. Madrid: Ra-ma.
- Morin, E (1998). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

- Oficina de prensa de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia el 12/02/2007. Recuperado el 20/05/2009 de <http://www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id=97132&idsec=66>
- Olaz Capitán, A. (2008). *La entrevista en profundidad*. Oviedo: Septem ediciones.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud*. Ginebra. Recuperado el 24/03/2009 de http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Creación de equipos*. Ginebra. Recuperado el 24/03/2009 de www.who.int/entity/cancer/modules/Team%20Building%20Spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. *Consejo Ejecutivo 122ª reunión EB122/29*. Recuperado el 24/03/2009 de www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB122/B122_29-sp.pdf
- Orkaizagirre Gómara, A. (2010) La construcción de un equipo multidisciplinar sanitario desde la experiencia enfermera. *Biblioteca Lascasas*, 6(1). Recuperado el 5/09/2010 de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0517.php>
- Oteo, L. y Hernández, J. (1998). Rediseño de/en organizaciones sanitarias: de la teoría a la práctica. En Del Llano Señaris, Ortún, V., Martín, J.M., Millán, J. y Gené, J. (Eds.). *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos* (pp. 433-458). Barcelona: Masson.
- Ovalle Bernal M. (2006). Las Especialidades de Enfermería en Europa. *Revista Especialidades Enfermeras*, 2(2). Recuperado el 14/11/2011 de <http://www.especialidadesenfermeras.com/revista/index.htm>
- Ovejero Bernal, A. (2001). El trabajo del futuro y el futuro del trabajo: algunas reflexiones desde la psicología social de la educación. En Agulló Tomás, E. y Ovejero Bernal, A. (Coordinadores) *Trabajo, individuo y sociedad: perspectivas psicosociológicas sobre el futuro del trabajo* (pp. 145- 163). Madrid: Pirámide.
- Pades Jiménez, A., Homar Amengual, C., Martín Perdiz, A., Ponsell Vicens, E. y Riquelme Agullo, I. (2009). Algo se está moviendo en los hospitales, ¿será quizás la humanización clínica? *Cultura de los Cuidados*, 25: 98-103.

- Pallares i Martí, A. (2003). *El mundo de las unidades de cuidados intensivos: La última frontera*. (Tesis doctoral). Universitat Rovira I Virgili. Recuperado el 03/01/2012 de <http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/8436/Pallares.pdf?sequence=1>
- Pallares i Martí, A. (2009). Una etnografía en la UCI. En Comelles, J.M., Martorell, M.A. y Bernal, M. (Eds.). *Enfermería y antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados* (pp. 85-111). Barcelona: Icaria.
- Peiró, J.M., Prieto Alonso, F. Y Roe, R.A.(1996). Significado del trabajo y valores laborales. En Peiró, J.M. y Prieto, F. (Eds). *Tratado de Psicología del trabajo. Volumen II: Aspectos psicosociales del trabajo* (pp. 15- 33). Madrid: Síntesis.
- Peña Riveros, B. y Vega Vega, Y. (2003). La importancia de un espacio para enfermería en la organización institucional. *Avances en enfermería*, 21(2): 5-16.
- Pérez Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes, I Métodos*. Madrid: La Muralla SA.
- Pinheiro, G.M.L., Kletemberg, D.G., Gonçalves, L.O., Pires, D. y Ramos, F.R.S. (2010). Globalización y proceso de trabajo en salud: el desafío de la interdisciplinaridad. *Enfermería Global*, 20. Recuperado el 20/04/2012 de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/reflexiones4.pdf>
- Piquette, D., Reeves, S. y Leblanc, V.R. (2009). Interprofessional intensive care unit team interactions and medical crises: a qualitative study. *Journal Interprofessional Care*, 23 (3): 273-285.
- Plaza Escribano, T. Martínez Chamorro, C. y Rodríguez Gonzalo, A. (2009). Comunicación interna en el equipo de enfermería. *Metas de enfermería*, 12 (1): 8-12.
- Porter, L. W., Lawler, E. E. y Hackman, J. R. (1975). *Behavior in organizations*. New York: McGraw-Hill Book Co.
- Prieto Rodríguez, M. A. (2002). Relaciones de empleo en Enfermería. *Metas de enfermería*, 5(43): 62-66.
- Programa de Formación de Medicina Intensiva (Real Decreto. 127/84) Recuperado el 24/01/2012 de http://www.semicyuc.org/sites/default/files/programa_oficial_de_la_especialidad_de_medicina_intensiva.pdf

- Purdy, N., Laschinger, H.K.S, Finegan, J. , Kerr, M. y Olivera, F. (2010). Effects of work environments on nurse and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 18(8): 901-13.
- Ramió, C. (1999) *Teoría de la Organización y administración Pública*. Recuperado el 7/04/2010 de http://www.inap.map.es/NR/rdonlyres/1A3C6D87-6A27-46F0-AD910049ADC44083/0/TeoriaOrganizaci%C3%B3n_9_.pdf
- Ramió, A. y Dominguez Alarcón, C. (2003). Valores y redefinición de espacios profesionales. *Revista rol de Enfermería*, 26(6): 482-486.
- Reader T, Flin R, Mearns K, Cuthbertson B. (2007). Interdisciplinary communication in the intensive care unit. *British Journal of Anaesthesia*, 98(3): 347-352.
- Reader, T.W., Flin, R., Mearns, K. y Cuthbertson, B.H. (2009). Developing a team performance framework for the intensive care unit. *Critical care medicine*, 37(5): 1787-1793.
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, M. y Koppel, I. (2008). Educación interprofesional: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). Oxford, *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4. Recuperado el 24/03/2010 de <http://www.update-software.com>
- Richardson, J., West, M.A. y Cuthbertson B.H. (2010). Team working in intensive care: current evidence and future endeavors. *Current opinion in critical care*, 16: 643-648.
- Robinson, F.P., Gorman, G., Slimmer, L.W. y Yudkowsky, R. (2010). Perceptions of effective and ineffective nurse-physician communication in hospitals. *Nursing Forum*, 45(3): 206-16.
- Robbins, S. P. y Judge T. A. (2009). *Comportamiento organizacional* (13ª ed). México: Pearson Educación.
- Robichaud, P., Saari, M., Burnham, E., Omar, S., Wray, R.D., Baker, R. y Matlow A.G. (2012). The value of a quality improvement project in promoting interprofessional collaboration. *Journal Interprofessional Care*, 26(2):158-60.

