







Universitat
de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL
2018

Programa de Doctorado en Cognición y Evolución Humana

**CAMBIOS EN LAS DINÁMICAS
DE TRABAJO EN EQUIPO
EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN,
A TRAVÉS DE UNA INVESTIGACIÓN
ACCIÓN PARTICIPATIVA**

Rosa Miró Bonet





Universitat
de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL
2018

Programa de Doctorado en Cognición y Evolución Humana

**CAMBIOS EN LAS DINÁMICAS
DE TRABAJO EN EQUIPO
EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN,
A TRAVÉS DE UNA INVESTIGACIÓN
ACCIÓN PARTICIPATIVA**

Rosa Miró Bonet

DIRECTOR/A

Carlos Calderón Gómez

DIRECTOR/A

Concha Zaforteza Lallemand

TUTOR/A

Bernardo Riutort Serra

Doctora por la Universitat de les Illes Balears

LISTADO DE ABREVIATURAS

- AAN: American Academy of Nursing
- ANA: American Nurses Association
- AI: Appreciative Inquiry
- CAIB: Comunitat Autònoma Illes Balears
- CCAA: Comunidad Autónoma
- CCOO: Sindicato Comisiones Obreras
- Cochrane: colección de bases de datos sobre ensayos clínicos controlados en medicina y otra áreas de la salud relacionadas
- COIBA: Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears
- CUIDEN: es una Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index que incluye producción científica sobre Cuidados de Salud en el espacio científico Iberoamericano
- FIS: Fondo de Investigación Sanitaria
- GICS: Grupo de Investigación Crítica en Salud
- IAP: Investigación Acción Participativa
- IB: Illes Balears
- IHI: Institute Health Improvement
- INSALUD: Instituto Nacional de Salud
- IOM: Insitute Of Medicine
- MEDLINE: base de datos bibliográfica de citas y resúmenes de artículos de investigación en biomedicina y ciencias de la vida.
- MIR: Médico Interno Residente
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PDIL: Personal Docente e Investigador Laboral
- PubMed: es un motor de búsqueda gratuito, para acceder a MEDLINE.
- SBAR: Situation-Background-Assessment-Recommendation
- SCOPUS: base de datos de citas y citas bibliográficas revisadas por pares; revistas científicas, libros y actas de congresos.
- SNS: Sistema Nacional de Salud
- TIC: Tecnologías de la Información
- TFM: Trabajo Fin de Master.
- TJC: The Joint Commission
- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos
- UIB: Universitat Illes Balears
- WHO: World Health Organization



**Universitat de les
Illes Balears**

Dr. Carlos Calderón Gómez, de Osakidetza

DECLARO:

Que la tesis doctoral que lleva por título *Cambios en las dinámicas de trabajo en equipo en una unidad de hospitalización, a través de una Investigación Acción Participativa*, presentada por Rosa Miró Bonet para la obtención del título de doctor, ha sido dirigida bajo mi supervisión y que cumple con los requisitos necesarios para optar al título de Doctora por la Universitat de les Illes Balears.

Y para que quede constancia de ello firmo este documento.

Firma

Palma de Mallorca, 24 de marzo 2018.



**Universitat de les
Illes Balears**

Dra. Concha Zaforteza Lallemand, de la Universitat de les Illes Balears

DECLARO:

Que la tesis doctoral que lleva por título *Cambios en las dinámicas de trabajo en equipo en una unidad de hospitalización, a través de una Investigación Acción Participativa*, presentada por Rosa Miró Bonet para la obtención del título de doctor, ha sido dirigida bajo mi supervisión y que cumple con los requisitos necesarios para optar al título de Doctora por la Universitat de les Illes Balears.

Y para que quede constancia de ello firmo este documento.

Firma

Palma de Mallorca, 24 de mazo 2018.



A Jordi,
por ser quien eres,
por compartir conmigo
la maravillosa aventura de vivir,
desde el amor, el respeto
y el reconocimiento.

“T’estim amor”



AGRADECIMIENTOS

Las frases más difíciles, que una debe pronunciar, son siempre las que hacen falta para pedir disculpas y para las dar las gracias.

Ahora que tengo la oportunidad de daros las gracias a todos aquellos que me habéis acompañado, me gustaría saber expresar lo importante que ha sido el papel de cada uno de vosotros en este proceso.

Gracias a aquellos que me habéis acompañado estos años, a los que estáis presentes en mi vida, y a quien, injustamente hoy ya no tengo a mi lado.

En primer lugar, un agradecimiento especial a los enfermeros y enfermeras, auxiliares y médicos de la unidad de hospitalización en la que he desarrollado el trabajo de campo. Especialmente, gracias Jaime, José Luis y Ana Espino, por perseverar, y gracias a Ana Pérez, por abrirme siempre la puerta.

Gracias a todos los y las profesionales de la salud con quien he podido trabajar en el Hospital de Manacor, mi primera casa, en Policlínica Miramar, nido de amistades especiales que han estado, están y estarán, gracias Pomar, Prieto, Moreno y Villafáfila. Y en el hospital Son Llätzer, de donde, aún a veces, parece que no me he marchado.

Gracias compañeros y compañeras de departamento, de pasillo, de despacho, de asignatura, gracias Miguel Ángel y Sylvia, por ser tan fácil trabajar con vosotros, y gracias Sonia Martínez por la buena compañía en el café diario. Cati Perelló, gracias por el camino que hemos compartido. Gracias GICS porque me ofrecéis un espacio crítico que es muy difícil de encontrar. Gracias equipo de CCOO por ofrecerme y acompañarme en esta nueva aventura sindical de mi vida. Gracias Xim, por compartir tu

tiempo y conocimiento. Gracias Tomeu, por ser de los últimos en subirte a este proyecto, y dar tu toque final con tanto estilo.

Quiero tener un espacio de agradecimiento a mis dos directores de tesis, y a mi tutor. Gracias Carlos, que me has acompañado a la perfección desde nuestra primera cita a ciegas en Donosti. He disfrutado de escucharte, de conversar contigo y de compartir los cambios de las diferentes etapas que hemos pasado juntos. Gracias Concha, por acompañarme en este viaje, por tu luz y optimismo, he disfrutado de compartir contigo este maravilloso cruce entre la academia y la asistencia. Gracias Bernat, por lo fácil que es ponerse de acuerdo contigo.

Gracias “amiguitos” por ser un saco de propuestas de nuevos descubrimientos, especialmente, Joan, Nani y Tete por estar siempre ahí. Gracias “Alaroners” por aparecer sin tenerlo previsto, y resultar personas tan especiales, gracias “Trio calavera”. Gracias Natalia por dibujar tan bien mis pensamientos. Gracias Raúl y Ricky, porque el paso del tiempo, cargado de cambios, no ha podido con nosotros. Gracias Raquel por enseñarme lo que es ser una mujer fuerte. Gracias Sonia Castro, por tu amistad incondicional.

Gracias a mis suegros, por quererme como a una hija, y compartir mis pensamientos. Gracias cuñados, por aceptar mi dispersión y despiste, y convertirlo en mi virtud. Gracias a mis sobrinos, y a Beryl, porque sois personas brillantes, y mi esperanza de un mundo mejor.

En último lugar, pero como el principal valor de mi vida, gracias familia. Gracias Mi, por resistir, a mi hermana, porque es una suerte compartir contigo el sofá y la mesa de trabajo. Gracias Apa y Ama, por hacer tan bien el trabajo más difícil del mundo, ser padres.

Y, sobre todo gracias a mi pequeña familia, Jordi, mi amor, Jaume y Pere, sois el combustible de mi vida y mi corazón. El camino de la vida tiene sentido en la medida que lo vivimos juntos.

“Gente pequeña,
en pequeños lugares,
haciendo pequeñas cosas,
son capaces de cambiar el mundo”.

RESUMEN

La atención a la salud de la población es una realidad compleja, que somete a los profesionales que la atienden a una tensión constante. Deben estar preparados para hacer frente a los retos actuales y futuros que plantean las necesidades cambiantes de los pacientes, que requieren de abordajes desde conocimientos y experiencias diferentes, de profesionales que se comuniquen de forma efectiva, evitando duplicación de esfuerzos, recursos y errores clínicos. En definitiva, requiere de una atención interprofesional construida desde la colaboración, el diálogo entre expertos y la toma de decisiones democráticas en los procesos de salud.

Con el objetivo de transformar las dinámicas de trabajo en equipo actuales de una unidad de hospitalización médica de un hospital público de la comunidad autónoma de las Illes Balears, España, planteo este proyecto de investigación acción participativa (IAP) en 6 fases de desarrollo, que involucra en un proceso de transformación a su equipo de profesionales de la salud.

Los hallazgos del proyecto muestran que existen factores presentes en los profesionales, en el equipo, en la dinámica de la unidad y, en el funcionamiento de la organización, que condicionan el tipo de colaboración interprofesional. Estos factores generan conflictos de diferente ontología (económica o distributiva, cultural o de reconocimiento y, política o de representación) que sostienen un modelo de participación desigual en la toma de decisiones que no responde a la práctica colaborativa interprofesional definida como lo hace la evidencia.

Cambiar las dinámicas de trabajo en equipo, y la propia concepción de éste, es posible, pero requiere de una (re)construcción de la identidad co-

lectiva, a partir de la suma de las identidades individuales, siendo capaces de (re)conocer y respetar a los otros como sujetos del escenario clínico en el que se deben tomar decisiones por consenso, fruto del intercambio de opiniones entre expertos que asumen sus responsabilidades en el proceso de la salud de la población.

Lograr un modelo de atención a la salud sostenido en la colaboración interprofesional en el que los sujetos no cuenten con limitaciones que dificulten su interacción igualitaria, requiere activar estrategias diseñadas a partir de la micropolítica de los equipos y las organizaciones, que identifiquen y propugnen el reconocimiento, visibilidad, valor y respeto de las diferencias profesionales para (re)contruir de manera coherente contextos clínicos y profesionales justos socialmente.

RESUM

L'atenció a la salut de la població és una realitat complexa, que sotmet als professionals a una tensió constant. Han d'estar preparats per fer front als reptes actuals i futurs que plantegen les necessitats canviants dels pacients, que requereixen d'abordatges que inclouen diferents coneixements i experiències, de professionals que es comuniquen de forma efectiva, evitant la duplicació d'esforços, recursos i errades clíniques. En definitiva, requereix d'una atenció interprofessional construïda des de la col·laboració, el diàleg entre experts i la presa de decisions democràtiques en els processos de salut.

Amb l'objectiu de transformar les dinàmiques de treball en equip actual d'una unitat d'hospitalització mèdica d'un hospital públic de la comunitat autònoma de les Illes Balears, Espanya, planteig aquest projecte d'investigació acció participativa (IAP) en 6 fases de desenvolupament, que involucra en un procés de transformació al seu equip de professionals de la salut.

Els resultats del projecte mostren que existeixen factors presents als professionals, a l'equip, a la dinàmica de la unitat i, en el funcionament de la organització que condicionen el tipus de col·laboració interprofessional. Aquests factors generen conflictes de diferent ontologia (econòmica o distributiva, cultural o de reconeixement, i, política o de representació) que sostenen un model de participació desigual a la presa de decisions que no respon a la pràctica interprofessional definida com ho fa l'evidència. Canviar les dinàmiques de treball en equip, i la pròpia concepció d'aquest, és possible, però requereix d'una (re)construcció de la identitat col·lectiva, a partir de la suma de las identitats individuals, seient capaços de (re)conèixer i respectar als altres com a subjectes de l'escenari clínic en el que s'han de prendre decisions per consens, fruit de l'intercanvi d'opinions entre

experts que assumeixen les seves responsabilitats en el procés de salut de la població.

Aconseguir un model d'atenció a la salut sostingut en la col·laboració interprofessional en la que els subjectes no compten amb les mateixes limitacions que dificulten la seva interacció igualitària, requereix activar estratègies dissenyades a partir de la micropolítica dels equips i les organitzacions, que identifiquen i propugnen el reconeixement, visibilitat, valor i respecte de les diferències professionals per (re)construir de forma coherent contextos clínics i professionals justos socialment.

ABSTRACT

Taking care of population's health is a complex endeavour, which generates a constant tension on the professionals who are responsible for providing it. They must be prepared to face the current and future challenges posed by the changing needs of patients. That requires approaches based on different knowledge and experiences, and professionals who communicate effectively, avoiding duplication of efforts and clinical errors. In short, the current challenges of health care require an inter-professional approach founded on collaboration, dialogue between experts, and democratic decision-making processes.

This PhD implements a participatory action research project (PAR) with six phases of development. The aim is to optimize the current teamwork dynamics in a transformative process applied to a medical hospitalization unit of a public hospital in the Balearic Islands, Spain. The analysis of the team identified some features of the individuals, the team, the unit dynamics, and the organization functioning, that condition the type of inter-professional collaboration. These factors generate conflicts of different ontology (economic or distributive, cultural or recognition and politics or representation) that perpetuates a model of unequal participation in decision-making that does not respond to the collaborative inter-professional practice defined by the evidence.

In the subsequent phases of the project, it has been observed that changing the work dynamics and the conception of the team itself, is possible. However, it requires the (re)construction of the collective identity accomplished through the sum of the individual identities. This process requires the acknowledgement, recognition and respect of the others team members as participants in the clinical scenario. Moreover, consensual decisions must

be reached through the exchange of opinions among experts who assume their responsibilities over the population's health.

Hence, this PhD analyses the process that would lead to a health care model founded on inter-professional collaboration and the suppression of limitations so that professionals can develop an egalitarian interaction. This requires the implementation of strategies that are based on the micro-politics of teams and organizations, and identify and support the acknowledgement, visibility, value and respect of professional differences. The combination of such approaches would lead to the (re)construct of socially fair clinical teams that fulfil coherence and professionalism.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. PUNTO DE PARTIDA	23
1.1. ESTILO DEL TEXTO	24
1.2. PREPARÁNDOME PARA LA INVESTIGACIÓN	24
1.3. CONTEXTO DEL ESTUDIO	32
1.4. PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN	40
CAPÍTULO 2. ESTADO DE LA CUESTIÓN. COMPLEJIDAD DEL FENÓMENO	43
2.1. ESTRATEGIA DE REVISIÓN DE LITERATURA	43
2.2. TRABAJO EN EQUIPO, UN FENÓMENO COMPLEJO	47
2.2.1. Conceptualizando el trabajo en equipo	48
2.2.2. Trabajo en equipo en salud en el medio hospitalario	50
2.2.2.1. Complejidad del cuidado	50
2.2.2.2. La organización del servicio de salud y la práctica colaborativa.....	51
2.2.2.3. Elementos facilitadores o barreras del trabajo en equipo	54
2.2.2.4. Estrategias de mejora.....	59
CAPÍTULO 3. PLURALISMO TEÓRICO	65
3.1. CONSTRUYENDO LA ORIENTACIÓN TEÓRICA	67
3.2. LAS COSAS SE PUEDEN HACER DE OTRA MANERA	68

3.3. TEORIA DE LA JUSTICIA SOCIAL	71
3.3.1. La teoria de la justicia social de Nancy Fraser en el análisis del trabajo interprofesional en salud	73
3.3.1.1. Conflictos.....	76
3.3.1.2. Soluciones a los conflictos o remedios de la justicia	83
3.4. PRÁCTICA COLABORATIVA INTERPROFESIONAL	86
3.4.1. Factores que influyen en el trabajo en equipo interprofesional en salud	87
3.4.1.1. Factores relacionales	87
3.4.1.2. Factores procesuales	89
3.4.1.3. Factores organizacionales.....	91
3.4.1.4. Factores contextuales.....	91
CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	97
4.1. LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA	98
4.1.1. Proceso de transformación y principales influencias de la investigación acción participativa	98
4.1.2. Características metodológicas de la IAP	104
4.1.3. Investigadora orgánica	106
4.1.3.1. ¿Qué es una investigadora orgánica?	107
4.1.3.2. La investigadora como facilitadora.....	107
4.1.3.3. ¿Por qué es necesario en este contexto?	107
4.1.3.4. Posicionamiento de la investigadora	108
4.1.3.5. Proceso del trabajo.....	108
4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	110
4.2.1. Pregunta y objetivos de investigación	111
4.2.2. Participantes y equipo investigador	113
4.2.2.1. Los profesionales asistenciales:	113
4.2.2.2. La doctoranda e investigadora orgánica:.....	117
4.2.2.3. Investigadores expertos:.....	117
4.2.3. Fases del diseño	118
4.2.4. Generación de información	126
4.3. ANÁLISIS DE LOS DATOS	133
4.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS	138
4.5. RIGOR	141

CAPÍTULO 5. RESULTADOS	145
5.1. FASE 1. PREPARACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	149
5.1.1. Los resultados de contenido en la primera fase	154
5.1.1.1. Dinámicas de trabajo en equipo.....	154
5.1.1.2. Capital	155
5.1.2. Los resultados de proceso en la primera fase	156
5.1.2.1. Del equipo asistencial	156
5.1.2.2. De la investigadora orgánica.....	157
5.2. FASE 2. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN	159
5.2.1. Los resultados de contenido en la segunda fase	161
5.2.1.1. Dinámicas de trabajo en equipo	161
5.2.1.2. Capital	166
5.2.2. Los resultados de proceso en la segunda fase	167
5.2.2.1. Equipo asistencial	167
5.2.2.2. Investigadora orgánica	169
5.3. FASE 3. PROPUESTAS Y DISEÑO DE INTERVENCIONES	171
5.3.1. Los resultados de contenido de la tercera fase	176
5.3.1.1. Dinámicas de trabajo en equipo	176
5.3.1.2. Capital.....	178
5.3.2. Los resultados de proceso de la tercera fase	180
5.3.2.1. Equipo asistencial.....	180
5.3.2.2. Investigadora orgánica	183
5.4. FASE 4. IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES	186
5.4.1. Los resultados de contenido en la cuarta fase	190
5.4.1.1. Dinámicas de trabajo en equipo	190
5.4.1.2. Capital	192
5.4.2. Los resultados de proceso de la cuarta fase	193
5.4.2.1. Equipo asistencial	193
5.4.2.2. Investigadora orgánica	194
5.5. FASE 5. EVALUACIÓN	197
5.5.1. Los resultados de contenido de la quinta fase	202
5.5.1.1. Dinámicas de trabajo en equipo.....	202
5.5.1.2. Capital.....	203
5.5.2. Los resultados de proceso de la quinta fase	204
5.5.2.1. Equipo asistencial.....	204
5.5.2.2. Investigadora orgánica	207
5.6. FASE 6. TRANSFERENCIA	208

CAMBIOS EN LAS DINÁMICAS DE TRABAJO EN EQUIPO

5.6.1. Los resultados de contenido de la sexta fase	210
5.6.1.1. Capital.....	210
5.6.2. Los resultados de proceso de la sexta fase	211
5.6.2.1. Equipo asistencial.....	211
5.6.2.2. Investigadora orgánica	211

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN

215

6.1. CÓMO ES EL TRABAJO EN EQUIPO ENTRE LOS PROFESIONALES DE SALUD DE LA UNIDAD

216

6.1.1. Trabajo en vertical.....	216
6.1.2. Hablemos, pero... ¿dónde y cuándo?.....	219
6.1.3. Mismo contexto y diferentes condiciones de trabajo	222

6.2. FACTORES Y BARRERAS: DINÁMICAS, INERCIAS Y CAPITAL CULTURAL DEL TRABAJO EN EQUIPO

224

6.2.1. Dinámicas.....	224
6.2.2. Inercias.....	225
6.2.3. Capital cultural	227
6.2.3.1. Valores	227
6.2.3.2. Estilo de liderazgo.....	229

6.3. ESTRATEGIAS QUE SE DISEÑAN E IMPLEMENTAN PARA MEJORAR LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL

230

6.4. CATALIZADORES DE LAS TRANSFORMACIONES Y DE LA SOSTENIBILIDAD

233

6.4.1. (Re)conocerse.....	233
6.4.2. (Re)pensarse.....	234
6.4.2.1. Proceso dialógico-reflexivo	234
6.4.2.2. Grupidad.....	236
6.4.2.3. Capacidades.....	236
6.4.3. (Re)presentarse.....	237

6.5. CAMBIAR ES POSIBLE

239

CAPÍTULO 7. (IN)CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

247

7.1. LA TRANSFORMACIÓN NECESARIA DEL SISTEMA DE SALUD..	247
Trabajar para generar cambios a nivel de los profesionales clínicos	249

A nivel institucional:	249
A nivel académico y científico	250
7.2. INVESTIGAR, APRENDER Y CAMBIAR	251
7.3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	253
7.4. POSIBILIDADES Y RETOS DE LA PRACTICA COLABORATIVA EN SALUD	254
7.4.1. Aportaciones de la teoria de la justicia social a la investigación en salud	254
7.4.2. Implicaciones en el diseño de las políticas públicas de salud.....	254
7.4.3. Implicaciones en la formación de grado de los profesionales de la salud.....	255
7.4.4. Implicaciones en la práctica clínica	255
7.4.5. Propuestas de futuro	256
CAPÍTULO 8. BIBLIOGRAFIA	261
ANEXOS	283
ANEXO 1. Hoja de información y consentimiento informado	285
ANEXO 2. Guión del primer grupo de discusión	289
ANEXO 3. Guión de entrevista correo electrónico.....	293
ANEXO 4. Guión entrevista en profundidad individual	297
ANEXO 5. Guión entrevista on-line.....	301
ANEXO 6. Guión encuesta evaluación	305
ANEXO 7. Guión diario de campo co-investigadores	311
ANEXO 8. Documento consenso diagnóstico de situación.....	315
ANEXO 9. Documento resumen de las propuestas de intervención.....	319
ANEXO 10. Propuesta protocolo reunión mensual	323
ANEXO 11. Propuesta de comentariosde las auxiliares en la historia clínica.....	327
ANEXO 12. Solicitud de presupuesto para actividad formativa	331
ANEXO 13. Solicitud de nuevo espacio en la unidad a direcciones y gerencia ...	335
ANEXO 14. Documento de evaluación de la actividad formativa.....	339
ANEXO 15. Documento de evaluación final del proyecto.....	343
ANEXO 16. Memoria final del proyecto para el COIBA.....	349

CAPÍTULO 1

PUNTO DE PARTIDA





PUNTO DE PARTIDA

Investigar es parte de un proceso amplio, en el que además de aprender, se produce nuevo conocimiento. Esta producción de conocimiento es fruto de nuestras experiencias, del diálogo que mantenemos con otras personas, y de la lectura de textos, que nos llevan a plantear nuevas preguntas, inquietudes, motivaciones y conclusiones diferentes a cada uno de nosotros (Freire, 2005).

En esta investigación, el motor impulsor, era, ha sido, y espero que siga siendo, la inquietud de conseguir cambios en la práctica clínica a través de la investigación, como proceso de aprendizaje y transformación, que logren mejorar la atención a los ciudadanos desde un servicio público de calidad.

Este capítulo de introducción se estructura en tres apartados, con el objetivo de visibilizar el posicionamiento de la doctoranda, y el contexto de la investigación sobre el trabajo interprofesional en los equipos de salud. En el primer apartado, describo cuál es el estilo narrativo por el que he optado en la construcción de esta tesis. En el segundo apartado, tal y como indica su título, preparándome para la investigación, describo el proceso que me ha llevado a la elección de este fenómeno y metodología de la investigación. Y en el tercer apartado, de contexto del estudio, hago una breve mirada a cómo es considerado el trabajo interprofesional en las políticas de salud, a nivel internacional, nacional, de comunidad, y a nivel local, en la propia institución, para llegar a situarnos en el contexto micro de estudio, y finalizar el capítulo planteando la propuesta de investigación.

1.1. ESTILO DEL TEXTO

El texto de esta investigación está impregnado de reflexiones personales que en ciertos momentos he decidido escribir en tercera persona del plural, ya que entiendo que son fruto de un proceso afectivo, ético y espero que transformador como investigadora en el que me acompañan los profesionales de la unidad, mis compañeros de profesión, amigos y familia.

Con la finalidad de facilitar la lectura del texto he optado por citar términos neutros siempre que ha sido posible y adecuado. El posicionamiento teórico metodológico de este estudio es el de dar voz y visibilidad al discurso y dinámicas de los profesionales, por lo que he adoptado como estrategia lingüística el uso de los términos en el género utilizado popularmente con mayor frecuencia, o según la persona referenciada.

Por encima de esto, entiendo que es importante transmitir las reflexiones fruto de esta investigación evitando reproducir los posibles estereotipos, vinculados al género, que emerjan del análisis de los resultados.

1.2. PREPARÁNDOME PARA LA INVESTIGACIÓN

Buscar el cambio en la cotidianeidad, más aún si es laboral, a veces puede ser tildado de ingenuo, pero es importante recordar que el potencial para el cambio está situado en el mismo lugar en el que se encuentra el potencial para mantener las cosas igual.

Como dice Freire, la esperanza es el motor que permite la transformación en los contextos difíciles (Gómez, 2015), y la propia existencia humana y la necesidad de mejorarla, requiere de cierto nivel de utopía, o derecho a soñar (Freire, 1970). Así que estos son ingredientes que he incorporado a este proyecto de cambio, entendiendo la utopía como el conjunto de ideas y fuerza, que impulsan la acción como política de transformación.

El posicionamiento de las personas que luchan por romper el statu quo que mantiene en un falso equilibrio un sistema, es aquel que finalmente logra pequeños cambios que en el fondo responden a cuestiones de justicia.

El objetivo de esta investigación es indagar sobre cómo generar cambios en el trabajo en equipo entre profesionales de salud (médicos, enfermeros

y auxiliares de enfermería), orientados a mejorar la calidad de un servicio de salud. Para ello consideré necesario promover un proceso de investigación dinámico, circular y reflexivo, que nos permitiera revisar las dinámicas actuales de trabajo en equipo, entender qué factores las modulan, qué problemas emergen, y en qué medida los cambios que se incorporan pueden lograr superar las normas tácitas que lo constriñen (Hall, 1983).

Llevo a cabo esta investigación sobre la transformación de dinámicas sociales en los equipos de salud a través del análisis de los discursos y comportamientos de los profesionales. Para ello ha resultado necesario revisar mi propio marco interpretativo de partida, y finalmente, también cómo éste ha sido transformado por la interrelación con el equipo (Calderon, 2011).

Como investigadora cualitativa, inicio este proyecto con un ejercicio de reflexividad, que me ayuda a tomar consciencia de mi posición de partida en el proceso de construcción del conocimiento (Bourgeault, IL; Dingwall, R; De Vries, 2010; Calderon, 2011).

Mi interés en el trabajo en equipo en salud parte de mi experiencia en diferentes unidades clínicas como enfermera asistencial en varios hospitales de la red pública y privada de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

En la práctica clínica no debería existir variabilidad en el trabajo asistencial entre diferentes profesionales, ya que sus intervenciones deben estar fundamentadas en la evidencia científica. Sin embargo, en la asistencia sanitaria algunos profesionales llevan a cabo acciones sin suficiente soporte científico, bien por falta de actualización de sus conocimientos o bien por asumir de forma acrítica que siempre se han hecho así (Kazanjian, Green, Wong, & Reid, 2005). Esta variabilidad genera desigualdad de oportunidades para los pacientes, ya que en algunas ocasiones serán atendidos por profesionales rigurosos en sus intervenciones, mientras que en otras ocasiones no tendrán esa suerte.

No tiene sentido que la atención de salud de una persona pueda estar vinculada al azar. El sistema público de salud debe garantizar, siempre, una atención a los procesos de salud, fundamentada en las evidencias clínicas conocidas con la finalidad de garantizar los mejores resultados de salud para los pacientes (Adams, 2010; Chiu et al., 2010). Entendemos que la práctica basada en la evidencia no debe ignorar la complejidad de los fenó-

menos de salud ni reducir su fundamento únicamente a sus dimensiones cuantificables mediante el ensayo clínico o el meta-análisis. Los profesionales deben ser capaces de adaptar los resultados de la investigación clínica a la particularidad de cada paciente, pero, siempre desde un enfoque de cuestionamiento crítico que impida variabilidades y daños injustificables desde el punto de vista de la buena práctica clínica contrastada con los mejores conocimientos científicos en cada momento.

El hecho de ser atendido según estándares de calidad de atención que se encuentran por debajo de lo que debería ofrecerse a los pacientes, genera una desigualdad que se ve agravada por la falta de colaboración entre los profesionales que le atienden, cuando no se toman decisiones consensuadas, si no en cadena, no se acuerda el mejor procedimiento o plan terapéutico (Havens, Vasey, Gittell, & Lin, 2010; K Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Ritchie, Lamothe, & Doran, 2012) o, en ocasiones se encuentran con importantes dificultades de comunicación porque no se trabaja bien en equipo (Kazanjian et al., 2005; K Kilpatrick et al., 2012; Wolf, Ekman, & Dellenborg, 2012a).

La calidad asistencial no debería estar condicionada por las personas que trabajan en un turno o lugar determinado, sin embargo, mi experiencia personal, en la misma dirección que la evidencia al respecto, me lleva a vivir situaciones en las que esto se pone de manifiesto en la evolución clínica de una paciente (Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010; Leever et al., 2010).

La situación que marca un punto de inflexión en mi experiencia como enfermera, tuvo lugar una tarde en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en la que una paciente coronaria, ingresada tras haber sufrido un Infarto Agudo de Miocardio (IAM), súbitamente empezó con dolor precordial, y cierto estado de nerviosismo justificado por el dolor y la preocupación. Tras tomarle las constantes y realizar un electrocardiograma (EKG) para ver posibles cambios electrocardiográficos, informé rápidamente a la intensivista a su cargo.

La relación personal que manteníamos la intensivista y yo era muy tensa, y ella optó por hacer oídos sordos a mi información. Recuerdo que al hablarle sobre lo que estaba sucediendo, no retiraba la mirada de la pantalla del ordenador, y su actitud era de completa ignorancia. Este tira y afloja duró unos segundos, que recuerdo me parecieron largos minutos. Me fui

poniendo tensa, lo que se reflejaba en mi tono de voz y actitud corporal. Me parecía imposible que se estuviera dando aquella situación, ya que la paciente seguía con dolor en aumento. Y lo increíble es que no se resolvió hasta que denuncié lo que ocurría a otra intensivista, que tras una exploración clínica y ver los cambios en el EKG, derivó a la paciente a la unidad de hemodinámica del hospital de referencia de la comunidad.

Esta fue la situación más grave que he vivido como enfermera, pero que me permite evidenciar cómo la relación entre los profesionales que atienden a un paciente, puede hacer cambiar los resultados sobre su salud.

Desgraciadamente, a lo largo de mi actividad asistencial viví muchas otras situaciones, en las que la tensión entre profesionales de la salud, médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, ocasionaba diferentes tipos de interferencias en los procesos de salud de los pacientes, como, por ejemplo; alargar estancias por la aparición de complicaciones que no se han comunicado en el momento oportuno, y por tanto no se resuelven con la rapidez que deberían. Falta de comunicación sobre información relacionada con el alta del paciente, aviso de ambulancias y entrega de informes, que genera una descoordinación que conlleva que el paciente se marche a casa sin la información necesaria para su cuidado. Esta falta de comunicación también puede prolongar situaciones clínicas, como el caso de un cuadro de dolor, porque los profesionales no hablan, no lo interpretan de la misma forma, o no se ponen de acuerdo en cómo abordarlo.

Las unidades de cuidados intensivos resultan un contexto en el que se maneja una elevada complejidad asistencial. El trabajo entre profesionales en una unidad de este tipo se encuentra supeditada a cierto nivel de tensión inherente a la complejidad clínica de los pacientes, y a cómo el funcionamiento natural de los equipos fomenta importantes desigualdades en la consideración del valor de la actividad profesional de sus miembros (Jensen, Ammentorp, Erlandsen, & Ørding, 2011; S. Reeves et al., 2013). Además, en este caso particular se advertía la carencia de valores compartidos entre los profesionales, lo que también puede fomentar mayores desigualdades que afecten a la calidad de la atención a los pacientes (Kydoná, Malamis, Giasnetsova, Tsiora, & Gritsi-Gerogianni, 2010; Paradis et al., 2013).