- Roca i Girona, J. (2001). ¿Antropólogos en la Empresa?: a propósito de la (mal) llamada Cultura de empresa. *Etnográfica*, 5 (1): 69-99.
- Rocha Magalhaes, Z., Oliveira, M. E., Cartaxo Moreira, L., Osmar Adamczyk, V. y Honorio, M. T. (2005). Profesión y trabajo: reflexiones en el sector salud. *Enfermería Global*, 6. Recuperado el 24/03/2009 de <http://www.um.es/eglobal/6/06e03.html>
- Rodríguez Fernández, A. (1993). La cultura en las organizaciones públicas y privadas. *Psicothema*, 5 (suplemento): 237-260.
- Rodríguez Fernández, A. y Zarco Martín, V. (2008). El poder y la conducta política en las organizaciones. En Zarco Martín, V. y Rodríguez Fernández, A. (Dirs.), Martín-Quirós, M. A. y Díaz Bretones, F. (Coords.) *Psicología de los grupos y de las organizaciones* (pp. 117-136). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rodríguez J.A. (1981). El poder médico, desde la sociología. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 14: 95-112. Recuperado el 19/03/2009 de http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_014_07.pdf
- Rodríguez, J. A. (1992). La política de las organizaciones de intereses médicos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 59: 121-160. Recuperado el 19/03/2009 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=250117>
- Rodríguez, J. A. y Guillen, M.F. (1992). Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 59: 9-18.
- Rodríguez Porras, J.M. (2005). *El factor humano en la empresa*. Barcelona: Ediciones Deusto.
- Rodríguez-Sala Gomezgil, M.L. (2009). La Cofradía-Gremio durante la Edad Media y los siglos XVI y XVII, el caso de la Cofradía de los cirujanos, barberos, flebotomianos y médicos en España y la Nueva España. *Barataria: revista castellano-manchega de ciencias sociales*, 10: 149-163. Recuperado el 03/05/2012 de <http://silente.es/wordpress/wp-content/uploads/2010/09/2009>
- Román Cereto, M. (2002). Atención Sanitaria desde una perspectiva multidisciplinar. *Index de Enfermería*, 39. Recuperado el 05/02/2009 de http://www.index-f.com/index-enfermeria/39revista/39_articulo_75-77.php

- Romano S., Novoa, G., Gopar, M., Cocco, A.M., De León, B., Ureta, C. y Frontera, G. (2007). El trabajo en Equipo: Una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(2): 135-152. Recuperado el 10/02/2009 en http://www.mednet.org.uy/~spu/revista/dic2007/06_asm.pdf
- Romero-Nieva Lozano, J. (2007). Carácter y aplicabilidad del título de Enfermero Especialista. *Revista de Especialidades Enfermeras*, 3(1). Recuperado el 5/01/2012 de <http://www.especialidadesenfermeras.com/revista/index.htm>
- Rose, I. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? *Nursing Critical Care*, 16(1): 5-10.
- Ros Guasch, J.A. (2006). *Análisis de roles en trabajo en equipo: un enfoque centrado en comportamientos*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. Recuperado el 20/03/2009 de http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0307107_154817//jarg1de1.pdf
- Rubio Rico, L., Aguarón García, M. J., Ferrater Cubells, M. y Toda Savall, D. (2002). Vivir la UCI: diferentes perspectivas. *Cultura de los Cuidados*, 12: 55-66.
- Rubio Rico, L., Cosi Marsans, M., Martínez Márquez, C., Miró Borrás, A. y Sans Riba, L. (2006). Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 17(4): 141-153.
- Ruíz Olabuenaga, J. I. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*, Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ruíz Olabuenaga, J. I. (2007). *Sociología de las organizaciones complejas*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ruzafa Martínez, M. (2005). *Estudio de la satisfacción y calidad de vida laboral del personal de Enfermería Español que trabaja en hospitales ingleses*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia. Murcia.
- Ruzafa Martínez, M., González María, E., Moreno Casbas, T., del Río Faes, C., Albornos Muñoz, L. y Escandell García, C. (2011). Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016. *Enfermería Clínica*, 21(5): 275-283.

- Salamanca Castro A. B. (2006). La investigación cualitativa en las ciencias de la salud. *Nure Investigación*, 24. Recuperado el 05/09/2010 de http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetod_24.pdf
- Salanova, M., Gracia, F.J. y Peiró J.M. (1996). significado del trabajo y valores laborales. En Peiró, J.M. y Prieto, F. (Eds). *Tratado de Psicología del trabajo. Volumen II: Aspectos psicosociales del trabajo* (pp. 35- 63). Madrid: Síntesis.
- Salas, E., Almeida, S.A., Salisbury, M., King, H., Lazzara, E.H., Lyons, R., Wilson, K.A., Almeida, P.A. y McQuillan, R. (2009). What are the critical success factors for team training in health care? *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 35(8): 398-405.
- Sánchez, J. C., Lanero, A., Yurrebaso, A. y Tejero, B. (2006). Cultura organizacional: desentrañando vericuetos. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 1(3): 274-397.
- Sánchez, J. C., Lanero, A., Yurrebaso, A. y Tejero, B. (2007). Cultura y desfases culturales de los equipos de trabajo: implicaciones para el compromiso organizacional. *Psicothema*, 19(2): 218-224.
- Sánchez Sánchez, F., Sánchez Marín, F.J. y López Benavente Y. (2008). Un estudio cualitativo para conocer las características que definen y mejoran la formación en comunicación asistencial e interprofesional. *Revista de Calidad Asistencial*, 23(5): 199-204.
- Sanmartín Arce, R. (2003). *Observar, escuchar, comparar escribir. La práctica de la investigación cualitativa*. Barcelona: Editorial Ariel S.A.
- San Martín Rodríguez, L., D'Amour, D. y Leduc N. (2007). Validación de un instrumento de medida de la intensidad de colaboración entre los profesionales de la salud traducido al español. *Enfermería clínica*, 17 (1): 24-31.
- San Martín Rodríguez. (2008). Una reflexión en torno a las ciencias de la enfermería. *Enfermería clínica*, 18(5): 262-268.
- Saturno P.J. y Terol García, E. (Dirs.) (2009). Indicadores de buenas prácticas Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Madrid. Ministerio De Sanidad y Política Social. Recuperado el

05/05/2011 de http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Indicadores_buenas_practicas_SP_Resultados_medicion_hospitales_SNS.pdf

- Schein, E. H. (1988). *La Cultura Empresarial y el Liderazgo*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Scott, W.G., Mitchell, T.R. (1972). *Organization Theory*. Homewood, IL. Dorsey Press.
- Sánchez Rentero, S., Beltrán Muñoz, C., Duque Teomiro, C., Sukkarieh Noria, S., Gómez Cantarino, S. y Sukkarieh Noria, L. (2011). Relevancia de la Formación en Enfermería Especializada. *Parainfo Digital*, 11. Recuperado el 5/01/2012 de <<http://www.index-f.com/para/n11-12/032d.php>>
- Sapir, E. (1956). *El lenguaje: introducción al estudio del habla*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sepelli, T. (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación. En Perdiguero, E y Comelles, J.M. (Eds.). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 33-44). Barcelona: Bellaterra.
- Serrano, A., Moreno, F. y Crespo, E. (2001). La experiencia subjetiva del trabajo en una sociedad en transformación. En Agulló, E. y Ovejero, A. (Eds.), *Trabajo, individuo y sociedad; perspectivas psicológicas sobre el futuro del trabajo* (pp. 49-64). Madrid: Pirámide.
- Shapiro, M.J., Morey, J.C., Small, S.D., Langford, V., Kaylor, C.J., Jagminas, L., Suner, S., Salisbury, M., Simon, R. y Jay, G. (2004). Simulation based teamwork training for emergency department staff: does it improve clinical team performance when added to an existing didactic teamwork curriculum? *Quality and Safety Health Care*, 13(6): 417-421.
- Sharp, M. (2006). Enhancing interdisciplinary collaboration in primary health care. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*. 67(Suppl):S4-8.
- Sheehan, D, Robertson L, Ormond T. (2007). *Comparison of language used and patterns of communication in interprofessional and multidisciplinary teams*. *Journal of Interprofessional Care*, 21 (1): 17-30.