En todas estas ocasiones, es el paciente, el que, sin ser consciente de ello no recibe la mejor atención posible, es decir, aquella que responde a una prác-

tica fundamentada en la evidencia en el sentido anteriormente comentado de asunción de la complejidad, actitud autocrítica, e incorporación de los conocimientos derivados de la investigación clínica y de su contexto, incluido el impacto que tiene la ausencia de la colaboración interprofesional en la salud de los pacientes (Brooten, Youngblut, Hannan, & Guido-Sanz, 2012; Larson, 1999; Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010).

Estas situaciones del cotidiano, que no se hacen visibles, y que afectan a la calidad de la atención recibida por un paciente, suponen el detonante de mi interés en la investigación en la práctica colaborativa o trabajo en equipo. Considero que es responsabilidad de los propios profesionales, y del propio sistema, encontrar y activar los mecanismos que resuelvan y no permitan situaciones que pongan en peligro la seguridad de los pacientes, y que garanticen una atención clínica basada en la evidencia.

Esta investigación pretende contribuir a que la salud sea un bien a preservar y promover por y para las personas, visibilizando cómo el sistema y los profesionales sanitarios pueden generar desigualdades en la atención de la salud, provocadas por asumir y permitir naturalmente una práctica no fundamentada en las mejores evidencias disponibles, condicionando la calidad y seguridad que debemos ofrecer a la comunidad (Buljac-Samardzic, Dekker-van Doorn, van Wijngaarden, & van Wijk, 2010).

Estas reflexiones marcan mi interés hacia el fenómeno del trabajo en equipo, y mi desarrollo como docente e investigadora determinan el abordaje que planteo en esta investigación.

Cuando dejé mi trabajo como enfermera asistencial, y me incorporé como enfermera docente e investigadora a la Universitat de les Illes Balears (UIB), entré a formar parte del equipo que conforma el Grupo de Investigación Crítica en Salud (GICS).

Somos un grupo de investigadoras/es y estudiantes de doctorado, del ámbito nacional e internacional, interesados en promover a través de la práctica, la formación y la investigación, una mirada crítica en el campo de la salud. Nuestro trabajo se caracteriza por su aproximación teórica y metodológica cualitativa y participativa, con el objetivo de transformar y mejorar las políticas y prácticas de salud, haciéndolas más equitativas a partir del conocimiento generado en la investigación.

Las limitaciones que en mi opinión plantea el enfoque desde la simplificación del paradigma positivista para abordar investigaciones relacionadas con la salud y la enfermedad en torno a las normas, mecanismos y contextos sociales, ha hecho que mi bagaje como investigadora se haya desarrollado fundamentalmente en la perspectiva crítico social, con especial dedicación a las metodologías cualitativas por resultar particularmente idóneas para el estudio y mejora de fenómenos complejos como el que nos ocupa.

Trabajar en diferentes proyectos bajo el paradigma crítico, utilizando métodos y técnicas de investigación cualitativa, ha contribuido a configurar mis gafas de investigadora cualitativa y crítica asimismo presentes en este proceso de investigación.

En 2008 participé como co-investigadora en un proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), titulado “Cómo se construyen las relaciones interprofesionales en los equipos de salud. Impacto en la práctica clínica y el desarrollo profesional” (PI080787).

Se trató de un estudio de etnografía crítica desarrollado en tres unidades de diferente actividad asistencial de un hospital de la red pública del IB-Salud (Servicio Público de Salud de las Illes Balears); una médica, una quirúrgica y un servicio especial. Realizamos un total de 235h de observación no participante, en diferentes zonas de uso común, 18 entrevistas a profesionales de las tres unidades, y de tres disciplinas; médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, y un panel de expertos de tres áreas estratégicas; clínica, gestión y docencia.

La implicación en este proyecto me permitió por primera vez vincular mi interés en el trabajo colaborativo con mi formación como investigadora cualitativa.

En este periodo finalicé mi formación de postgrado, y como TFM (Trabajo de Fin de Master) publiqué un artículo titulado “Relaciones Interprofesionales en los equipos de Salud. Cuestiones pendientes de resolver” (Miro-Bonet, 2010). Este trabajo nos ayudó a hacer un mapa metodológico y temático del tipo de investigación nacional e internacional que se estaba llevando a cabo sobre el trabajo en equipo, identificando líneas emergentes.

Tras el análisis contextual a partir de los datos recopilados en la observación y entrevistas realizadas a los profesionales de una de las unidades in-

cluidas en el proyecto FIS, y los resultados del panel de expertos, en el que participaron dos profesionales médicos y una enfermera de dicha unidad, identificamos la presencia de elementos que podrían ser de mucha utilidad si planteábamos a continuación un proyecto de cambio en las dinámicas del trabajo colaborativo que habíamos analizado. En esta unidad se evidenciaba un liderazgo formal e informal reconocido por el equipo, compromiso colectivo compartido por un equipo que se encontraba en una situación de estabilidad de plantilla tras un proceso de movilidad reciente.

Entonces surgió la inquietud de ir más allá. Ahora teníamos los datos que permitían describir cómo es desde dentro la dinámica de trabajo en equipo entre profesionales de la salud, y pensé en plantear una investigación con un objetivo de transformación que se mostraba en la literatura, como una línea de investigación pendiente de explorar (Miro-Bonet, 2010).

Además, contaba con datos de un equipo de profesionales que mostraba características, que a priori, me hicieron pensar que podrían ser un buen contexto para generar transformaciones. Se trataba de una plantilla estable, y con un liderazgo enfermero y médico reconocido formal e informalmente por el equipo (Chong, Aslani, & Chen, 2013).

Pero a su vez, surgieron varias reflexiones y miedos, conociendo el tipo de relaciones jerárquicas que se establecen entre los profesionales (S. Reeves et al., 2013). Pensaba en si sería posible cambiar las dinámicas de trabajo entre los profesionales de la unidad, y si era así, en cómo se podrían llevar a cabo dichos cambios. Me preguntaba si la institución nos daría permiso y apoyo, ya que los resultados de este proyecto podrían llevar implícita la necesaria revisión de las políticas institucionales. La implementación de estas políticas depende de los atributos estructurales de la organización, como la revisión de la política de recursos humanos, la movilidad del personal, los niveles profesionales reconocidos, la temporalidad... es decir, podía suponer una revisión del compromiso institucional con la mejora de la calidad; por ejemplo, no se puede esperar empoderar a las enfermeras si no hay suficientes, o hablar de implementación de la práctica basada en la evidencia, si no se ofrecen los recursos necesarios (Kazanjian et al., 2005).

Con todas estas inquietudes principalmente la de “miedo a estrellarme”, decidí plantear la idea todavía inmadura, a los que en breve se iban a convertir

en mis directores de tesis, así como al coordinador de enfermería y a la jefa de servicio de la unidad.

La propuesta fue la de trabajar juntos en un proyecto con el objetivo de implementar un proyecto de transformación de dinámicas de trabajo entre profesionales del equipo de salud y lograr que éstos fueran sostenibles en el tiempo.

La respuesta fue afirmativa y cargada de ganas por todas las partes. Los coordinadores de la unidad que creen firmemente en su trabajo como líderes del equipo, casi sin pensarlo se apuntaron al proyecto, entendiendo que un proceso de revisión del trabajo en equipo, supondría una oportunidad de mejora.

Así arranca el diseño de este proyecto de Tesis, que ha contado con una Beca del COIBA (Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears), en el marco de las Ayudas a Proyectos de Investigación IB2231/14PI/2013. Proyecto en el que verán un estilo propio, relacionado con el último elemento de reflexividad de este apartado introductorio. Se trata de la creencia personal de la doctoranda en la importancia de trabajar con otras personas como herramienta necesaria para la transformación que permite avanzar hacia caminos más justos.

En este proyecto, asumo una mirada plural de un fenómeno social complejo, el trabajo en equipo, entendiendo a este equipo como una pequeña estructura social, inmersa en un sistema estructural y normativo, como es el hospital.

La institución establece normas y políticas de funcionamiento que el equipo, debe analizar y cuestionar, ya que, a pesar de un funcionamiento naturalizado por todos, profesionales, pacientes y la propia institución, genera problemas que deben resolverse, para garantizar una atención a la salud de la población; más segura, sostenida en las mejores evidencias disponibles, y construida desde una perspectiva interdisciplinar.

“...cambiar el mundo, amigo Sancho,
que no es locura ni utopía, sino Justicia!”

Miguel de Cervantes (*Don Quijote de la Mancha*)

1.3. CONTEXTO DEL ESTUDIO

No podemos aproximarnos a cualquier fenómeno de nuestro entorno, sin tener en cuenta que en los últimos cincuenta años se han sucedido toda una serie de cambios socioeconómicos a nivel mundial, que han transformado de forma radical la manera de entender la economía, las relaciones sociales e incluso el ser humano (Bover-Bover, 2004).

Con el objetivo de contextualizar este proyecto, describo brevemente el contexto internacional y nacional sobre la consideración de la práctica colaborativa en las políticas de salud. Además, reviso el contexto organizacional local en el que se desarrolla el proyecto de investigación. El conocimiento de este escenario puede permitirnos entender cómo su construcción histórica, así como el de las disciplinas profesionales con las que trabajamos, establecen normas de partida, que condicionan el trabajo en equipo entre profesionales de la salud actualmente (Miró-Bonet, 2008). Finalizo este apartado con la propuesta de partida de la investigación.

A pesar de que las relaciones entre los profesionales que conforman los equipos de salud han cambiado considerablemente en los últimos treinta años, la práctica colaborativa sigue siendo un reto para profesionales y organizaciones y por lo tanto un campo abierto a nuevos estudios e investigaciones (Reeves et al., 2011a). Actualmente gran parte de los estudios sobre relaciones o prácticas interprofesionales pueden resultar excesivamente retóricos o políticos en la medida en que se limitan a ofrecer caracterizaciones generales, reflexiones personales o teorías sociológicas (Fewster-Thuente & Velsor-Friedrich, 2008). Muchas otras investigaciones se centran en el análisis de los elementos que suponen barreras o facilitadores del trabajo en equipo, y su impacto sobre la salud de los pacientes (Buljac-Samardzic et al., 2010; Richardson & Storr, 2010; Scholes & Vaughan, 2002). Sin embargo, pocos analizan de forma sistemática la naturaleza de las interacciones, el origen y causas de los conflictos, ten-

siones, y problemas derivados de la falta de colaboración entre los profesionales (Miro-Bonet, 2010; Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010).

La práctica colaborativa de los equipos interprofesionales en salud es considerada una línea de investigación estratégica para determinados Ministerios o Consejos que velan por la seguridad y calidad de los servicios de salud en países como Inglaterra, Canadá o Norteamérica, sin embargo, la investigación sobre el trabajo en equipo es una línea relativamente emergente en nuestro país.

A nivel internacional, los resultados de la investigación permiten constatar cómo la mejora de las relaciones entre los profesionales de los equipos de salud, favorece la mejora de la práctica clínica y consecuentemente la oferta por el sistema de salud de servicios más efectivos y eficaces a los ciudadanos (D'Amour, Goulet, Labadie, Martín-Rodríguez, & Pineault, 2008; D'Amour et al., 2005; Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2011; Reeves et al., 2011a; Tomizawa et al., 2014).

El trabajo en equipo o práctica colaborativa se reconoce como un eje crucial para el incremento de la efectividad y seguridad de la atención de los pacientes, en los programas de salud de servicios públicos de gran prestigio internacional, como el Department of Human Services (Victoria, Australia), la National Patient Safety Agency del Servicio Nacional de Salud Británico, el Cambridge Health Alliance, el Department of Health and Human Services (Estados Unidos), la Ontario Agency for Health (Canadá) y la propia Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations en Estados Unidos.

Otros ejemplos de instituciones/organismos que promueven la colaboración interprofesional como una línea de estratégica de trabajo son; The Institute of Medicine (IOM), que promueve un aumento de la confianza, una comunicación abierta y respetuosa, y unas buenas relaciones con los compañeros, que aumenten la calidad del trabajo en equipo. La Joint Commission (TJC) desarrolla una iniciativa con el fin de romper con el comportamiento disruptivo que se da entre profesionales de la salud trabajando en la elaboración conjunta con la World Health Organization (WHO) de recomendaciones para una adecuada comunicación durante el intercambio de información de pacientes (Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010).

Además, cabe citar a modo de ejemplo la iniciativa internacional denominada Project Magnet Hospital (Hospitales Magnéticos), que en la década de los años 70 nació en Estados Unidos (EEUU), dada la importante escasez de profesionales enfermeros que, según el informe elaborado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos en 1981, alcanzaba solo el 14% en algunos de sus estados miembros.

En ese contexto particular, algunos hospitales de ámbito nacional mostraron no tener dificultades para cubrir todas sus vacantes (McClure 1983), por lo que la American Academy of Nursing (AAN) llevó a cabo un estudio descriptivo con la intención de identificar aquellas características organizacionales que facilitaban y dificultaban la práctica enfermera en esos centros.

Los resultados mostraron que la verdadera esencia de una organización denominada Imán u Hospital Magnético, se asociaba a una práctica profesional que tenía implícita la comprensión integral de las funciones de los diferentes profesionales, la aplicación de éstas con los pacientes, familias, comunidad, equipo de salud y la incorporación y aplicación de nuevos conocimientos y evidencias.

El funcionamiento de estos hospitales se convirtió en un referente, de forma que una de las más prestigiosas asociaciones de acreditación, la American Nurses Credentialing Center (ANCC), se convirtió en la responsable de la certificación de aquellas instituciones sanitarias que asumían ese modelo de trabajo, denominado "Model for ANCC's Magnet Recognition Program".

Estos hospitales se reconocían como aquellos que trabajan en la promoción de ambientes de trabajo seguro y positivo, con el objetivo de proporcionar a los profesionales los recursos que necesitan para alcanzar la excelencia en la práctica.

Este modelo de acreditación se estructuró en base a cinco áreas a evaluar; Transformational Leadership, Structural Empowerment, Exemplary Professional Practice, New Knowledge. Innovation & Improvements, y Empirical Quality Results.

En el tercer apartado de la acreditación, se contempla la importancia de las Relaciones Interprofesionales para evaluar la Práctica Profesional Ejemplar en el centro.

Este es un ejemplo de cómo a nivel internacional se prioriza por fomentar un buen trabajo de colaboración interprofesional en los equipos de salud que garantice una práctica profesional de excelencia.

La filosofía organizacional de los Hospitales Magnéticos se extiende paulatinamente (Lopez Alonso SL, 2004), y a pesar de que no ha tenido calado en nuestro contexto, probablemente por tratarse de un modelo procedente de un sistema de salud muy diferente al nuestro, permite evidenciar los buenos resultados de políticas de salud y gestión de los servicios sanitarios, enfocados en nuevas líneas estratégicas, como la de fomentar un mayor nivel de colaboración entre profesionales de la salud en los hospitales.

Mientras que el contexto internacional nos muestra que la tendencia debe ser la de adoptar un cambio hacia la prestación de salud por parte de un equipo de profesionales que trabaje conjuntamente, las estructuras jerárquicas predominantes en el Sistema Nacional de Salud Español, siguen promoviendo la toma de decisiones individuales (Sutton, Liao, Jimmieson, & Restubog, 2011).

En España, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>) no contempla de forma explícita la mejora del trabajo en equipo entre profesionales de la salud, como una de las estrategias que deberían vertebrar la mejora de la atención sanitaria a los ciudadanos.

En el área de actuación de excelencia clínica del Plan de Calidad se definen acciones estratégicas como la mejora de la seguridad y atención de los pacientes atendidos y la mejora de la práctica clínica. A pesar de que los resultados de la investigación sobre práctica colaborativa establecen una clara correlación entre en la práctica colaborativa entre los profesionales de la salud, y la mejora de la seguridad y de la propia práctica clínica (Kitto et al., 2015), ésta no se establece como una línea estratégica en las políticas de salud estatales.

A nivel estatal, el marco normativo presenta cierta particularidad. El artículo 43 de la Constitución española reconoce el “derecho a la protección de la salud”, al que hace referencia de forma deliberada, como concepto más global, para establecer diferencias respecto al concepto “derecho a la

sanidad". La protección de la salud, en esta concepción, se refiere a la protección de toda la faceta personal del individuo, es decir, a la protección de su bienestar físico y mental.

En el ámbito de las Illes Balears, el Estatuto de autonomía reformado por la Ley Orgánica 1/2007, de 28 de febrero, atribuye a la Comunidad Autónoma (CCAA) la competencia exclusiva en materia de planificación de los recursos sanitarios.

Respetando los principios establecidos por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que establece en el artículo 3.2 un principio trascendental que es la universalización de la asistencia sanitaria pública y la garantía de acceso y de prestaciones en condiciones de igualdad efectiva.

Además, la Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears, establece en el artículo 28 que la ordenación de las prestaciones sanitarias es una de las actuaciones de planificación y ordenación del sistema sanitario.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, establece en el artículo 11 que las comunidades autónomas, dentro del ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán, como mínimo, la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud, que se debe garantizar a todas las personas usuarias.

A nivel de la comunidad autónoma, el IB-Salud es el organismo público que gestiona los servicios de salud públicos de las Islas Baleares. Depende de la Consellería de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears, y está integrado en el SNS (Sistema Nacional de Salud) creado en 1986, que sustituyó al antiguo INSALUD (Instituto Nacional de Salud).

Define su misión como la de proveer de servicios sanitarios públicos a la población para satisfacer las necesidades de salud bajo los principios de equidad, eficiencia y calidad, mediante el desarrollo de actividades de promoción, prevención, cuidados, curación y rehabilitación de la salud. Para ello define seis ejes estratégicos como guías principales para el desarrollo del Servicio de Salud hasta el 2020; la orientación hacia el usuario, el desarrollo profesional, la eficiencia y uso racional de recursos disponibles, la conducta organizacional y la tolerancia cero respecto a la opacidad.

En ninguna de estas líneas estratégicas se especifica el valor del trabajo en equipo, ya que en la de desarrollo profesional se habla de profesionalidad, eficacia y calidad, y de la participación activa en objetivo, pero a nivel de la comunidad, tampoco en ningún caso, se hace mención a la competencia de los profesionales para hacerlo desde una perspectiva conjunta, y a la conducta de la organización.

La colaboración entre médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería se muestra como un elemento esencial para garantizar un cuidado de la salud de calidad. La falta de colaboración supone la principal causa de eventos centinela. Además, la mejora de la percepción del trabajo en equipo por parte de médicos y enfermeras, se ha demostrado que se encuentra asociada a mayores niveles de satisfacción mejores resultados de salud de los pacientes hospitalizados.

Sin embargo, a pesar de estos resultados, la investigación sigue mostrando que el trabajo en equipo todavía se encuentra en un nivel subóptimo (Henkin et al., 2016).

Una de las razones por las que resulta importante trabajar en la mejora de la colaboración interprofesional, es la necesidad de garantizar un intercambio de información pertinente y efectiva entre profesionales que atienden a un paciente. Estas dificultades de comunicación existen entre diferentes profesionales de una misma unidad, y también entre diferentes unidades de un mismo hospital (Kenward & Kenward, 2011).

Los pacientes atraviesan estos límites virtuales en sus desplazamientos por un centro, por ello resulta esencial para la calidad asistencial, que seamos capaces de trabajar en equipo en diferentes dimensiones, a nivel micro, meso y macro. Es decir, es fundamental que el micro-equipo, o profesionales que atienden a un paciente en el día a día, a lo largo de un ingreso en una unidad, trabajen bien juntos, para garantizar el mejor plan terapéutico. Pero a su vez, estos profesionales deben garantizar una buena relación profesional con profesionales de salud de otras unidades del centro (nivel meso). Y finalmente se debería garantizar un buen trabajo con la gestión/dirección del centro (nivel macro), que permita garantizar una atención de calidad a los pacientes que se atienden en la institución.

Este entramado de relaciones sociales y profesionales en los equipos de salud tiene lugar en entornos sanitarios cuya finalidad comúnmente aceptada es la de asegurar una atención idónea de la salud de la población (Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010). Sin embargo, con frecuencia sus estructuras y funcionamiento adoptan dinámicas disciplinarias tanto para los pacientes, como para los proveedores de cuidados que entran en contradicción con dicha finalidad, pudiendo advertirse la existencia y reproducción de jerarquías y políticas que no permiten a los profesionales cuestionar y cambiar prácticas ya establecidas (Miró-Bonet, Bover-Bover, Moreno-Mulet, Miró-Bonet, & Zaforteza-Lallemmand, 2014).

Con lo expuesto hasta ahora resulta evidente el papel fundamental que ejercen las relaciones interprofesionales en los equipos de salud como elemento clave para asegurar una atención idónea de la salud de la población en el entorno sanitario. Mejorar la calidad y seguridad de la atención al paciente es un objetivo global, directamente relacionado con la calidad de la práctica y entorno profesional, y con la calidad de la comunicación y relaciones de los profesionales de la salud (Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010).

En consecuencia, decidimos plantear una investigación que nos permitiera generar cambios en las dinámicas de trabajo en equipo de profesionales de la salud, teniendo en cuenta las evidencias existentes para mejorar los resultados de salud de los pacientes.

Esta investigación se enmarca en un hospital de la red pública de la CCAA. Es un centro que atiende a una población de casi 250000 personas, abarcando un porcentaje de población que reside en zona urbana y en zona rural. Se trata de un hospital de agudos, de segundo nivel, con una antigüedad menor a 20 años, en el que trabajan unos 2000 profesionales

Llevamos a cabo el proyecto de investigación en una unidad de hospitalización médica, por diferentes motivos. Algunos resultados de investigaciones publicadas apuntan que son unidades en las que se da una correlación más alta entre una relación interprofesional ineficaz, y un aumento de los errores de medicación (Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010). Los resultados de Havens et al son consistentes con los resultados de la investigación de la Robert Wood Johnson Foundation, sobre el motivo de abandono de la profesión de Enfermería, en los que se apuntaba que mu-

chas enfermeras eran infelices con su entorno de trabajo. En ambos casos la peor situación era la que presentaban las enfermeras de las unidades médicas (Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010).

Por otro lado, cabe recordar que en el análisis de los resultados del proyecto FIS en el que participé como co-investigadora, detectamos la presencia de diferentes factores, que entendimos a priori, como “facilitadores para el cambio”, en la unidad de hospitalización médica. Identificamos un fuerte liderazgo de enfermeros y médicos vinculados en la actividad asistencial de la unidad, y sobre todo, una gran preocupación por su parte, y por la de algunos profesionales clínicos, en relación a los resultados obtenidos del estudio etnográfico (“¡¡Cómo puede ser que en pleno siglo XXI todavía trabajemos así!!” se comentaba en el grupo de expertos).

La unidad médica en la que llevamos a cabo la investigación, cuenta con una plantilla estable, tras un proceso de consolidación de empleo que se llevó a cabo en el centro un año antes de iniciar en proyecto, y cuenta con:

PROFESIONALES DE LA SALUD	TOTAL PROFESIONALES DEL EQUIPO: HOMBRES/MUJERES
Médicos	10: 3/7
Enfermeras/os	13: 10/3
Auxiliares de enfermería	13: 12/1

En 2016 la unidad contaba con 30 camas funcionales. Su actividad es de 222 ingresos programados/año, y 1137 ingresos urgentes/año. Trabajan con índice de rotación del 4,07, y un 87,43% de ocupación. La estancia de los pacientes en el hospital responde a una media de 6,55 días, y la mediana al alta de 7,15 días. Los profesionales preparan un total de 1464 altas, 47 de las que responden a traslados internos. Y presentan una tasa de mortalidad del 2,54%, un total de 36 éxitos.

Los resultados de la investigación nacional e internacional sobre práctica colaborativa muestran que la eficiencia del trabajo en equipo equivale a más que la suma de las competencias clínicas individuales de los miembros de un equipo. Como se dice a menudo, un equipo es más que la suma

de sus partes. En este momento existe una importante necesidad de entender cuáles con los factores individuales y grupales, y cómo permiten construir un equipo eficiente en la atención de salud del paciente. (Siassakos et al., 2010). La mejora de las relaciones entre profesionales de la salud es central para mejorar la calidad de la atención a los pacientes (Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010).

Las instituciones deben fomentar el trabajo en equipos de profesionales competentes, que cada vez más solicitarán formación en habilidades no clínicas, para ser capaces de dar respuesta a las nuevas demandas de la sociedad.

1.4. PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

De manera resumida, a mi interés y motivación como investigadora por favorecer cambios en la práctica clínica que mejoren la calidad y seguridad para los pacientes, se suman las evidencias conocidas acerca del papel clave de la colaboración interprofesional del cuidado al respecto (Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010), así como la importancia y factibilidad de promover cambios culturales que favorezcan dichas dinámicas colaborativas (Sutton et al., 2011).

El proyecto se plantea, por tanto, como un diseño de investigación acción participativa, que involucra en un proceso de transformación de la práctica interprofesional a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería de una unidad de hospitalización médica, de un hospital de la red pública del IB-Salud. A medio y largo plazo confío asimismo en que los resultados contribuirán a futuras investigaciones y cambios en las políticas de salud y modelos organizativos orientados a una adecuada atención a los pacientes, contando con profesionales competentes que trabajan en equipo.

CAPÍTULO 2
ESTADO
DE LA CUESTIÓN





ESTADO DE LA CUESTIÓN. COMPLEJIDAD DEL FENÓMENO

En el presente capítulo llevo a cabo una revisión de la producción científica publicada a nivel internacional y nacional, sobre relaciones interprofesionales, práctica colaborativa o trabajo en equipo en el contexto sanitario, que se ha estructurado en dos grandes apartados que permiten mostrar el estado de la cuestión.

En un primer apartado describo la estrategia de revisión de literatura sobre trabajo en equipo llevada a cabo, y una breve descripción del tipo de producción indexada. Y en el segundo apartado, se muestra la complejidad asociada al fenómeno, se organiza en los sub-apartados que responden a los aspectos más abordados en la investigación revisada sobre práctica colaborativa en salud; la conceptualización del propio fenómeno, y su contextualización en el ámbito hospitalario.

2.1. ESTRATEGIA DE REVISIÓN DE LITERATURA

La revisión de la literatura responde a un proceso dinámico y activo, que inicio con el planteamiento teórico de la investigación y que se ha enriquecido a lo largo del trabajo de campo. Es decir, me ha llevado de la lectura de la producción localizada al trabajo empírico, y me ha devuelto de nuevo a la búsqueda y lectura de nueva producción científica.

La lectura del mundo precede a la lectura de la palabra, de allí que la posterior lectura de ésta no pueda prescindir de la continuidad de la lectura de aquél (Vargas, 2014).

Mi trabajo en esta línea de investigación se remonta al proyecto FIS que iniciamos en 2008, y que supuso una primera inmersión en la producción científica sobre relaciones interprofesionales en los equipos de salud. La impronta de estas lecturas sobre la entrada al actual trabajo de campo, y sobre la revisión de la literatura objetivo de este proyecto, es evidente, y además entiendo que lo enriquece, haciendo que el proceso de revisión o, mejor dicho, de incorporación de nueva producción científica sobre el fenómeno, responda a un proceso muy dinámico.

Más allá de las estrategias de revisión, también se han activado recursos de localización de publicaciones, incorporados en la base de datos SCOPUS, y el gestor bibliográfico Mendeley. Esta opción de aviso, nos ha ido dando acceso a la producción de autores referentes, o vinculadas a palabras clave preestablecidas en los recursos, que he ido incorporando en el momento de su publicación. De igual modo, se han incorporado lecturas recomendadas por expertos, con el objetivo de enriquecer el conocimiento contextual sobre el fenómeno, el marco teórico y el diseño metodológico.

Si en este capítulo describiera únicamente la estrategia de revisión llevada a cabo para el proyecto de doctorado, perdería la oportunidad de enriquecerla del aprendizaje fruto del trabajo de revisión en los proyectos anteriores. Así que he decidido describir las estrategias utilizadas, en diferentes momentos, para localizar la investigación publicada sobre este fenómeno.

Empezaré por plantear las estrategias de revisión llevadas a cabo en el proyecto FIS, en el TFM y en último lugar, por ser la más actual, la estrategia llevada a cabo a lo largo de este proyecto de tesis, entendiéndolas como un ejercicio continuado en el tiempo.

En la revisión de literatura para el proyecto FIS, titulado “Cómo se construyen las relaciones interprofesionales en los equipos de salud. Impacto en la práctica clínica y el desarrollo profesional”, localizamos las publicaciones indexadas en; PubMed, Cochrane y CUIDEN, entre 2000-2007, en inglés o castellano. Dado que el interés en este momento, era profundizar sobre el tipo de relaciones profesionales entre médicos, enfermeras y auxiliares implicados en la investigación, se llevó a cabo la búsqueda combinando, en diferentes estrategias los siguientes descriptores con el booleano AND; “nurse-doctor relations or nurse-physician relations”, “Interdisciplinary Health Team”, “Health Care System” y “Health Care Quality”.

Estado de la cuestión. Complejidad del fenómeno

BASES Y LÍMITES	DESCRIPTORES COMBINADOS CON BOOLEANO AND
Bases de datos; PubMed, Cochrane y CUIDEN	"Nurse-doctor relations or nurse-physician relations"
Límite temporal; 2002-2007	"Interdisciplinary Health Team"
Idioma; inglés y castellano	"Health Care System"
	"Health Care Quality"

Para el proyecto TFM, titulado "Relaciones interprofesionales en los equipos. Cuestiones pendientes de resolver", se llevó a cabo una revisión de la producción científica publicada en inglés y castellano en la base de datos PubMed, entre 2004 y 2009.

Dado que los resultados de la revisión en el proyecto FIS, más cercanos al fenómeno de interés, permitieron revisar los descriptores utilizados en los artículos para la revisión del TFM se optó por utilizar el descriptor "Inteprofessional relations", en lugar de "Interdisciplinary Health Team", que refinó la localización de artículos, utilizando el booleano AND para cruzarlo con los siguientes descriptores; "Physician-nurse relations" y "Patient Care Team".

BASES Y LÍMITES	DESCRIPTORES MESH COMBINADOS CON BOOLEANO AND
Bases de datos; PubMed	"Physician-nurse relations"
Límite temporal; 2004-2009	"Interprofessional relations"
Idioma; inglés y castellano	"Patient care team"

Tras estos dos primeros trabajos de revisión, se hizo evidente la dificultad de concretar descriptores que me aseguraran la localización de la publicación científica sobre el tema, dada la variedad de sinónimos utilizados en la investigación para referirse a las relaciones entre profesionales de la salud y trabajo en equipo.

Al iniciar la revisión de literatura para el proyecto de tesis, decido plantear una revisión en las bases de datos SCOPUS, PubMed y Cochrane, que englobe la producción indexada entre 2010 y 2017. El foco de interés, en esta ocasión, se mueve de las relaciones interprofesionales, al trabajo en equipo o practica colaborativa, y se contextualiza en unidades de hospitalización, excluyendo otro tipo de unidades asistenciales.

Decido acotar el contexto clínico, porque la literatura revisada en los proyectos anteriores, muestra que el contexto asistencial puede condicionar el tipo de relaciones que establecen los profesionales, que están marcadas por las particularidades del entorno (Miró-Bonet et al., 2014).

Lo más complejo fue, definir el descriptor de la palabra clave “trabajo en equipo” y “práctica colaborativa” para interrogar a las bases de datos. Los descriptores utilizados fueron; Teamwork y Collaborative Practice. Llevamos a cabo varios intentos cruzándolo con el booleano AND, y el descriptor Hospital Unit, y seleccionamos en cada caso, la combinación que nos permitía acceder a los resultados más afines a nuestro interés.