- Shimizu, H.E. y Ciampone, M.H.T. (2004). As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4): 623-30. Recuperado el 15/09/2010 en <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a07.pdf>
- Siles Gonzalez, J. (2011). *Historia de la enfermería*. Madrid: Difusión avances enfermería.
- Simmons, D. y Sherwood, G. (2010). Neonatal intensive care unit and emergency department nurses' descriptions of working together: building team relationships to improve safety. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 22(2): 253-260.
- Sindicato de enfermería. (2011). Lo absurdo entre la oferta de plazas para estudiar enfermería y el destino de los profesionales. Recuperado el 10/2/2012 de <http://murcia.satse.es/comunicacion/noticias/lo-absurdo-entre-la-oferta-de-plazas-para-estudiar-enfermeria-y-el-destino-de-los-profesionales>
- Sirota, T. (2009). Relación profesionales de enfermería/ médicos: resultados de una encuesta. *Nursing*, 27 (4): 8-11.
- Soler Sánchez, M.I. y Meseguer De Pedro, M. (2010a). Cultura y clima organizacional. En Meseguer De Pedro, M. y Soler Sánchez, M.I. (Coords.), *Psicología del trabajo y de las organizaciones* (pp. 177- 189). Murcia: Diego Marín.
- Soler Sánchez, M.I. y Meseguer De Pedro, M. (2010b). Comunicación en las organizaciones y liderazgo. En Meseguer De Pedro, M. y Soler Sánchez, M.I. (Coords.), *Psicología del trabajo y de las organizaciones* (pp. 87- 107). Murcia: Diego Marín.
- Speroff, T., Nwosu, S., Greevy, R., Weinger, M.B., Talbot, T.R., Wall, R.J., Deshpande, J.K., France, D.J., Ely, E.W., Burgess, H., Englebright, J., Williams, M.V. y Dittus, R.S. (2010). Organisational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate. *Quality & Safety in Health Care*, 19(6): 592-596.
- Stewart, G.L.; Manz, C.C. y Sims H.P. (2003) *Trabajo en equipo y dinámica de grupos*. México: Limusa Wiley.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

- Tena Millán, J. (1989). *Organización de la empresa: teoría y aplicaciones*. Barcelona: Ediciones Gestió.
- Texeidor, M. (2005). El rol de la enfermería en la definición y activación de las trayectorias clínicas y la gestión de casos. *En El ejercicio de la dirección desde la perspectiva del cuidar* (pp. 123-138). Barcelona: Obra social Fundación la Caixa.
- Thofehrn, M. B. y Leopardi, M. T. (2006). Teoría de los vínculos profesionales: un nuevo modo de gestión en la enfermería. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(3):409-417. Recuperado el 24/03/2009 de <http://www.index-f.com/textocontexto/2006pdf/2006-189.pdf>
- Thomas, E.J.; Sexton, J.B. y Helmreich, R.L. (2003). Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical care medicine*, 31(3): 956-959.
- Thylefors I. (2012). Does time matter? Exploring the relationship between interdependent teamwork and time allocation in Swedish interprofessional teams. *Journal Interprofessional Care*, 26(4): 269-275.
- Tylor, E.B. (1871). La ciencia de la cultura. En Kahn, J. S. (Comp.) (1975), *El concepto de cultura: Textos fundamentales* (pp. 15-24). Barcelona: Anagrama.
- Universidad de Murcia. (2010). *Memoria Grado Medicina, 2010*. Recuperado el 29/04/2012 de http://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=93d175b8-db24-4ea4-a53b-748fb6bfa9c6&groupId=115466
- Universidad de Murcia. Guías docentes asignaturas grado Medicina 2011-12. Recuperado el 10/01/2012 de <http://www.um.es/web/medicina/contenido/estudios/grados/medicina/2011-12#guias>
- Universidad de Murcia. Guías docentes 2011-12 (Grado en Enfermería). Recuperado el 10/01/2012 de <http://www.um.es/web/enfermeria/contenido/estudios/grados/enfermeria/2011-12/guias>
- Uribe Oyarvide J. M. (1994). Tiempo y espacio en atención primaria de salud, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 67: 133-164. Recuperado el 24/03/2009 de http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_067_09.pdf

- Urios Aparisi, C. (2002). Las condiciones de información de la práctica médica. El derecho a la información. (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. Recuperado el 14/01/2011 de <http://www.tdx.cat/handle/10803/5216>
- Vaquero, C. (1999). Neoliberalismo y mercado de trabajo. *Cuaderno de materiales*, 9. Recuperado el 10/02/2012 de <http://www.filosofia.net/materiales/num/numero9b.htm>
- Valles, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis sociológica.
- Valles Martínez, M. S. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Varela, J., Craywinckel, G., Esteve, M. y Picas, J. M. (2010) Implicación de los médicos en la gestión basada en el profesionalismo y en el liderazgo de equipos multidisciplinares. *Medicina Clínica*, 134(1): 35-39.
- Vargas Toloza, R. E.. (2007). Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo: Enfermería pieza clave en la atención. *Revista Ciencia y Cuidado*, 4(4): 21-27. Recuperado el 12/03/2012 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534029>
- Vega, A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital: l'ambiguïté du quotidien Infirmier*. Paris: Éditions des archives contemporaines.
- Veira Veira, J. L. y Muñoz Goy, C. (2004). Valores y actitudes del trabajo en Europa Occidental. *Revista española de sociología*, 4: 51-66. Recuperado el 1/06/2012 de <http://www.fes-web.org/publicaciones/res/archivos/res04/02.pdf>
- Velasco Mañlo, H. M. y Díaz De Rada A. (1997). *La lógica de de la investigación etnográfica*. Madrid: Trotta.
- Weaver, S.J., Rosen, M.A., DiazGranados, D., Lazzara ,E.H., Lyons, R., Salas E, Knych, S.A., McKeever, M., Adler, L., Barker, M. y King, H.B. (2010). Does teamwork improve performance in the operating room? A multilevel evaluation. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(3): 133-142.
- Weber, M. (1984). *Economía y sociedad* (2ª ed.). México: Fondo de Cultura Económica.

- Weber, M. (1988). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo* (8ª ed.). Barcelona: Ediciones península.
- Weinstein, L. (1975). Comunicación y trabajo de equipo en un hospital moderno. *Educación Médica y salud*, 9(4): 382-390.
- White, L.A. (1959). El concepto de cultura. En Kahn, J. S. (Comp.) (1975), *El concepto de cultura: Textos fundamentales* (pp. 68-83). Barcelona: Anagrama.
- Whorf, B.L. (1971). *Lenguaje, pensamiento y realidad: selección de escritos*. Barcelona: Barral Editores.
- Yeager, S. (2005). Interdisciplinary collaboration: the heart and soul of health care. *Critical care nursing clinics of North America*. 17(2): 143-148.
- Xyrichis, A. y Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International journal of nursing studies*, 45(1): 140-153.
- Zimmerman, J.E., Shortell, S.M., Rousseau, D.M., Duffy J, Gillies, R.R., Knaus W.A., Devers, K., Wagner, D.P. y Draper, E.A. (1993) Improving intensive care: Observations based on organizational case studies in nine intensive care units: A prospective, multicenter study. *Critical Care Medicine*, 21(10): 1443-1451.
- Zornoza, A. M.; Salanova, M. y Peiró J.M. (1996). Trabajo en grupo. En Peiró, J.M. y Prieto, F. (Eds). *Tratado de Psicología del trabajo. Volumen II: Aspectos psicosociales del trabajo* (pp. 137- 160). Madrid: Síntesis.
- Zwarenstein, M. y Reeves, S. (2002). Working together but apart: Barriers and routes to nurse-physician collaboration. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 28(5): 242-247.
- Zwarenstein M, Reeves S, Russell A, Kenaszchuk C., Conn, LG., Miller, K L, Lorelei Lingard, L. y Kevin E Thorpe, KE. (2007). Structuring communication relationships for interprofessional teamwork (SCRIPT): a cluster randomized controlled trial. *Trials*, (8) 23. Recuperado el 14/03/2010 de <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1745-6215-8-23.pdf>
- Zwarenstein M., Goldman J. y Reeves S. (2009). Colaboración interprofesional: efectos de las intervenciones basadas en la práctica sobre la práctica profesional y los

resultados de salud (Revisión Cochrane traducida). Oxford, *La Biblioteca Cochrane Plus*, 3. Recuperado el 24/03/2010 en <http://www.update-software.com>.

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y LECTURA DE SIGLAS

Aislamiento, se denomina así a la separación de un individuo que padece una enfermedad transmisible del resto de las personas (exceptuando a los trabajadores sanitarios).

Anestesia, comprende un conjunto de procedimientos destinados a dormir a un paciente para un procedimiento o intervención quirúrgica. Comprende tres procedimientos: sedación (dormir al paciente), analgesia (quitarle el dolor) y parálisis (producir su inmovilidad).

Apósitos, material que se utiliza para cubrir, proteger y/o tratar una lesión o herida.

Arritmia. Trastorno en la formación o en la conducción del impulso eléctrico que determina el ritmo normal de los latidos cardíacos.

Bacteriemia, presencia de bacterias patógenas en la sangre.

Balón de contrapulsación, dispositivo de asistencia circulatoria invasiva utilizado generalmente cuando el ventrículo izquierdo del corazón no puede cumplir satisfactoriamente su función de bombeo de la sangre.

Bombas de infusión, equipos eléctricos que controlan el flujo de la administración de líquidos, medicación o alimentación.

Box, habitáculos ocupados por un paciente en la UCI

Busca, dispositivo localizador de personas. Actualmente se utilizan teléfonos móviles.

Calzas desechables, se denomina así a los protectores que se utilizan sobre los zapatos para evitar que a través de las suelas se propaguen gérmenes y suciedad.

Carro de paradas, dispositivo móvil dotado de medicación, material y aparataje destinado a atender emergencias y paradas cardio-respiratorias.

Catéteres, sonda que se introduce por cualquier conducto natural o artificial del organismo con la finalidad de inyectar o retirar líquidos

Constantes vitales, parámetros que reflejan el funcionamiento de las funciones fisiológicas como la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la tensión arterial o la temperatura corporal

Desfibrilador, dispositivo eléctrico capaz de administrar una descarga eléctrica programada con la finalidad de revertir la fibrilación ventricular y otras arritmias graves.

Destete o weaning, es el proceso de retirada de la ventilación mecánica a un paciente.

Diálisis. Método a través del cual se extraen determinados elementos de la sangre (tóxicos, fármacos, urea, ácido úrico, creatinina) por medio de una membrana orgánica o artificial.

Dispositivo o equipo implantable, cualquier producto diseñado para ser implantado en el cuerpo humano.

Diuresis, término que hace referencia a la producción y eliminación de orina.

Electrocardiograma, estudio diagnóstico en el que se registra la actividad eléctrica del corazón.

Electroestimulación cardíaca, procedimiento para desencadenar de modo artificial (a través de estímulos eléctricos) contracciones cardíacas.

Endoscopia, método en el que se visualiza el interior de los órganos y cavidades corporales por medio de un instrumento óptico iluminado (endoscopio). Se utiliza con fines diagnósticos y terapéuticos.

Escáner o Tac, procedimiento de diagnóstico por imagen que utiliza RX.

Escopia, aparato de exploración por imagen que utiliza RX.

Farreras, libro clásico de consulta usado por los médicos. Es un compendio sobre conocimientos de medicina interna.

“Fibrilado”, situación en la que se produce una **fibrilación ventricular**, lo que supone contracciones rápidas, anárquicas y no efectivas del corazón, que no es capaz de bombear sangre al organismo. Si no se revierte rápidamente desencadena la muerte.

Germen, se denomina así a cualquier microorganismo (virus, hongos, bacterias o parásitos).

Guías de práctica clínica, documentos elaborados por expertos que contienen recomendaciones para mejorar el diagnóstico, tratamiento o cuidado de los pacientes.

Suelen ser redactadas por sociedades científicas o grupo de profesionales expertos en el tema específico.

Hoja de interconsulta, documento en el que se realiza la petición de estudios diagnósticos, procedimientos o exploraciones a otros servicios o a otros facultativos.

Historia clínica, documentación donde se registran y recogen todos los datos relativos al paciente incluyendo los tratamientos, la evolución, los resultados de las exploraciones, pruebas complementarias, etc.

Holter, monitor portátil utilizado para detectar arritmias cardíacas a través del registro de la actividad eléctrica diaria del corazón de un individuo mientras realiza sus actividades normales. Puede ser externo o implantable.

Infarto, zona de necrosis (muerte celular) en un tejido u órgano, producida por la oclusión de una arteria que ocasiona la interrupción del riego sanguíneo a esa zona.

Infección, invasión de los tejidos del cuerpo por microorganismos patógenos que se reproducen y multiplican, produciendo enfermedad.

Inmunidad (inmunológicas), estado en el que un individuo es resistente a padecer una determinada enfermedad o proceso infeccioso

Intubación traqueal (intubar), técnica que consiste en colocar un tubo en la tráquea para facilitar la ventilación mecánica y la aspiración de secreciones bronquiales. Puede colocarse por vía oral o nasal

Marcapasos, dispositivo electrónico utilizado para el mantenimiento y control del ritmo eléctrico del corazón. Se usa cuando el ritmo cardíaco es bajo, en cuyo caso produce un estímulo eléctrico capaz de desencadenar una contracción cardíaca.

Material fungible, material de un sólo uso como jeringas, apósitos, etc.

Médicos Internos Residentes (MIR), profesional de la medicina que cursa un programa de especialización médica normalizado a través de un programa de formación al que se accede por examen

Médicos Adjuntos, médicos especialistas de la plantilla de un servicio clínico

Monitorización, término que se aplica a la utilización de aparatos para vigilar las constantes vitales de los pacientes de UCI. Existen monitores para la mayoría de las variables fisiológicas como frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la tensión arterial, la temperatura corporal, la oxigenación, etc.

Negatoscopio, pantalla luminosa que genera un campo uniforme de luz para visualizar radiografías.

Neumonía, infección pulmonar. Infección del tejido pulmonar

Parada cardiorespiratoria (PCR), paro, parada, situación clínica en la que se detiene la respiración y la actividad del corazón.

Preanestesia, actividades que se realizan antes de someter a un paciente a un proceso de anestesia para cualquier procedimiento. En la consulta de anestesia se hace una valoración del paciente a través su exploración y de la valoración de diversas pruebas diagnósticas, para determinar su idoneidad para someterse a un procedimiento anestésico.

Protocolos, documentos que recogen los procedimientos que deben seguirse para una determinada técnica o tratamiento.

Pruebas complementarias, se denominan a si a las pruebas que se pueden solicitar a un paciente para orientar el diagnostico como analíticas, radiografías, etc.

Respirador o ventilador, aparato que proporciona respiración artificial o mecánica.

Residente, término coloquial para definir al profesional que cursa una especialidad (MIR o EIR).

Sala de hemodinámica, sala dotada de aparataje y material complejo, donde se recibe a pacientes en estado muy grave y se le presta atención urgente, estabilizándolos para su posterior ingreso en otras salas. Se ubican generalmente en aéreas de urgencias y UCIs

Sedación, procedimiento por el que se duerme de forma artificial a un paciente.