Combinamos los descriptores secundarios utilizando el booleano NOT, para lograr excluir investigaciones en unidades de actividad asistencial muy específica, y que escapa del interés del proyecto; Hospital Pediatric, Psychiatry o Mental Health Services, Intensive Care Unit.

BASES Y LÍMITES	DESCRIPTORES COMBINADOS CON BOOLEANO AND Y NOT
Bases de datos; SCOPUS, PubMed y Cochrane	“Teamwork”, “Collaborative practice” Descriptor MeSH; “Patient care team”
Límite temporal; 2010-2017	AND: “Hospital units”
Idioma; inglés y castellano	NOT (descriptores MeSH): “Hospitals, pediatric”, “Mental Health services” y “Intensive Care Units”

Acorde a los descriptores utilizados, los criterios de inclusión de artículos fueron; que los artículos trataran cuestiones sobre el trabajo de un equipo de salud que atiende a la población adulta, en unidades de hospitalización, excluyendo el ámbito de la salud mental, área quirúrgica y servicios especiales.

Para organizar la selección de artículos, en primer lugar, confeccioné un listado con los resultados obtenidos de las estrategias, lo que permitió eliminar duplicados, y llevar a cabo una primera selección de artículos según el interés del título y contexto de la investigación.

En segundo lugar, se llevó a cabo una lectura de los resúmenes de los artículos que superaron la primera selección. Finalmente se localizaron los artículos completos según el interés del resumen, y tras la lectura de los textos completos se decidieron incorporar o desestimar de la revisión.

Todos los artículos incorporados en ese momento, a posteriori o recomendados por expertos, junto a los libros, manuales o fuentes que se han consultado, han sido incorporados al gestor bibliográfico Mendeley, que ha facilitado la relación final de bibliografía referenciada a lo largo del texto, y que queda recogida en el capítulo 8.

La producción científica publicada sobre el trabajo en equipo o práctica colaborativa, responde principalmente a investigaciones llevadas a cabo en el contexto internacional, ya que la investigación sobre este fenómeno a nivel estatal, resulta una línea todavía emergente. Esta producción todavía es de carácter muy descriptivo, desde abordajes tanto cualitativos como cuantitativos, y he localizado muy pocos trabajos de campo que promuevan cambios. No he localizado ningún proyecto de cambio de las dinámicas de trabajo en equipo entre profesionales, que proponga transformaciones partiendo de la micro-política de los equipos de salud.

Se trata de un fenómeno muy amplio, que abarca aspectos muy diferentes, como; aspectos asociados a la comunicación, a la estructura institucional, a la formación interprofesional, a los pases de visita... Y la producción indexada sobre el fenómeno, suele circunscribirse a aspectos o facetas concretas del trabajo en equipo, no se suele abordar su dimensión global, y en pocos casos a su potencial transformación como herramienta de mejora de la atención a la salud de la población.

2.2. TRABAJO EN EQUIPO, UN FENÓMENO COMPLEJO

Tras la lectura de los artículos incorporados de la revisión de literatura he decidido presentar este apartado, organizado en dos grandes bloques,

un primer apartado de conceptualización, y un segundo bloque de contextualización del trabajo en equipo en el medio hospitalario.

Con este trabajo de síntesis busco, en primer lugar, clarificar el concepto de trabajo en equipo o práctica colaborativa. Y en segundo lugar contextualizar la investigación sobre la práctica colaborativa en el ámbito hospitalario, sustentada en; la complejidad del fenómeno, la organización y política de salud como contexto que lo condiciona. A su vez, he tenido en cuenta los factores que las evidencias publicadas demuestran que actúan como facilitadores y/o barreras del trabajo en equipo, y que por tanto ayudarán a la reflexión y al análisis sobre cómo se trabaja en equipo en la unidad a lo largo del proyecto. Y en último lugar, también incorporo aquellas propuestas de acciones de mejora que aparecen en la literatura, y que resultaran muy útiles para la reflexión en la fase de diseño e implementación de estrategias en el presente proyecto de investigación.

Con este trabajo, he intentado ser lo más coherente posible con el enfoque y el diseño de la investigación, y construyo un capítulo de revisión de la literatura que no es un elemento únicamente contextual de la investigación actual sobre el fenómeno, sino que se incorpora como uno de los elementos necesarios en el desarrollo del trabajo de campo, y el posterior análisis de los resultados (Guirao, 2015).

2.2.1. Conceptualizando el trabajo en equipo

Como ya había apuntado, una de las principales dificultades que plantea la búsqueda de conocimiento en relación a este fenómeno, el trabajo en equipo, se encuentra inherente al propio término. Por un lado, se trata de un concepto al que uno puede referirse utilizando diferentes términos, como; práctica colaborativa, trabajo o colaboración interprofesional, trabajo o colaboración interdisciplinar, trabajo o colaboración multiprofesional, colaboración interprofesional, coordinación interprofesional, trabajo en equipo interprofesional, trabajo en equipo multidisciplinar...y una multitud de sinónimos, que seguramente olvido mencionar. Esta dificultad se ha corroborado a la hora de localizar la producción científica publicada sobre el fenómeno, y se ve incrementada cuando las palabras clave se traducen a descriptores anglosajones.

Más allá del uso de un término en concreto, parecería fácil a primera vista que todos entendiéramos lo mismo cuando hablamos de trabajar en equipo, sin embargo, el trabajo de campo tanto en el proyecto FIS como en el actual, nos muestra que no es así.

En los datos del proyecto FIS pudimos ver cómo los médicos definen equipo refiriéndose a sus compañeros médicos de otras especialidades, mientras que los enfermeros entienden que el equipo lo forman todos los profesionales que atienden al paciente, y en el caso de los auxiliares, entienden que solo lo conforman enfermeros y auxiliares.

Además, cuando preguntamos en las entrevistas, qué significaba trabajar en equipo, algunos profesionales hablaban de una toma de decisiones en cadena, otros hablaban de generar un trabajo en red, otros de un buen ambiente personal, clima laboral...es decir, la complejidad del fenómeno va más allá del acuerdo en el uso de un término, llega a su conceptualización.

En este proyecto he optado por utilizar el término “trabajo en equipo”, frente a otras opciones, tanto por su significado, como por su uso extenso en la práctica clínica, respecto a otros términos, como “colaboración interprofesional o interdisciplinar” o “práctica colaborativa”, que resultan menos familiares para los profesionales, aunque son incorporados como sinónimos en la narrativa del documento. La colaboración interprofesional se refiere, al trabajo junto a profesionales de otras disciplinas de la salud, que trabajan para solucionar problemas de salud o proveer servicios. Mientras que la colaboración multidisciplinar se define como aquella en la que participan profesionales de diferentes disciplinas académicas (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010).

Al referirme a “trabajo en equipo”, entiendo que es interprofesional, y asumo su conceptualización según la OMS: “Conjunto de procesos en los que profesionales de diferentes disciplinas intervienen en la toma de decisiones, reconociendo la responsabilidad compartida de los resultados y la prestación de atención integral al trabajar con pacientes, familias y comunidades” (Organización Mundial de la Salud, 2010).

A lo largo del documento utilizo el término colaboración, intencionalmente para referirme a una actitud activa y mantenida de asociación con otros profesionales, que trabajan juntos, habitualmente con formaciones dife-

rentes, para resolver problemas de salud, o proveer servicios (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010). Considero oportuno clarificar que no entiendo el término colaborar partiendo de una situación de desigualdad, en la que un profesional ayuda en el proceso, en el que otro profesional ha tomado la decisión sobre el plan terapéutico a seguir. Sino que es el proceso en el que diferentes profesionales trabajan juntos para mejorar la atención de salud, que es un objetivo compartido.

Pero además, una vez que se ha enmarcado el término como primer paso para comprender el fenómeno, la investigación sobre el trabajo en equipo sigue siendo compleja, porque se refiere a un fenómeno de marcado carácter social, que incorpora perspectivas individuales, de grupo y de organización (Reeves et al., 2013) que deben lograr un equilibrio que garantice la mejor atención a la salud de la población.

2.2.2. Trabajo en equipo en salud en el medio hospitalario

La contextualización del trabajo interprofesional en el ámbito hospitalario, se ha estructurarlo en cuatro apartados que permiten mostrar la complejidad del cuidado, la organización del servicio de salud, sus barreras y facilitadores, y, por último, algunas de las propuestas de mejora localizadas en la revisión de la literatura.

2.2.2.1. Complejidad del cuidado

La complejidad del cuidado es una realidad, que somete a los profesionales de la salud a una tensión constante, e inseguridad creciente. Los profesionales deben estar preparados para hacer frente a retos como el envejecimiento de la población, las nuevas enfermedades, el aumento de ratios y carga asistencial, en un contexto cada vez más complejo, en el que se da un aumento de los conflictos y de violencia (OMS, 2017).

La atención a la salud de las personas es compleja, y su abordaje requiere conocimiento, experiencia y competencias de diferentes profesionales, para poder dar una respuesta global y eficaz que resuelva los problemas o procesos de salud de los pacientes. Estos profesionales cuentan con una preparación muy diferente, cada uno de ellos está formado en su especialidad individual, cuenta con convicciones particulares, necesidades

de información y culturas diferentes (Ashoori, Burns, d'Entremont, & Momtahan, 2014).

El trabajo en equipo entre estos profesionales, que cuentan con conocimientos, perspectivas, y muchas veces, con una construcción identitaria individual dentro de fronteras disciplinares, se da además, en un contexto organizacional de alta complejidad (Miró-Bonet et al., 2014), lo que supone importantes dificultades para trabajar de forma colaborativa.

Sabiendo que una práctica colaborativa interprofesional efectiva reduce la duplicación de esfuerzos, el error clínico, los costes, la duración de la estancia del paciente, la tasa de reingresos, la seguridad y la calidad de la atención al paciente, el estrés, la satisfacción, el entusiasmo, el absentismo y la retención de los profesionales (Tomizawa et al., 2014), se deben desarrollar estrategias que favorezcan la colaboración real entre profesionales de la salud.

Con el objetivo de anticiparnos a los retos sanitarios del siglo XXI, y para que el sistema público de salud logre los objetivos sanitarios planteados a nivel nacional e internacional, se debe trabajar en consolidar una infraestructura humana fuerte, para que los profesionales puedan dar respuesta a los problemas de salud de los pacientes. Una red asistencial conformada por profesionales clínicos que desarrollan un buen trabajo de colaboración interprofesional permitirá articular las promesas políticas sobre una atención de calidad y segura a la población, a través de los recursos materiales y humanos de la realidad asistencial (OMS, 2017).

2.2.2.2. La organización del servicio de salud y la práctica colaborativa

El impacto de una buena coordinación entre profesionales sobre los resultados de salud de los pacientes se ha confirmado a partir de indicadores como la disminución en la frecuencia de errores de medicación, de caídas de pacientes con lesiones, de infecciones adquiridas en el centro, y de quejas presentadas por familiares (Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010; Reeves et al., 2013; Rosenstein & Naylor, 2012).

Dado que la calidad de la atención y de la seguridad del paciente son un foco prioritario en la atención de la salud (Havens, Vasey, Gittell, & Wei

Ting, 2010), y las evidencias publicadas demuestran que un buen trabajo colaborativo puede mejorar ambos aspectos, reduciendo el riesgo de confusiones, errores y retrasos en la atención a los pacientes (Reeves et al., 2013), el desarrollo y la consolidación del trabajo en equipo entre profesionales de la salud, debería ser una estrategia de las instituciones de salud.

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria, dada la existencia de un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de los productos, de los procedimientos, del sistema, o de la práctica clínica y profesional (Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010). Por tanto, su mejora requiere, por parte de todo el sistema, un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, el control de las infecciones, el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria (Havens, Vasey, Gittell, & Lin, 2010).

La investigación muestra cómo la coordinación y colaboración interprofesional del cuidado es clave para conseguir un atención de coste y calidad (Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010), que debe ser el objetivo de las organizaciones de salud, sin embargo, éstas favorecen poco la práctica colaborativa. Por ello, las instituciones modernas deberían ser capaces de replantearse arquitectónica y funcionalmente, como estructuras sociales que trabajan con el paciente, enfermera y médico, y a otros profesionales de la salud que trabajan en este contexto (Wolf, Ekman, & Dellenborg, 2012a).

Arquitectónicamente el entorno hospitalario actual, favorece que los profesionales mantengan una posición de asimetría de poder y de alejamiento que refuerza el papel pasivo de los pacientes, y fomenta que los objetivos de salud se establezcan según las agendas de los profesionales frente a las necesidades de las personas a las que atienden (Wolf et al., 2012a).

De hecho, en una de sus obras, Foucault ya comparaba la arquitectura de una unidad del hospital, con la de una prisión, afirmando que su construcción persigue el objetivo de poder observar al objeto (paciente), y afirmando que los hospitales están diseñados y contruidos para favorecer a los observadores (Wolf et al., 2012a).

Organizativamente, los hospitales son estructuras complejas en las que un número importante de profesionales trabaja de forma independiente, atendiendo y cuidando a los pacientes, desde su espacio de conocimiento.

Numerosas investigaciones muestran una asociación positiva entre los resultados de una buena colaboración de los profesionales, y los resultados de salud (Larson, 1999). Mejorar la calidad y seguridad de la atención al paciente es un objetivo global, directamente relacionado con la calidad de la práctica y el entorno profesional, que engloba la calidad de la comunicación y relaciones entre los profesionales de la salud (Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010).

Un intercambio de información pertinente y efectivo entre los profesionales que trabajan juntos atendiendo a un paciente resulta, por tanto, prioritario, pero las dificultades de comunicación que se dan en el medio hospitalario, no se circunscriben solo entre profesionales de una misma unidad o servicio clínico, sino que también se dan entre diferentes unidades de un mismo hospital (Kenward & Kenward, 2011). Los pacientes atraviesan estos límites virtuales entre equipos profesionales, por lo que resulta esencial que garanticemos una adecuada colaboración interprofesional a diferentes niveles: micro, meso y macro (Légaré et al., 2011).

Otro aspecto que debe ser una preocupación para las instituciones de salud, es la satisfacción de los profesionales con su trabajo asistencial, ya que cuando un profesional no se encuentra a gusto, esto puede suponer un motivo de abandono, y una disminución de la calidad de su trabajo con el paciente (Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010; Henkin et al., 2016). La evidencia muestra que la mejora de la coordinación y colaboración entre profesionales en la organización también aporta beneficios a los profesionales, aumentando el bienestar del personal, y consecuentemente, contribuyendo a mejorar la calidad de la asistencia prestada al paciente (OMS, 2006).

En la actualidad predomina la falta de interés y compromiso hacia un modelo de cultura colaborativa tanto por parte de las instituciones, como por parte de los profesionales que trabajan en ellas. Las instituciones no articulan los mecanismos, ofrecen los recursos (D'Amour et al., 2008), y por tanto tampoco exigen un verdadero trabajo colaborativo entre profesionales de la salud que garantice una atención segura y de calidad. Sin embargo, son numerosos los ejemplos que demuestran que cuanto mayor

es el grado de compromiso de los gestores, con la mejora de la seguridad y calidad de la atención, mayor es también el compromiso de los profesionales con las dinámicas de trabajo colaborativo (University of Michigan Health System, 2010).

En conclusión, debe promoverse el trabajo en equipo, reclamándose un cambio cultural dirigido a facilitar la efectividad de la práctica colaborativa interprofesional. Las estructuras jerárquicas predominantes en el sistema de salud público, todavía promueven la toma de decisiones individuales (Sutton et al., 2011) en detrimento del compromiso por la calidad en las prestaciones de salud por parte de un equipo de profesionales involucrados (Sutton et al., 2011). Las diferencias que actualmente existen entre los objetivos de los profesionales de la salud y las instituciones, refuerzan rutinas naturalizadas (Wolf et al., 2012a), y no permiten avanzar hacia una atención más completa, de calidad y segura para el paciente.