Sesiones clínica, reuniones de los profesionales de los servicios con el fin de revisar la evolución de los pacientes, debatir temas científicos u otros fines

Síndrome de "born-out" o del "quemado", es un agotamiento emocional, físico y mental grave en el individuo sufre un estado de stress o trastornos de angustia, provocado por la interacción social o ante la rutina en el área laboral.

Sonda, dispositivo tubular que se coloca por a evacuar fluidos corporales o para introducir sustancias en el organismo. Como por ejemplo la sonda nasogástrica, que se introduce vía nasal hasta el estómago con el fin de aspirar su contenido o administrar alimentación o fármacos directamente.

Supervisor de área, cargo intermedio ostentado por un enfermero designado por la dirección de enfermería para coordinar un área del hospital compuesta por diferentes

servicios. Jerárquicamente se sitúa entre el supervisor de servicio y la dirección de enfermería.

Supervisor de servicio, cargo intermedio ostentado por un enfermero designado por la dirección de enfermería para supervisar el trabajo y el entorno de los profesionales de una unidad a su cargo.

Taquicardia ventricular, ritmo cardiaco anormal grave que puede desencadenar la muerte.

Úlceras por presión, lesión de la piel, producida por la presión continuada sobre una zona corporal que ocasiona déficit en su vascularización.

Vía, conducto artificial (a través de un catéter) o natural de entrada al organismo. Por ejemplo, vía endovenosa, vía oral, vía intramuscular, vía subcutánea.

Vía central, catéter colocado en un vaso sanguíneo de gran calibre por el que se accede a una zona cercana al corazón.

Ventilación mecánica, sustitución total o parcial de la respiración del paciente mediante la utilización de respiradores

LECTURA DE SIGLAS

CHSRF, Fundación para la Investigación de los Servicios Sanitarios de Canadá

DAI, desfibrilador automático implantable. Es un dispositivo implantable alimentado por una batería, cuya misión es captar el ritmo anómalo en un paciente y revertirlo automáticamente a un modo previamente programado.

EIR, Enfermero Interno Residente.

FEA, facultativo especialistas

FFIS, Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia.

Investén-isciii, Unidad de Investigación en Cuidados de Salud

IOM, Instituto de Medicina estadounidense.

QuIC, Quality Interagency Coordination

MIR, Médico Interno Residente

PEC, Plan Estratégico Común.

SMS, Servicio Murciano de Salud.

SATSE, Sindicato de Enfermería y Sanidad.

OMS, Organización Mundial de la Salud.

SNS, Sistema Nacional de Salud.

SP, Seguridad del Paciente

TAC, Tomografía axial computarizada

UCI, Unidad de cuidados intensivos

ANEXOS

ANEXO I: Solicitud de autorización para realizar la investigación.

(El título que aparece en este documento, corresponde con el planteado al inicio de la investigación, posteriormente se cambio por el que consta actualmente por considerarlo más adecuado)

	UNIVERSIDAD DE MURCIA Facultad de Enfermería
Murcia, 12 de abril de 2010	
Sr. Director Gerente:	
Me dirijo a Vd. con el fin de solicitarle autorización para continuar el trabajo desarrollado hasta la actualidad sobre: "UN ESTUDIO SOBRE EL TRABAJO EN EQUIPO: EXPLORACIÓN DE LAS DINÁMICAS DE TRABAJO COLABORATIVO DE LOS PROFESIONALES DE CIENCIAS DE LA SALUD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. RAFAEL MÉNDEZ" que está realizando Dña. Concepción Lucas García, diplomada en Enfermería con título de Máster Universitario en Sociedad y Cultura: Parentesco, Migración, Desarrollo y Salud-Cuidados, por la Universidad de Murcia.	
Comprometiéndonos a la confidencialidad sobre los sujetos de estudio garantizando el anonimato de los mismos y a aportar al Centro que Vd. dirige los resultados obtenidos de esta Tesis Doctoral.	
Agradeciendo su atención, reciba un cordial saludo.	
 Carmen Isabel Gómez García Catedrática de Enfermería Infantil Universidad de Murcia	
Sr. D. José Luis Albarracín Navarro Director Gerente del Hospital General Universitario Dr. Rafael Méndez	

ANEXO II: Autorización para realizar la investigación.

(El título que aparece en este documento, corresponde con el planteado al inicio de la investigación, posteriormente se cambio por el que consta actualmente por considerarlo más adecuado)



Región de Murcia
Consejería de Sanidad



Fundación para la Formación
e Investigación Sanitarias
de la Región de Murcia



TESIS DOCTORAL CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

D. José Luis Albarracín Navarro, Director Gerente del Área III de Salud de Lorca, visto el dictamen favorable de la Comisión de Formación e Investigación

CERTIFICA

Que conoce la propuesta realizada por Carmen Isabel Gómez García para que sea realizado en este Centro el estudio titulado " UN ESTUDIO SOBRE EL TRABAJO EN EQUIPO: EXPLORACIÓN DE LAS DINÁMICAS DE TRABAJO COLABORATIVO DE LOS PROFESIONALES DE CIENCIAS DE LA SALUD EN LA UNIDAD DE CUEDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DR. RAFAEL MÉNDEZ", que será realizado por D.ª Concepción Lucas García con objeto de finalizar su tesis doctoral.

Que acepta la realización del dicho estudio en este Centro y presta su conformidad, comprometiéndose a cumplir con sus obligaciones asistenciales y de aportación de medios humanos y materiales.

Lo que firmo en Lorca, a 21 de Junio 2010

EL DIRECTOR GERENTE/DIRECTOR MÉDICO
(por delegación o por autorización)



Fdo.

ANEXO III: Recursos humanos.

TABLA 18: Personal no sanitario.

GRUPO TECNICO	3
GRUPO GESTION	2
TEC. ESPEC. INFORMAT.	3
GRUPO ADMINISTRAT.	15
GRUPO AUX. ADMTVO.	102
PERS. FUNCION ADMTVA.	125
TRABAJADOR SOCIAL	1
PERSONAL S.A.U.	1
INGENIERO TECNICO	1
JEFE TALLER (GRUPO C)	3
CALEFACTOR	9
ELECTRICISTA	6
FONTANERO	4
MECANICO	3
PERS. MANTENIMIENTO	26
COCINERO	6
PINCHE	26
GOBERNANTA	1
PERSONAL DE COCINA	33
CELADORES	98
JEFE PERS. SUBALT.	1
PERSONAL SUBALT.	99
PLANCHADORAS	4
LAVANDERAS	4
GOBERNANTAS	1
COSTURERAS	2
PERSONAL DE LAVANDERIA	11
TELEFONISTAS	5
PERSONAL DE CENTRALITA	5
TEC. TITULADO SUPER.	1
PERSONAL SERV. PREV.	1
PERSONAL NO SANITARIO	301

TABLA 19: Personal sanitario

SERVICIO-UNIDAD	CAMAS	SUPER	ENF	AUX	TER	TEL	TAP	MAT	FIS	MEDICOS
ANESTESIA Y REANIMACION	12	1	11	2						12
QUIROFANO	6 quirófanos		24	10						# especialistas
ESTERILIZACION			1	7						
SERV. PREVENCIÓN			1							1
CONSULTAS ESPECIALES		1	4	7						# especialistas
CONSULTAS ESTERNAS		1	16	25						
GABINETE PRUEBAS			4	2						
CODIFICACION			3							
ADMISION			2							1
ATENCION AL USUARIO		1		2						1
FARMACIA		1	5	5						4 farmacéuticos
HOSPITAL DE DIA	12-10 sillones	1	4	1						# especialistas
LABORATORIO		1	0	3		38				13
ANATOMIA PATOLOGICA							5			4
REHABILITACION		1		4					11	3
RADIODIAGNOSTICO		1	7	6	14					7
DIALISIS	13 puestos	1	9	4						3
PARITORIOS	2 paritorios	1		12				13		14 Ginecólogos
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	34	1	13	11						
PEDIATRIA	30	1	14	12						7
CIR. ESPECIALIDADES	40	1	15	14						8 Oftalmólogos
										3 Neumólogos
										7 ORL's
										6 Urólogos
										2 Dermatólogos
CIRUGIA GENERAL	38	1	15	14						11
MEDICINA INTERNA 1		1	15	14						2 Alergia 3 Endocrinología 5 neurología 5 Cardiología
MEDICINA INTERNA 2	40	1	15	14						4 Ap. Digestivo 7 M. Interna 3 neumología 4 Reumatología
										Total 34
PSIQUIATRIA	14	1	7	6						4 Psiquiatras 2 Psicólogos clínicos
U.C.I.	9	1	24	14						6
TRAUMATOLOGIA	38	1	15	14						7
URGENCIAS	13 camas	1	27	19						18
	13 boxes									
	4 sillones + 2 camillas									
LÍNEAS ESTRATÉGICAS		1								
SUPER. AREA		3	0							
SUPER SUAP		1								
DOCENCIA-INVESTIGACIÓN		1								1
CALIDAD,CART.SERV.		1								1
TOTALES	283	28	251	232	14	38	5	13	11	177

LECTURA TABLA:

SUPER--supervisor de enfermería	TEL----técnico de laboratorio
ENF----enfermeros	TAP----técnico de anatomía patológica
AUX----auxiliar de enfermería	MAT---matronas
TER---- técnico de radiodiagnóstico	FIS----fisioterapeutas
SUAP—servicios de urgencias de atención primaria	

#especialistas—se refiere los tratamientos y/o intervenciones quirúrgicas los efectúan distintos especialistas médicos pertenecientes a otros servicios (cirugía, etc.).

OTRAS ACLARACIONES:

* En paritorios hay una capacidad de 4 camas (oficialmente, con mucha frecuencia hay más), que no son contabilizadas como camas de hospitalización.

Las camas en rojo, tampoco se contabilizan, ya que son servicios de horario solo diurno, de mañanas y tardes. También ocurre lo mismo con los puestos (se refiere al nº pacientes que pueden atenderse) de diálisis.

Tampoco son contabilizadas las camas de urgencias (en azul), aunque en ellas algunos pacientes pasan días esperando poder ser trasladados a una habitación.

A modo de resumen:

El número total de camas del hospital son 283, de las que 9 están en la UCI, lo que supone el 3,18%.

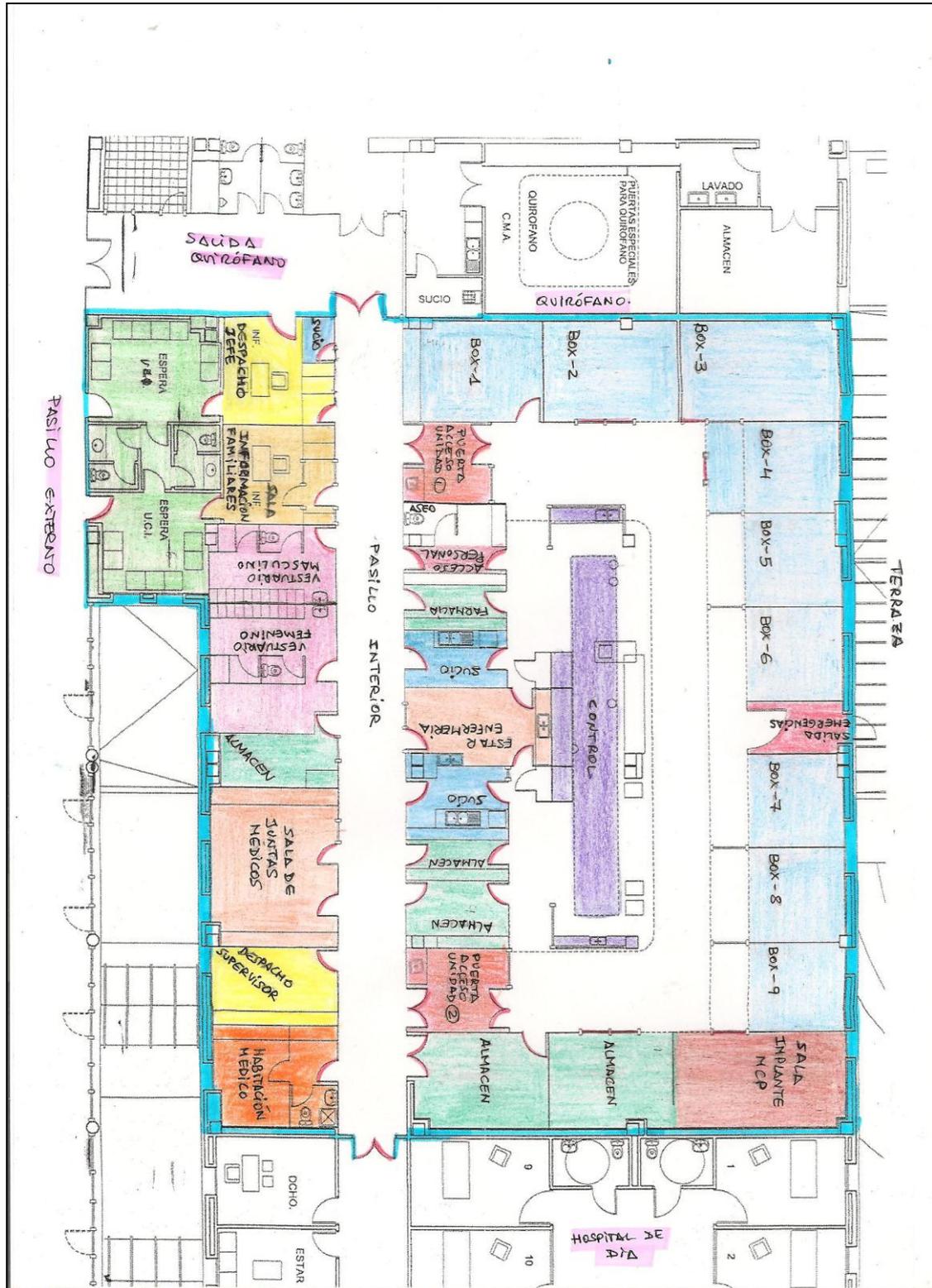
El personal sanitario total del hospital es de 769 personas de las que 45 trabajan en la UCI, lo que supone el 5,85%.

Los datos de las tablas 18 y 19 han sido facilitados por la dirección de recursos humanos y supervisores del hospital.