2.2.2.3. Elementos facilitadores o barreras del trabajo en equipo

En el apartado anterior, he examinado cómo las organizaciones de salud no están diseñadas para promover la práctica colaborativa interprofesional. En este apartado voy a mostrar diferentes barreras y facilitadores del trabajo en equipo que se articulan en las organizaciones.

Las investigaciones llevadas a cabo con los propios los profesionales acerca de las barreras en su entorno profesional y la puesta en marcha de actuaciones que permitan mejorar la gestión de los recursos, confirman la necesidad de fomentar ambientes que faciliten la comunicación del equipo, y proveer de los recursos que minimicen el coste de un trabajo inútil (Lavoie-Tremblay et al., 2014).

Las personas responden positivamente a muchos incentivos que no son de tipo económico, y que pueden agruparse bajo el epígrafe de buena gestión o liderazgo de equipos de trabajo. Estrategias que consisten en transmitir una visión clara de la actividad profesional, reconocer a las personas y valorar su trabajo, escuchar al personal y potenciar su participación en la toma de decisiones, alentar la innovación, crear una cultura de evaluación comparativa con competidores, proporcionar estructuras profesionales y oportunidades de promoción profesional, ofrecer información de retorno

sobre el correcto desempeño, y utilizar las recompensas y las sanciones de manera justa y coherente (Fulop & Mark, 2013), (OMS, 2010). Sin embargo, las pruebas de que las iniciativas emprendidas a nivel de toda la organización logran una mejora continua de los servicios son limitadas (Chung, Ma, Hong, & Griffiths, 2012).

El papel de los líderes de las unidades debe ser el de fortalecer la cultura de seguridad del paciente, implementando acciones indicadas para lograr este objetivo, pero sobre todo trabajando las competencias individuales y grupales, y revisando dinámicas de trabajo. El hecho de tomar consciencia de los peligros para el paciente que derivan de nuestras acciones diarias, ayudará a plantear estrategias de mejora más efectivas (Ausserhofer et al., 2012). Sin embargo actualmente, en el ámbito hospitalario su papel como verdaderos líderes de equipo, ocupa un segundo lugar, ya que las organizaciones promueven que prioricen un papel de gestores de recursos humanos y materiales en las unidades (Chreim, Langley, Comeau-Vallee, Huq, & Reay, 2013).

Trabajar en proyectos comunes y un liderazgo con un mensaje claro al grupo, son elementos que los profesionales reconocen como facilitadores (Hauck, Winsett, & Kuric, 2013). Y llegan a apuntar la importancia de desarrollar roles complementarios en lugar de trabajar desde las fronteras entre disciplinas en el trabajo en equipo (Kilpatrick et al., 2012; Weller, Barrow, & Gasquoine, 2011).

La falta de conocimiento sobre la cultura profesional de nuestros compañeros es una barrera importante para el trabajo en equipo, que además pone en riesgo la salud de los pacientes. Éstos atraviesan de forma continua las barreras virtuales que hemos establecido entre disciplinas y competencias profesionales (Kenward & Kenward, 2011), ya que el abordaje en salud, tal y como he comentado, requiere de perspectivas diferentes. Sin embargo, los médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería trabajan muchos más cómodos en un contexto parcelado, que delimita las funciones y responsabilidades que deben asumir.

Las diferencias a lo largo de la formación de estos profesionales, su socialización y experiencia profesional, no hacen más que reforzar estas barreras para la comunicación efectiva entre ellos, lo que en ocasiones, les mantiene "en mundos separados" (Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010), parece que viven en "mundos de pensamiento" diferentes (Miró-Bonet et al., 2014). Es

decir, las propias disciplinas, su estructura y normas, modelan la actuación de los profesionales, generando restricciones para la práctica colaborativa.

El término “boundary work”, traducido como “trabajo de frontera”, fue utilizado en 1983 por Fieryn, para definir las fronteras como aquellos puntos que diferencian a algo o alguien que se encuentra “dentro”, de aquello que se encuentra “fuera” (Kelley Kilpatrick et al., 2012). Me refiero a demarcación del perímetro, fronteras para la interacción, que se pueden convertir en escudos de protección respecto al entorno y al resto del equipo.

Pero, tal y como comento en el punto anterior, en la relación a la organización de las instituciones, más allá de la demarcación entre los grupos profesionales, también se establecen fronteras entre grupos de profesionales de diferentes unidades, independientemente de la disciplina. Es decir, en las instituciones sanitarias, las fronteras existen dentro y fuera de una disciplina o grupo profesional (Kelley Kilpatrick et al., 2012). La defensa de los territorios y monopolios profesionales ahoga las oportunidades de colaboración y constituye un importante obstáculo para el logro de la práctica colaborativa ya que conduce a guerras territoriales entre profesionales de la salud en relación con sus ámbitos de práctica (OMS, 2006).

Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud resulta esencial (Kenward & Kenward, 2011), y seguramente también requiera de un cambio en las prácticas aceptadas por los diferentes colectivos, para acercarse a los propios colegas, o colegas de otras profesiones, con el objetivo de lograr una colaboración real.

A nivel macro, las leyes gubernamentales, la financiación y la regulación de las profesiones en el ámbito de la salud, son elementos que también pueden suponer barreras para el trabajo en equipo (Weinberg, Cooney-Miner, Perloff, Babington, & Avgar, 2011). La ley reconoce con claridad, la autoridad que los médicos tienen sobre muchos aspectos de la salud del paciente, y su control de los objetivos clínicos (Kelley Kilpatrick et al., 2012), y también la que las enfermeras tienen sobre el cuidado, y sobre la responsabilidad derivada de la atención que las auxiliares de enfermería dan a los pacientes (Weinberg et al., 2011).

Legalmente están claramente establecidos los límites competenciales entre disciplinas, aunque éstos no reflejan la responsabilidad real de los profe-

sionales. En esta dirección cabe recordar que la literatura destaca la importancia que le dan los profesionales a ser respetados en un equipo, por su contribución única, como participantes, más allá de su disciplina profesional (Kelley Kilpatrick et al., 2012). Lo que refuerza la idea de lograr trabajar más allá de las fronteras establecidas.

A nivel de cultura en las instituciones de salud, en estos momentos, no fomentan un sistema que permita a los profesionales un proceso de toma de decisiones a partir del conocimiento y la responsabilidad real que cada uno de ellos asume sobre el proceso de salud del paciente.

Este marco normativo, encorsetado en un sistema de atención tan rígido, como el sanitario, funciona como motor de naturalización del trabajo individual y en cadena, a pesar de la evidencia sobre la posibilidad de obtener mejores resultados de salud de la población cuando se trabaja en sistemas más igualitarios (Chreim et al., 2013), y sobre el hecho de que un modo más democrático de solucionar los problemas y tomar decisiones, permitiría obtener mejores resultados de salud (Weinberg et al., 2011).

A nivel de procesos internos, un intercambio de información deficitario tiene efectos importantes sobre la salud de los pacientes, ya que la comunicación cubre muchos objetivos: cambios, confirmaciones, consulta, órdenes, explicaciones, expresar preocupaciones o ansiedad, expresar soporte, instrucciones o preguntas (Kenward & Kenward, 2011). Por ello, la necesidad de formar a los equipos en su capacidad de coordinación y comunicación ha sido identificada como un facilitador del trabajo en equipo, y la convierte en una medida de seguridad prioritaria (Ross et al., 2013; Siassakos et al., 2010).

A nivel individual, la formación en habilidades y competencias para el trabajo en equipo debe replantearse como una competencia que debe adquirirse a lo largo de la formación de grado de los profesionales de la salud. El aprendizaje interprofesional es aquel que debe suceder cuando dos o más profesiones aprenden con, desde y sobre el otro para mejorar la colaboración y aumentar la calidad de la atención de la salud (Kenward & Kenward, 2011).

Actualmente la práctica colaborativa no es considerada como una competencia profesional, sino que depende de la voluntad y predisposición personal de cada profesional. En general, se confunde con el buen clima laboral.

La formación de grado puede contribuir a una práctica etnocéntrica de los futuros profesionales de la salud, que impida entender las contribuciones del resto de disciplinas para resolver las necesidades del paciente. Para evitar esto, la formación debe proporcionar el aprendizaje de las competencias para la práctica colaborativa, la participación en equipo, la toma de decisiones colectiva para lograr metas y objetivos comunes, y un reconocimiento de los valores, roles y competencias de otros profesionales del equipo (Jansen, 2008).

A pesar de la retórica y las asunciones sobre la igualdad en los equipos de salud, y la toma de decisiones clínicas nos seguimos encontrando en un contexto organizacional mucho más jerárquico que colaborativo. Las organizaciones fomentan el individualismo frente a la colaboración, tanto por su distribución física, que determina la ubicación lejana de profesionales que atienden a un mismo paciente, como por las agendas dispares, que dificultan la creación de espacios de diálogo y reflexión (McCormack et al., 2002; O'leary, Boudreau, Creden, Slade, & Williams, 2012; Rycroft-Malone et al., 2015).

La literatura apunta que para el trabajo en equipo sea realmente efectivo sobre los resultados de salud de la población, debe responder a un funcionamiento democrático (Bleakley, 2013; Wright, Brito, Cook, Kleba, et al., 2013), y apunta a que los procesos que se dan a nivel micro en el trabajo situado en las fronteras disciplinares tienen importantes implicaciones para el logro de los objetivos de la práctica clínica, y para un trabajo en equipo efectivo, para facilitar la integración de nuevos roles profesionales en el sistema de salud (Kelley Kilpatrick et al., 2012).

La práctica interprofesional requiere un cambio en los valores, códigos de conducta y formas de trabajar orientada a la valoración y respeto mutuo de los roles profesionales, la confianza y el liderazgo compartido y participativo, y de las organizaciones cuya cultura debe estar centrada en el paciente (Tang, Chan, Zhou, & Liaw, 2013).

Las fronteras entre profesionales de la salud deben diluirse, para pasar a trabajar en un rol interdependiente. Los profesionales deben asumir roles en los procesos de salud de los pacientes, dando respuesta a nuevas necesidades de la práctica, cada vez más complejas, moviéndose de un rol profesional individual, a un rol enfocado a compartir fronteras

para mejorar la atención al paciente (Kelley Kilpatrick et al., 2012; M. Miró-Bonet et al., 2014). Las evidencias publicadas también muestran cómo aquellos profesionales que trabajan creyendo en una atención centrada al paciente, lo hacen de forma más colaborativa en equipo, promoviendo mayor interdependencia, interacciones de mayor calidad, y logran tener una mayor influencia en el cuidado de los pacientes a los que atienden (Weinberg et al., 2011).

Es decir, si las instituciones de salud quisieran cumplir con los objetivos de calidad y seguridad marcados como líneas estratégicas, deberían trabajar con sus profesionales en el diseño de una visión y misión común, que como muchos de los elementos mencionados se pueden abordar desde diseños de investigación participativos buscando generar cambios en las dinámicas y estructuras de trabajo.

2.2.2.4. Estrategias de mejora

Sin perder de vista que la complejidad del fenómeno debe prevenirnos del riesgo de pretender encontrar soluciones simples o alejadas del contexto de intervención, resulta necesario identificar los factores estructurales, profesionales y organizacionales que pueden influir en las actividades en equipo para intervenir del modo más exitoso posible en los cambios contextuales, en las políticas de salud y recursos de financiación, que promuevan la práctica interprofesional (Deneckere et al., 2012).

Tras comentar algunos de estos factores en el punto anterior, se debe asumir que la fragmentación en el cuidado, la restricción de tiempos y los objetivos dirigidos a las organizaciones, hacen que la transformación del enfoque de la atención a la salud tradicional, a un cuidado interprofesional resulte un proceso lento y complejo (Wolf et al., 2012a).

Muy pocos estudios etnográficos han investigado las relaciones interprofesionales en la práctica diaria de los profesionales de la salud. Además, encontramos un gran vacío sobre cómo las rutinas y valores del entorno del cuidado influyen en los resultados de salud de los pacientes y el trabajo de los profesionales (Miro-Bonet, 2010), pareciendo en ocasiones, que la coordinación efectiva entre profesionales depende de la relación personal que subyace entre ellos (Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010).

Algunas de las estrategias de mejora de las relaciones humanas en los equipos, sugieren activar intervenciones más allá de las personas individuales, mejorando la coordinación de los profesionales a través del impulso de la Teoría de la relación y coordinación (Gittell, Godfrey, & Thistlethwaite, 2013). La aplicación de esta teoría persigue una mejora en la comunicación, garantizando su frecuencia adecuada, que es oportuna, precisa y que soluciona problemas. Apoyada en una relación interprofesional adecuada, que comparta objetivos comunes, conocimiento y respeto mutuo. Los autores asumen que habilitará a los profesionales para llevar a cabo una coordinación de trabajo que resulte efectiva, con una implicación positiva en la calidad, eficiencia y satisfacción profesional (Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010).

Otras propuestas de mejora de las relaciones interprofesionales referenciadas en la literatura pasan por el manejo de habilidades interpersonales, como la diplomacia y la cortesía, como herramientas para facilitar el trabajo con otros y su reconocimiento como miembros del equipo (Kelley Kilpatrick et al., 2012).

La investigación en esta línea de propuestas de mejora también propone acciones como evaluar y gratificar las transformaciones que los equipos lleven a cabo, resolver de forma activa conflictos interprofesionales cuando surjan, invertir en buenos líderes de primera línea, desarrollar guías de práctica interprofesional, ampliar la participación en los pases de información interdisciplinar, y desarrollar herramientas de trabajo informáticas compartidas (Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010).

Por otro lado, también aparecen propuestas de instituciones referentes a este campo como la del Institute of Medicine (IOM) centrada en el aumento de la confianza, la comunicación abierta y respetuosa, y las buenas relaciones con los compañeros para mejorar la calidad del trabajo en equipo, o la iniciativa promovida por la Joint Commission (TJC) con el fin de romper con el comportamiento disruptivo que se da entre profesionales de la salud. Ambas organizaciones trabajan en la elaboración conjunta, con la World Health Organisation (WHO) de recomendaciones para una adecuada comunicación durante el intercambio de información de pacientes (Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010).

En los trabajos revisados también se encuentran propuestas de diferentes herramientas que los gestores podrían utilizar para implementar mejoras

en la comunicación en los equipos en las instituciones sanitarias (Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010). De entre ellas se ha considerado de especial interés las siguientes:

- La Agency for Healthcare Research and Quality, propone un programa de trabajo en equipo basado en la evidencia, para mejorar el trabajo en equipo y las habilidades comunicativas. Se trata de un programa que involucra a la institución, en el que se forma a profesionales de la propia institución que actúan como asesores o “coaches” de los otros compañeros, para generar transformaciones (<http://teams-tepps.ahrq.gov/abouttoolsmateirals.htm>).
- La Joint Comission (TJC) y el Institute Health Improvement (IHI) avalan la propuesta del Situational Briefing Model - Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR) (Sutton et al., 2011). La técnica SBAR (situación-antecedentes-evaluación y recomendaciones) proporciona un marco para la comunicación entre los miembros del equipo sobre la condición del paciente. Se trata de un mecanismo fácil de recordar, y útil para enmarcar cualquier conversación, que requiera atención y acción inmediata del médico. Permite establecer expectativas sobre lo que se comunicará y cómo se hará entre los miembros del equipo, lo que resulta esencial para fomentar la cultura de seguridad del paciente (Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010).
- La Appreciative Inquiry (AI), o indagación apreciativa define un modelo que involucra a todos los componentes en un proceso de cambio autodeterminado. Supone una nueva forma de trabajar en el campo del desarrollo organizacional, supone un precursor del surgimiento de estudios de organización positivos y del movimiento basado en fortalezas en la gestión estadounidense. David Cooperrider y Suresh Srivastva publicaron un artículo en 1987, en el que planteaban la reflexión sobre el uso de la “resolución de problemas” como un obstáculo para cualquier tipo de mejora social, abogando por nuevos métodos de investigación que ayudaran a generar nuevas ideas y modelos sobre cómo organizarse (Reason & Bradbury, 2001).