ANEXO IV: FIGURA 4 - Plano de situación de la UCI



ANEXO V: FIGURA 5 - Plano de la UCI



ANEXO VI: **Tablas de actividades del personal de la UCI en los diferentes turnos.**

TABLA 20: Actividades personal durante las mañanas

Horas	Actividades pacientes ingresados	Personal
- 8 - 8,15 - 8,15 - 8,30 - 9 - 8,45-11,30 - A partir de las 11	- Relevo y Distribución de pacientes - Revisión de pacientes, gráficas y extracción de analíticas - Realización de ECG - Realización de RX - Desayunos pacientes - Aseos pacientes + curas - Cambios de tratamientos, preparación de perfusiones intravenosas, cambio de sistemas de perfusión, etc. - Recepción de pacientes procedentes de quirófano, de la sala de implantes de UCI - Colocación y reposición de material, lencería, farmacia. - Limpieza de material	- Enfermeros/auxiliares/celadores/médicos - Enfermeros - Auxiliares - Técnico de RX + celador + Enfermero o auxiliar - Auxiliares - Enfermeros y auxiliares, colaboración celador - Médico, enfermeros, auxiliares y celador - Auxiliares
- 13- 14	- Entrada de familiares	
Horarios y horarios programados	- Toma de constantes - Cuidados y procedimientos programados - Cambios posturales - Administración de medicación prescrita - Transporte de muestras, pacientes, material, etc.	- Enfermeros y auxiliares - Enfermeros, auxiliares y celador - Enfermeros - Celador
A demanda	- Aspiración de secreciones - Atender llamadas pacientes	- Enfermeros y auxiliares - Enfermeros y auxiliares
9-10 10- 12 - 13-13,30	- Sesión clínica - Valoración pacientes y actualización de tratamientos - Realización de procedimientos especiales - Información a familiares	- Médicos
Toda la mañana	- Atención a la actividad urgente generada interna y externamente: Ingresos, implante vías centrales, cardioversiones, etc. - Valoración de enfermos consultados por otros especialistas en urgencias y en otras plantas.	- Médico, enfermeros, auxiliares y celadores. - Médico

TABLA 21: Actividades programadas externas durante las mañanas

Horas /lugar	Actividades pacientes programados externos	Personal
- 9/ UCI - A partir 10 (tiempo variable, según tipo de procedimiento y paciente)/ sala de implantes de UCI	- Ingreso de pacientes para implante de MCP, DAI, HOLTER o reservorio subcutáneo preparación para el procedimiento - Procedimiento de implante de los dispositivos de MCP, etc.	- Enfermera y auxiliar. - Médico, enfermera y auxiliar.
- 10 (martes alternos y jueves)/consulta en la 1ª planta	- Consulta de electroestimulación (MCP y DAI)	- Médico, enfermera y auxiliar
- 9 (martes alternos)/ Hospital de día	- Sedación para endoscopias.	- 2 enfermeros y 1 médico
- 10 (jueves alternos) /consulta en la 1ª planta	- Consulta de sedación	- Médico y auxiliar
- 10 /UCI (sala de información de familiares) - 11 /UCI (sala de información de familiares)	- Control de pacientes ambulatorios incluidos en estudios de investigación - Control de herida quirúrgica y retirada de grapas en pacientes con implantes.	- Supervisor o Enfermera y jefe de servicio. -Enfermera y médico.

TABLA 22: Actividades personal durante las tardes

Horas	Actividades pacientes ingresados	Personal
- 15 - 15,15 - 17	- Relevo y distribución de pacientes - Revisión de pacientes, gráficas - Cambio de nutriciones parenterales - Meriendas de pacientes	- Enfermeros/auxiliares - Enfermeros - Enfermeros - Auxiliares
- 18 - 18	- Extracción de analíticas - Realización de ECG	- Enfermeros y auxiliares - Auxiliares
- 19-20 - 20 - 20,30-21,30	- Entrada de familiares - Cenas de pacientes - Cambio de sábanas de camas , aseos y curas que procedan	- Auxiliares - Enfermeros, auxiliares y celador - Enfermeros.
Horarias y horarios programados	- Toma de constantes - Cuidados y procedimientos programados - Cambios posturales - Administración de medicación prescrita - Transporte de muestras, pacientes, material, etc.	- Enfermeros y auxiliares - Enfermeros, auxiliares y celador - Enfermeros - Celador.
A demanda	- Aspiración de secreciones - Atender llamadas pacientes - Colocación, reposición y limpieza de material usado.	- Enfermeros y auxiliares - Enfermeros y auxiliares - Auxiliares
A demanda	- Atención a la actividad urgente generada interna y externamente: Ingresos, implante vías centrales, cardioversiones, etc. - Valoración de enfermos consultados por otros especialistas en urgencias y en otras plantas. - Reevaluación de pacientes.	- Médico, enfermeros, auxiliares y celadores. - Médico

TABLA 23: Actividades personal durante las noches.

Horas	Actividades pacientes ingresados	Personal
- 22 - 22,15 - 23	- Relevo y distribución de pacientes - Revisión de pacientes, gráficas - Refrigerio para los pacientes	- Enfermeros/auxiliares - Enfermeros - Enfermeros
Horarias y horarios programados	- Toma de constantes - Cuidados y procedimientos programados - Cambios posturales - Administración de medicación prescrita - Transporte de muestras, pacientes, material, etc.	- Enfermeros y auxiliares - Enfermeros, auxiliares y celador - Enfermeros - Celador.
A demanda	- Aspiración de secreciones - Atender llamadas pacientes - Colocación, reposición y limpieza de material usado.	- Enfermeros y auxiliares - Enfermeros y auxiliares - Auxiliares
A demanda	- Atención a la actividad urgente generada interna y externamente: Ingresos, implante vías centrales, cardioversiones, etc. - Valoración de enfermos consultados por otros especialistas en urgencias y en otras plantas. - Reevaluación de pacientes.	- Médico, enfermeros, auxiliares y celadores. - Médico

ANEXO VII: Datos económicos Área III y UCI.

TABLA 24: Datos económicos año 2010

AÑO 2010			
UNIDAD FUNCIONAL	CAPITULO I (Personal)	CAPITULO II (gastos generales)	Total
UCI	4146827,18 (4,48%)	1192189,94 (3.53%)	5339017,12 (4,22%)
Total Gerencia	92549804,19	33723997,69	126273801,9

TABLA 25: Datos económicos primer semestre año 2011.

PRIMER SEMESTRE AÑO 2011			
UNIDAD FUNCIONAL	CAPITULO I (Personal)	CAPITULO II (gastos generales)	Total
UCI	1100737,22 (2,52 %)	624204,29 (3,66 %)	1724941,51 (2,84%)
Total Gerencia	43660176,71	17020485,3	60680662,01

ANEXO VIII:

TABLA 26: UCIs de adultos del Servicio Murciano de Salud. Número de camas y de personal.

<p>General Universitario Reina Sofía</p> <p>12 camas</p>	<p><u>Totales:</u> 11 médicos en total con 1 jefe de servicio, 1 jefa de sección +1 R4 (residente 4º año) en UCI de forma estable + 1médico de la UCI de la Arrixaca que viene a hacer guardias. 22 enfermeras + 1 enfermera para dar libranzas + 1 supervisor. 22 Auxiliares. Celadores: hay uno por la mañana, otro por la tarde, y uno por la noche compartido con quirófano de urgencias y reanimación que lleva el busca. 2 limpiadoras de mañanas y 1-2 de tarde para UCI, y 1 localizada por el hospital y compartida por la noche. <u>Mañanas, tarde y noche:</u> Son 4 enfermeras por turno de mañanas tarde y noche, menos martes y jueves hay 1 más (+ el supervisor en mañanas de lunes a viernes de días laborables) + 4 auxiliares + 1 celador (en mañanas y tardes, en las noches localizado) 1 médico de guardia 24 h de presencia física y otro localizado de lunes a sábado, el localizado se queda hasta media tarde, por lo que son dos de presencia de lunes a viernes hasta media tarde + algunos días 1 residente.</p>
<p>General Universitario Morales Meseguer</p> <p>18 camas</p>	<p><u>Totales:</u> 12 médicos + 1 jefe de servicio + 9 residentes internos 43 enfermeros + 1 supervisor 32 auxiliares 6 Celadores en turnos solo de mañana y tarde 1 auxiliar administrativo. 2 limpiadoras de mañana y una de tarde <u>Mañanas:</u> 6 Auxiliares (todos los días) +1 de exteriores (de lunes a viernes laborables) 7 Enfermeros+ 2 de mañanas fijas +1 de exteriores+ 1 supervisor (de lunes a viernes laborables) <u>Tardes y noches:</u> 6 Auxiliares 7 Enfermeros 2 facultativos + residente De guardia siempre hay dos facultativos, y casi siempre se suma el residente correspondiente.</p>
<p>Universitario Virgen de la Arrixaca</p> <p>32 camas distribuidas en cuatro secciones, más una sala de atención inicial.</p>	<p><u>Totales:</u> 22 médicos, tres residentes por año durante 5 años + residentes de UCI de otros hospitales y de especialidades de la Arrixaca. 87 Enfermeros, 35 auxiliares. Un fisioterapeuta. <u>Mañanas, tarde y noche:</u> 2 médicos adjuntos de guardia y dos o tres residentes. 17 enfermeros + 7 auxiliares, 4 celadores por la mañana, 3 por la tarde y 2 por la noche.</p>

<p>Rafael Méndez</p> <p>9 camas</p>	<p><u>Totales:</u> 6 médicos incluido el jefe de servicio 24 enfermeras + el supervisor de enfermería 14 auxiliares 4 celadores <u>Mañanas de días laborables:</u> 4 médicos + el jefe de servicio 5 enfermeras + el supervisor 3-4 auxiliares 2 celadoras 1 limpiadora también en festivos, en tardes y noches se llama al busca. <u>Mañanas, tarde y noche:</u> 1 médico 4 enfermeras 2 auxiliares (3 en las tardes de días laborables y mañanas de festivos). 1 celadora (en las tardes, y mañanas de festivos, por la noche hay que llamar, se comparte con quirófano y paritorios).</p>
<p>General Universitario Santa Lucía</p> <p>18 camas</p>	<p><u>Totales:</u> 22 médicos con el jefe de servicio (5 de ellos residentes). Hay 2 de guardia y, algunos días, 1 residente. 56 enfermeros 48 auxiliares. <u>Mañanas, tarde y noche:</u> 8 enfermeros por turno más 2 de mañanas fijas. 7 auxiliares por turno más 1 de mañanas fijas 1 administrativo en las mañanas. 1 celador en las mañanas y tardes (en las noches se llama al busca). 1 ó 2 limpiadoras en las mañanas y tardes (en las noches se llama al busca).</p>
<p>General Universitario Santa María del Rosell</p> <p>6 camas</p>	<p><u>Totales:</u> 11 auxiliares. 13 enfermeros. <u>Mañanas, tarde y noche:</u> 2 enfermeros por turno. 2-3auxiliares por la mañana y 2 en las tardes y 2 en las noches. 1 médico de guardia (que viene del H. General Universitario Santa Lucía)</p>
<p>Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor (HULAMM)</p> <p>6 camas (abiertas con posibilidad de ampliar a 12)</p>	<p><u>Totales:</u> 6 médicos incluido el jefe de servicio 17 enfermeras + el supervisor de enfermería 12 auxiliares 6 celadores <u>Mañanas de días laborables:</u> 4-6 médicos 4 enfermeras 3 auxiliares. 1 celador <u>Mañanas, tarde y noche:</u> 1 médico 3 enfermeros 2 auxiliares 1 celador</p>

ANEXO IX: GUÍA ENTREVISTAS

fecha: N°

Contexto: lugar, hora, situación.

Datos personales: Sexo Edad Estado civil

Hijos o personas a su cargo

Trayectoria profesional

Puesto que desempeña

Otras titulaciones

Años de experiencia y lugares, vivencias profesionales, expectativas de futuro.

Años en el servicio

Turno y satisfacción con el turno.

Tipo de contrato laboral

Formación y docencia

- Hace cursos de formación, ¿qué dificultades encuentra para poder hacerlos?, hace otro tipo de actividades de formación.
- Participa en la formación de otros profesionales, ¿qué opina de ello?
- ¿Crees que durante tu formación te prepararon para trabajar en equipo?
- ¿Se podría mejorar? ¿Cómo?

Concepto de equipo, expectativas e ideas

- ¿Qué crees que es trabajar en equipo? ¿Crees que es necesario, y en que medida, en tu contexto de trabajo?
- ¿Qué es necesario para poder hacerlo?
- ¿Crees que en tu servicio se trabaja en equipo? ¿En qué momentos y con quién?
- ¿Qué factores crees que pueden dificultar trabajar en equipo?
- ¿Cómo crees que se podía mejorar?
- ¿Crees que hay suficiente colaboración entre los miembros del equipo?

- ¿Crees que puede influir el turno? ¿Cómo?
- ¿Crees que es diferente en otros hospitales y/o servicios?

Jerarquización, distribución del poder y toma de decisiones

- ¿Crees que las relaciones de trabajo están jerarquizadas o son simétricas? ¿de qué manera?
- ¿Cómo se reparten las responsabilidades y las actividades? ¿te parece adecuado? ¿cómo debería hacerse?
- ¿Crees que tus decisiones son tenidas en cuenta? ¿Son tenidas en cuenta las decisiones que afectan a tu trabajo?
- ¿Percibes que realizas tus intervenciones y toma de decisiones de forma independiente? ¿en qué tipo de tareas tomas tus propias decisiones?
- ¿Crees que las tareas interdependientes y delegadas son prioritarias?
- ¿Con qué criterios priorizas tus actuaciones?
- ¿Cómo valoras tus relaciones con los demás miembros del equipo?
- ¿Estás cómodo con los espacios que ocupáis?
- ¿Cómo se dirigen y te diriges a los distintos miembros del equipo? Familiaridad-paternalismo-tuteo-cordialidad.
- ¿Cómo valoras las aportaciones de los distintos miembros del equipo?
- ¿En qué se centra la división del trabajo? ¿En las decisiones médicas, en la coordinación del equipo, en las necesidades del paciente, en protocolos?
- ¿Cómo se coordinan las actividades sobre un mismo paciente dentro de la unidad? ¿y con otros servicios?

Distribución de roles ocupacionales (técnicos, de prestigio, domésticos) y de género.

- ¿Crees que está claro lo que tiene que hacer cada profesional?
- ¿Hay influencias de género en la distribución de tareas?

Factores personales

- ¿Te gustan las tareas que tienes que realizar?
- ¿Qué consideras más gratificante de tu trabajo?

- Importancia del trabajo en tu vida.

Política intrahospitalaria

- ¿Crees que desde la dirección se potencia el trabajo en equipo? ¿de qué manera?
¿Cómo crees debería de ser?
- ¿Y en el servicio? ¿de qué manera? ¿Cómo crees debería de ser?
- ¿Crees que la formación continuada del hospital se preocupa de este tema? ¿Qué crees que se podría hacer?
- ¿Se intercambia información? Como: en reuniones formalizadas, de forma informal, y con qué frecuencia.
- ¿Qué esperas de tus jefes y de la dirección, y que opinan de ellos?
- ¿Qué situaciones crees que generan conflicto y malestar?