También se proponen estrategias de mejora a partir de acciones muy concretas, como el pase de visita conjunto, a modo de medida de mejora del

trabajo en equipo en algunas unidades médicas (Henkin et al., 2016), apostando por la obligatoriedad institucional de instaurarla. Sin embargo, los resultados finales muestran la baja adherencia de estas intervenciones impuestas, sobre todo, cuando se habla de “incluir a las enfermeras al pase de visita matinal con el equipo médico, a pie de cama”, por lo que podríamos pensar que no responden a las necesidades de todos los profesionales, sobre todo si tenemos en cuenta que cuando se habla de incluir a un profesional en una acción, se parte con frecuencia de un principio de exclusión y, por tanto, de una situación de desigual de participación en ese encuentro.

Los resultados de otras investigaciones, a priori muestran que la implementación de las reuniones interprofesionales mejoran la colaboración interprofesional, aunque no muestran resultados sobre estancias y costes de los pacientes (O’leary et al., 2012). Además, se identifican una importante variabilidad del tipo de reuniones clínicas interprofesionales establecidas en diferentes unidades, en relación a los temas tratados, e incluso a los profesionales que participan (O’leary et al., 2012). Tal vez se debería reflexionar sobre la importancia de implementar un formato estable de reunión de equipo interprofesional, que pueda ser extrapolable a otros contextos.

A pesar de esta gran variedad de propuestas de mejora de la práctica clínica, los resultados de estas investigaciones muestran las dificultades que aparecen durante la implementación y para lograr la sostenibilidad de las intervenciones o procesos de cambio. Esto refuerza la idea de que si la institución impone una intervención a un equipo, dejándolos al margen de su diseño, sin analizar si ésta responde a sus verdaderas necesidades, existen grandes probabilidades de que la intervención no se aplique correctamente y no se mantenga en el tiempo (Medves et al., 2010).

Teniendo en cuenta todo lo comentado, consideré que el diseño de IAP era el más adecuado para iniciar transformaciones que no quedaran limitadas a lo meramente formal y que se mantuvieran y avanzaran en el tiempo, para lo cual resultaba necesario involucrar a todos los profesionales clínicos de la unidad en un proceso de autoconocimiento y autoevaluación que permitiera incorporar e implementar sus propias propuestas de cambio.

CAPÍTULO 3
PLURALISMO
TEÓRICO





PLURALISMO TEÓRICO

A lo largo del proceso de doctorado he ido madurando progresivamente mi posicionamiento como investigadora acerca de los diferentes elementos que intervienen en mi visión de la realidad y más concretamente en relación al fenómeno de estudio.

Por un lado, he tenido en cuenta a aquellos autores de nuestro medio que en el ámbito de las metodologías cualitativas en salud abogan por promover la pluralidad, diversidad y variedad en la naturaleza del conocimiento y en la forma de obtenerlo (Abad, Calderon, Castillo, Pujalte, & Ruzafra, 2014). Situándonos en esta misma línea, las lentes teóricas diseñadas para responder a los objetivos y audiencias de este proyecto, conllevan cierto grado de pluralismo en la mirada sobre el mundo, incorporando elementos trabajados por diferentes autores y enfoques en correspondencia con la complejidad del fenómeno objeto de estudio.

Por otro lado, he considerado que no debía olvidar el objetivo en relación a la transferencia de los resultados de este proyecto, es decir, la importancia de poder devolverlos al menos a tres audiencias diferenciadas como son los profesionales clínicos, los gestores, y la academia, los cuales cuentan con tradiciones competenciales y disciplinarias diferentes y requieren, por tanto, formas particulares de interlocución para que dicha transferencia sea efectiva (Schultz, Pineda, Lonhart, Davies, & McDonald, 2013).

La voluntad de generar y analizar los resultados desde una perspectiva teórica que me permitiera dar respuesta a diferentes expectativas e intereses, ha supuesto un importante reto. En este sentido he intentado configurar un marco teórico que fuera coherente con mi posicionamiento de

partida y a su vez lo suficientemente abierto y cercano al contexto como para aportar a los diferentes agentes involucrados elementos de reflexión y de cambio efectivo sobre las dinámicas de trabajo en equipo que se llevan a cabo en el sistema público de salud, y los factores contextuales y organizacionales que lo condicionan.

Por otro lado, busco una discusión de resultados con un mayor nivel teórico-interpretativo, que responda al interés de la academia y también al interés de la gestión estratégica y que permita explicar cuáles son los problemas que derivan de la presencia de esos factores en el contexto y la organización. Problemas que generan situaciones injustas para los pacientes, que se beneficiarían de la participación de profesionales preparados y con criterio en el proceso de construcción de la atención de la salud. Los profesionales también sufren, en la medida que se limitan sus posibilidades de aportar y participar de forma colaborativa y democrática en la toma de decisiones sobre la mejora del funcionamiento del sistema y de la atención a los pacientes. Estas limitaciones para el trabajo interprofesional suponen una injusticia para los propios profesionales y provocan una injusticia con los derechos de la población a recibir una asistencia equitativa, segura y de calidad al contar con las certezas sobre el logro de mejores resultados de salud si los profesionales trabajan en equipo.

En consecuencia, el capítulo se ha estructurado en cuatro grandes apartados. En el primero, denominado “construyendo la orientación teórica”, explico cuáles son las premisas que orientan el diseño del marco teórico para el análisis de los resultados. En el segundo apartado, denominado “las cosas se pueden hacer de otra manera” reviso el marco de la investigación crítica en la que sitúo esta investigación. En el tercero reviso el marco interpretativo de la “Teoría de la Justicia” y los diferentes autores que incorporo en el análisis teórico-explicativo de los datos. Y finalmente recojo la propuesta de Reeves como referente para la descripción crítica del trabajo en equipo y de las modificaciones y logros conseguidos en el proceso de investigación.

3.1. CONSTRUYENDO LA ORIENTACIÓN TEÓRICA

La mirada teórica de este proyecto responde a una serie de posicionamientos o enfoques generales de partida;

- **Posicionamiento crítico.** Aunque a lo largo del proyecto valore positivamente los cambios de dinámicas de trabajo en equipo para mejorar el estado de salud de la población, problematizo de nuevo esas propuestas, con el objetivo de poder cuestionarlas y evaluarlas (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010). Mantener una actitud crítica desde el proyecto ayudará a los profesionales a mostrarse críticos y en posible desacuerdo con las tradiciones impuestas por la rutina y el contexto (Abad, Delgado, & Cabrero, 2010), y también con las nuevas propuestas que vayan surgiendo, con el objetivo de evitar perpetuar desigualdades existentes (Montané, 2015).
- **Enfoque plural.** Al tratarse de un fenómeno de carácter complejo ligado al ámbito de la salud, incluye diferentes dimensiones y miradas disciplinares, por lo que se ha optado por trabajar con aportaciones de distintos autores y perspectivas en lugar de limitarnos a una única mirada dominante en el análisis del fenómeno (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010). Dicho enfoque plural responderá y considero que favorecerá, por tanto, a la labor de indagación y transformación participativa del trabajo en equipo en la unidad de hospitalización médica objeto de intervención.
- **Visión pragmática.** Como investigadora involucrada en un proyecto de cambio en un contexto real, el pragmatismo ha caracterizado el desarrollo de la investigación, y además he buscado una explicación real del proceso de cambio y su impacto, positivo, negativo o neutro (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010).
- **Trabajo reflexivo.** En el desarrollo del proyecto se ha llevado a cabo un importante trabajo de reflexión sobre mi experiencia profesional con el trabajo en equipo, y cómo este bagaje ha conformado mi pregunta de investigación. Además, este proyecto responde a un proceso más continuo de investigación auto reflexiva, que nos ha permitido

reconocer la complejidad de las relaciones entre causas y resultados, y sorprendernos ante resultados inesperados. Este proceso de reflexión me permite sostener cierto nivel de incertidumbre que hace evolucionar los métodos utilizados para poder responder a lo que va sucediendo en las diferentes etapas del proceso (Loewenson, Laurell, Hogstedt, D'Ambruoso, & Shroff, 2014).

- **Esperanza de cambio.** Siendo consciente del abordaje de un fenómeno complejo arraigado a estructuras sociales y organizacionales que han sido naturalizadas, y por tanto, serán difíciles de transformar, me mantengo optimista respecto a las posibilidades de conseguirlo (Reid & Et, 2007), ya que creo que la sociedad en la que vivimos requiere que unamos nuestro conocimiento y energía de cambio para dejar un legado mejor a las futuras generaciones.

“...existe la esperanza, los sueños existen,
no han muerto las utopías...”

(Freire, 2005)

3.2. LAS COSAS SE PUEDEN HACER DE OTRA MANERA

No se puede hacer nada para cambiar lo que ya ha pasado, pero podemos hacer mucho para cambiar lo que viene. Cambiar el modo de hacer las cosas requiere situar esta investigación bajo una perspectiva crítica.

Resulta difícil explicar con detalle el marco de la investigación crítica, como indican Kincheloe y McLaren (Sandoval Casilimas, 1996). Esta dificultad viene dada porque existen muchas teorías críticas, no solo una. La propia teoría crítica es cambiante, ya que evoluciona, y además, intenta no tener una alta especificidad, dando cabida a desacuerdos entre investigadores, que permitan a su vez, seguir evolucionándola (Kincheloe & Steinberg, 2012).

La investigación crítica persigue aliviar las desigualdades que generan situaciones injustas de un grupo respecto a la sociedad o colectivo. Por ello los investigadores críticos debemos entender nuestros trabajos como un primer paso de acción política, que pueda llegar a resolver o compensar

las injusticias encontradas en el campo, e incluso las que son construidas durante el propio proceso de la investigación (Denzin, Lincoln, & Denzin, Norman K. Lincoln, 2005).

Los trabajos de investigación dentro del paradigma crítico centran su mirada en las fuerzas estructurales y valores que median la producción del conocimiento; visibilizan ideologías y falsas creencias, situaciones de opresión, en definitiva, que intentan luchar por conseguir vencer situaciones de desigualdad social.

Los investigadores críticos planteamos las siguientes premisas en nuestros trabajos;

- Todo pensamiento está mediado por relaciones de poder social e históricamente constituidas.
- Los hechos no pueden ser aislados de los valores y/o de la carga ideológica que les acompaña.
- La relación entre objeto y concepto, o *significante* y *significado* es cambiante, y está mediada por las relaciones sociales del propio sistema capitalista.
- El lenguaje es el elemento central para la formación de la subjetividad, y por tanto de la consciencia del individuo.
- La opresión que sufren algunos grupos se reproduce con más fuerza cuando el grupo subordinado asume esa situación como natural, necesaria o inevitable.
- La opresión puede tener muchas miradas (género, clase social, raza...), por lo que cuando se elige solo una, se corre el riesgo de perder interconexiones entre ellas. Las investigaciones suelen girar en torno a la reproducción de sistemas de clase, de género o estructuras de opresión (Kincheloe & Steinberg, 2012).

Desde la teoría crítica se debe trabajar involucrado en el contexto, con una agenda social explícita, y una posición personal que ayude a la interpretación de los resultados. En este proyecto, la doctoranda ocupa el papel de

investigadora orgánica, situada en el contexto de la investigación, viviendo su propio proceso de transformación, que también se recoge como un resultado de la investigación.

Trabajar desde la teoría crítico-social aporta un mapa o guía de la dimensión social. No debe determinar cómo vemos el mundo, pero nos debe ayudar a plantear nuevas cuestiones y estrategias para movernos mejor en realidades complejas, con el objetivo de conocerlas, interpretarlas y transformarlas (Denzin et al., 2005), pero intentando no reducirlas o encorsetarlas a los posibles requisitos de dichos mapas.

La teoría crítica tiene como objetivo investigar el conocimiento y condiciones sociales de los individuos y grupos, para proponer nuevas estructuras sociales que garanticen mayor equidad (Gamboa Araya, 2011). Lograr esta reformulación es un proceso complejo que requiere partir de la realidad y contexto en el que se encuentra el individuo o grupo que vive una situación de desigualdad (Estrada, Valencia, & Betancuth, 2015). La confrontación con las estructuras opresivas con el objetivo de transformarlas, es la que nos debe llevar a la producción de nuevo conocimiento.

El paradigma crítico en salud nos permite enmarcar la investigación sobre la transformación de dinámicas de trabajo en equipo, replanteando la construcción social de los servicios de salud hacia un modelo integrado y multidisciplinar, que ofrezca una atención más completa y holística al paciente, de confianza y segura (Long et al., 2013). Además, proporciona una racionalidad ampliada que abarca las dimensiones técnicas, sociales y morales, proporcionando un marco en el que desarrollar las diferentes aportaciones de conocimiento necesarias para abordar correctamente este fenómeno de estudio (Reason & Bradbury, 2001).

En este proyecto entendemos que los equipos de profesionales de la salud componen una estructura social enmarcada dentro de una organización sanitaria. Los equipos se conforman de interacciones entre profesionales, y entre profesionales y pacientes, de la misma unidad, y también con otras unidades de la misma organización. Este proyecto se centra en la transformación de dinámicas de trabajo entre profesionales del equipo de una misma unidad. Entre estos profesionales tienen lugar procesos de comunicación, colaboración y otro tipo de actividades interprofesionales enmarcadas en una estructura previa de una organización sanitaria (Princeton,

2015), enmarcada a su vez en el sistema público de salud de la comunidad autónoma de las Illes Balears. El sistema de salud debe implicar a profesionales competentes, con habilidades y competencias, capaces de manejar el conocimiento teórico y científico, que les permita garantizar una atención de la salud coordinada, eficaz, eficiente y segura (Princeton, 2015). Además, deber ser capaz de cambiar las normas sociales y estructurales que determinan su funcionamiento, o al menos, ser conscientes de cómo éstas lo modulan. Debe ser capaz de transitar de un modelo de funcionamiento fragmentado a otro integrado e interprofesional.

A continuación, presento las principales influencias a partir de las que hemos diseñado la orientación teórica del estudio. Por un lado, el marco teórico de la Justicia Social, a partir del trabajo de Nancy Fraser, al que incorporo elementos de la ética contemporánea de Seyla Benhabib, y el marco conceptual sobre Promoción de la práctica colaborativa en salud del equipo de Scott Reeves.

Además del marco teórico y conceptual, la perspectiva teórica de este proyecto incorpora al análisis y discusión de los resultados, elementos de la revisión de literatura sobre trabajo en equipo, y de la propia metodología de investigación, la Investigación Acción Participativa, descrita en el siguiente capítulo. Entendemos que esta triangulación entre los elementos de la revisión de la literatura, del diseño metodológico y del marco teórico, es necesaria para llevar a cabo un análisis riguroso de contenido y proceso.

3.3. TEORIA DE LA JUSTICIA SOCIAL

La justicia social ha sido un fenómeno de interés para la sociología, la filosofía, economía, política y educación social. Se refiere a las condiciones de igualdad de oportunidades y derechos humanos, más allá del concepto de justicia legal (Montané, 2015). El término surge tras la primera Revolución industrial, a mitad del siglo XVIII, asociada al compromiso y la necesidad de los Estados de compensar desigualdades que emergieron de los nuevos modelos productivos y mecanismos sociales.

Decido utilizar una mirada al fenómeno desde la justicia social fundamentada en la visión del trabajo en equipo como un movimiento social que contesta y desafía al statu quo que se da en el entorno hospitalario.

La situación actual dibuja un falso equilibrio organizado en torno a una estratificación social, y a una lógica cultural médico céntrica, que dificulta la participación del resto de profesionales del equipo (Máiz, 2009). Se mantiene una estructura que sostiene situaciones de desigualdad, que luego tienen un impacto en la seguridad y calidad de la atención de los pacientes, con quienes tenemos un compromiso ético.

Dada la perspectiva crítica en la que situamos esta investigación, por su mirada amplia, pero a su vez contextualizada, la incorporación de la reflexión sobre la justicia social nos ayudará a profundizar en el desarrollo teórico del fenómeno y en la elaboración de propuestas de acción acordes a una organización de atención de salud más justa (Peñaranda, 2015).

Otra dimensión inherente al contexto en el que se desarrolla la investigación, y que queda incorporada bajo la mirada desde la justicia social, es el compromiso ético de los profesionales con los pacientes, a pesar de no responder al objetivo directo de este estudio. Es decir, si no logramos transformar las organizaciones de salud, seguirán existiendo elementos que no favorecen, e incluso llegan a impedir que los profesionales tomen decisiones de salud conjuntas, lo que no permitirá dar una adecuada respuesta al compromiso ético con la salud de los pacientes a los que atendemos.

Aunque debo matizar que este proyecto se ha centrado en el trabajo entre profesionales de salud de un equipo, sin contar con la participación de pacientes, entiendo que la necesaria transformación en las organizaciones de salud, sus dinámicas y equipos, responde a una cuestión de justicia social para con los pacientes a los que atendemos.

El concepto de justicia social es un concepto basado en la equidad, y necesario para que las personas puedan desarrollar su máximo potencial, conformando sociedades más justas. Pero no se trata de un concepto sencillo, ya que se construye a través del discurso teórico, y forma parte del imaginario del grupo, y del individuo (Montané, 2015; Villasante, Montañes, & Martí, 2000), tal y como describe Hannah Arendt:

“Desde el momento de nuestro nacimiento estamos inmersos en una red de narrativas, de la que somos a la vez autores y objetos”.

Hannah Arendt (Campos, 2015)

En este proyecto he repensado e incorporado la esencia del concepto justicia social, moviéndolo desde su sentido tradicional, fomentado por los estados, a otras estructuras, las organizaciones y sus dinámicas, particularmente en el medio sanitario. Organizaciones que potencian mecanismos de poder diferentes a los establecidos territorialmente, pero que también someten a los individuos, o en este caso a profesionales y pacientes, a situaciones de desigualdad (Hernández-Ponce, 2010).

En este proceso de retomar y repensar el concepto de justicia social, se han planteado las siguientes premisas que permiten explicar/justificar el uso de esta teoría como mirada teórica de análisis del proceso:

- A nivel de sistema, la justicia social constituye un principio de la vida en común de un grupo, que por tanto está muy vinculada a la parte legislativa o normativa de la organización. Por ello la teoría de la justicia social deber ser una teoría crítica de los sistemas de legitimidad.
- A nivel de relaciones, responde a un compromiso ético y moral, individual y colectivo, de respeto y reconocimiento. Por ello la teoría de la justicia social debe representar a la dignidad humana, bajo el principio de igualdad de trato.
- A nivel individual, como principio social, es necesario que no responda solo a una teoría válida, sino que también sea una realidad vivida. Por ello busco potenciar nuevas reflexiones trasladando a un nuevo contexto, el sanitario, el concepto de justicia social.

3.3.1. La teoría de la justicia social de Nancy Fraser en el análisis del trabajo interprofesional en salud

Nancy Fraser es profesora de ciencias políticas y sociales en la New School for Social Research, de la New School University de Nueva York, un centro de investigación destacado por el carácter progresista de sus proyectos. Una escritora y teórica crítica, feminista, que lidera un grupo de intelectuales de tradición crítica, que trabajan en la re-definición del concepto de justicia social.

Sus obras la definen como una autora con una posición teórica particular, ya que no se centra en cuestiones de fundamentación, que suele ser el cen-

tro de la preocupación de los filósofos intelectuales, sino que pone el énfasis en la situación concreta, histórica y contextual. Tal y como la describe María José Guerra, se trata de una “concepción modesta y operativa”, que la hace muy influyente para los movimientos sociales, para los actores transformadores de la sociedad, y así como para la opinión pública en general (Carbonero, Valdivielso, 2011). Desarrolla una teoría fuerte pero flexible, que facilita la conciliación de la teoría crítica con los problemas empíricos, objeto final de este proyecto. Esto supone una fortaleza en su aplicación a un proyecto como éste, en el que perseguimos lograr cambios en la práctica clínica de un contexto particular.

Decido utilizar el trabajo desarrollado por Fraser para el análisis interpretativo de los datos, porque es una autora que sitúa su obra desde una concepción amplia de la teoría crítica, y me permite aplicar la teoría de la justicia social al fenómeno social del trabajo interprofesional.

Fraser supera el conflicto de la balanza, como imagen tradicional de la balanza de la justicia, en la que los problemas de justicia se plantean desde una perspectiva dual, y que lleva implícita la idea convencional de imparcialidad (Fraser, 2008a). Fraser parte de la idea que las injusticias sociales actuales sobrepasan este diseño simple de dualismo, entre justo o injusto, y asume que es muy complejo sopesar con la misma balanza reivindicaciones sustancialmente heterogéneas. Plantea que lo importante, actualmente, no son las simples reivindicaciones en conflicto, sino las ontologías en conflicto (Fraser, 2008a), lo que la hace idónea para analizar el trabajo en equipo, desde cómo es, su origen, su conformación y modulación por el propio contexto.

La autora afirma, que a pesar de las características de la sociedad moderna; hibridación (no existen límites culturales claros), diferenciación institucional (diversas instituciones regulan múltiples campos), pluralismo ético (orden social plural) y controversia continua (las narraciones y discursos siempre son cuestionados), ésta sigue siendo regulada por patrones de valor que impiden la paridad. Valores como son la religión, y la legislación que regula una sociedad, que se ha ido transformado, mientras que esta normativa reguladora no ha cambiado desde su aprobación (Fraser, 2000; Iglesias, 2012).

En las organizaciones sanitarias actualmente sucede algo parecido, ya que a pesar de la evidencia de mejores resultados en salud trabajando en

equipo, o aplicando los procedimientos respaldados por evidencia científica, todavía prevalecen las dinámicas y normas que entienden que han funcionado porque siempre se han hecho así, y que no han sido capaces de cambiar y adaptar a nuevos momentos y contextos. Una problemática que puede permanecer silenciada durante mucho tiempo, porque se le ha otorgado carta de “naturaleza” a este marco hegemónico que, de momento, se da por hecho (Fraser, 2008a).

En muchos casos los profesionales no son conscientes de que existen normas naturalizadas por ellos mismos, la institución y los pacientes, que modulan y determinan cómo trabajan e interaccionan entre ellos. Algunos ejemplos son: la existencia de una jerarquía de estatus naturalizada por los profesionales, que institucionaliza valores culturales que niegan sistemáticamente la participación de algunos. La estructura y funcionamiento de la institución sanitaria respondería a lo que Fraser define como “sociedad regida por el parentesco”, caracterizada por una jerarquía de estatus fija, que es indiscutida y es omniabarcadora (Fraser, 2010).

Considero que la incorporación a esta investigación, de los conceptos que trabaja la autora, le da coherencia a la mirada analítica del trabajo, porque ella entiende que la justicia requiere de acuerdos sociales que permitan a todos, asumir una determinada posición en la “arena” o escenario, que les permita participar como pares en la vida social. Y afirma que superar la injusticia, significa dismantelar los obstáculos institucionalizados que impiden a algunos participar a la par con otros, como socios con pleno derecho de la interacción social (Fraser, 2008a). Lo que se asemeja mucho al objetivo de transformación que perseguimos en el proyecto, es decir, lograr que los profesionales tomen decisiones desde el acuerdo, para lo que será necesario reflexionar sobre las estructuras que hacen que trabajemos de forma individual en la atención a los pacientes.

Trasladando el trabajo de la Teoría de la justicia social de Nancy Fraser, al contexto del trabajo en equipo en salud, hablo de conflictos y de estrategias, a modo de soluciones.

Entiendo que en el contexto sanitario están presentes factores, dinámicas y formas de ser y estar que generan conflictos generados por las injusticias a las que se encuentran sometidos algunos sujetos, que tienen dificultades para visibilizar su “posición en la arena”, es decir, su papel, voz

y aportación en el escenario o contexto de trabajo en equipo y atención al paciente.

He decido denominar conflicto a los problemas asociados a injusticias de ontologías diferentes, que se plantean como entidades separadas, pero en el fondo están muy imbricados: conflictos asociados a injusticias de redistribución, reconocimiento y representación.

3.3.1.1. Conflictos

El primer tipo de conflicto se plantea en base a injusticias distributivas, que la autora denomina “mala distribución”, y hacen referencia a la dimensión económica. Se trata de conflictos que surgen por una distribución económica y de recursos inadecuada, y que históricamente han sido el centro de la reivindicación de la justicia social, y se vinculan a reivindicaciones de redistribución igualitaria (Fraser, 2008b). Hacen referencia a la estructura de clase de la sociedad, o en nuestro caso de la organización y del grupo.

El segundo tipo de conflicto se plantea a partir de injusticias de reconocimiento. En este caso la autora habla de reconocimiento fallido, y también hace mención a la desigualdad de estatus. Esta situación de desigualdad corresponde a la dimensión cultural, y responde a una lucha por la aceptación de la diferencia, para garantizar que el coste de un respeto no está vinculado a la asimilación de normas culturales dominantes (Fraser & Honneth, 2006). Las personas pueden verse impedidas de interactuar en condiciones de paridad debido a la existencia de marcadas jerarquías institucionales, que otorgan un valor cultural a los profesionales, que les niega una posición de igualdad en la participación de toma de decisiones sobre el paciente o el propio funcionamiento institucional (Fraser, 2008a).

La lucha por la justicia social centrada en cuestiones de reconocimiento o redistribución, por separado, ha sido característica de otro momento, pero actualmente deja de tener sentido reivindicar soluciones a un único tipo de conflictos. La influencia de la globalización en la que vivimos, la desaparición del comunismo, el mercado libre y la política de identidad, han hecho que las luchas por el reconocimiento sean tan importantes como la de conseguir una redistribución igualitaria (Fraser, 2010).

Es aquí donde aparece el planteamiento novedoso de la Teoría de la Justicia de Nancy Fraser, asumiendo que en la sociedad actual es necesario vindicar la redistribución y el reconocimiento, de forma imbricada, por separado ninguno de los dos es suficiente (Máiz, 2009). Aquí nace la concepción inicialmente bidimensional de la Justicia, integrando las reivindicaciones de igualdad social, en término de igualdad de oportunidades, a las reivindicaciones del reconocimiento de la diferencia.

La autora sostiene que ambos conceptos se encuentra ligados, por encima de lo opuestos que parecen inicialmente, o a pesar de lo que ella denomina, la existencia de una falsa antítesis (Palacio, 2009).

Sin pretender analizar en profundidad el argumentario sobre la falsa antítesis, popularmente ambos conceptos se han vinculado a movimientos sociales, que parecen perseguir objetivos divergentes. Las reivindicaciones redistributivas, vinculadas a una política de clase, proponen soluciones que tiendan a la igualdad social. Mientras que las reivindicaciones de reconocimiento, vinculadas a la política de identidad, proponen soluciones de reconocimiento de la diferencia (Collins, 2007; Iglesias, 2012).

Sin embargo, Fraser defiende la premisa que los grupos o individuos padecen tanto una mala distribución, como un reconocimiento fallido. Y que por tanto, no resulta suficiente con activar políticas de redistribución o reconocimiento por separado, sino que ambas son necesarias para abordar conflictos que fomentan desigualdades, que requerirán tanto cambios en las estructuras y recursos, como en el orden de estatus existente en el grupo (Fraser, 2000, 2014).

En un proceso de maduración de su obra, Fraser decide incorporar a la definición de justicia social, hasta ahora bidimensional, fundamentada en redistribución y reconocimiento, una tercera dimensión, que contempla la perspectiva política, a la que denomina “representación”.

Este tercer tipo de conflictos, o tercera dimensión, inicialmente la autora la entiende como incorporada a las otras dos, sin embargo, en un ejercicio arriesgado de complejizar su propuesta bidimensional, la autora visibiliza esta tercera dimensión (Fraser, 2008b).

Los conceptos de redistribución y reconocimiento permiten definir el “qué” conflictos generan situaciones de injusticia, y el “cómo” deben abor-

darse estos conflictos (Fraser, 2008a). Mientras que al hablar de lo político le confiere un sentido más específico y constitutivo, que remite a la naturaleza de la jurisdicción del Estado. Las injusticias de redistribución y reconocimiento requieren cierto arbitraje por parte del Estado, que, en el caso del proyecto, pasa a ser entendida como la organización. Mientras que las injusticias de representación tienen que ver con la naturaleza de las reglas de funcionamiento de la institución, que estructuran dicha confrontación. Es decir, la dimensión política visibiliza el escenario en el que se desarrollan las dificultades y se articulan las soluciones, para lograr un entorno que garantice un verdadero trabajo en equipo.

Planteando la teoría de la justicia social como una propuesta tridimensional, Fraser consigue visibilizar una entidad propia de los tres ámbitos sociales; economía, cultura y política. Aunque deja muy claro que la relación entre los tres conceptos no es de separación ni de subordinación, sino que en los casos reales las tres dimensiones pueden estar, o no, presentes (Fraser, 2008a).

Fraser afirma que la denuncia de un conflicto o injusticia, de origen redistributivo, de reconocimiento o de representación, persigue el objetivo de activar, lo que ella denomina “remedios de justicia”, y que paso a denominar soluciones, entendiéndolas como aquellas estrategias que responden a acciones que permiten al grupo lograr un modelo de estatus.

El modelo de estatus es aquel que pretende des-institucionalizar los patrones de valor cultural que impiden la paridad de participación, reemplazándolos por patrones que la favorezcan (Carbonero, Valdivielso, 2011; Fraser, 2008a). Lo plantea como un modelo de interacción o funcionamiento social que ofrece las siguientes ventajas:

- Permite ligar las reivindicaciones de reconocimiento con la pluralidad que caracteriza la sociedad en la que vivimos, en la que no prevalece una única concepción de “estilo de vida universal”. Fraser propone un modelo de estatus en el que se dé paridad participativa. Entiendo ésta como la idea por la que todos los individuos deberíamos contar con la misma oportunidad de interacción en condiciones de pluralismo de valores (Fraser & Honneth, 2006).

En el marco del proyecto, estaríamos hablando de un grupo plural de profesionales, que cuenta con diferentes identidades y conocimientos, en el que no debería existir un conocimiento valorado como único, para lograr una pluralidad respetuosa y complementaria de conocimientos y opiniones.

- El reconocimiento fallido o desigualdad de estatus, es decir, el conflicto basado en injusticia de reconocimiento, según Fraser está vinculado a las relaciones sociales, no a la psicología del propio individuo. Es decir, las barreras o impedimentos son externos a las personas, lo que los hace potencialmente cambiantes (Máiz, 2009).

En el contexto del trabajo con el equipo de la unidad, esto nos permite reflexionar sobre muchas de las dificultades para el trabajo en equipo, que se encuentran ancladas en el propio sistema de salud, el sistema formativo, y las reglas de funcionamiento disciplinar e institucionales, en la mayoría de los casos, externas a los profesionales.

En la definición de Modelo de Estatus, la autora asume que todas las personas deben poder acceder a la “estima social” bajo las mismas condiciones de igualdad de oportunidades (Iglesias, 2012). Es decir, deberíamos contar con un equipo de profesionales que entienda la importancia de las aportaciones de todos sus miembros, desde diferentes perspectivas y conocimientos.

Además, la autora, maneja el concepto de modelo de estatus con la intención de provocar nuevas reflexiones sobre la política de identidad. Desde la política del reconocimiento se entiende que lo que debe ser reconocido es la identidad del sujeto, como una forma específica de ser: enfermera, mujer... mientras que la autora desarrolla el concepto de modelo de estatus, para evitar esta lógica conformista del modelo identitario.

Este modelo de estatus debe garantizar la paridad participativa, que la autora define como un ideal interpretativo de la justicia social que como tal no existe. Es un elemento que debe servir como herramienta de diagnóstico, no de legitimación.

El trabajo para lograr un modelo de estatus debe partir de la denuncia de aquello que impide dicha paridad participativa, que será diferente para cada individuo/grupo y contexto. Asume que esta denuncia debe llevarse

a cabo a través del proceso discursivo, por medio del debate democrático y público, entre los miembros del grupo (Iglesias, 2012).

Es aquí donde incorporo el concepto de democracia deliberativa propuesto en el trabajo de Seyla Benhabib, ya que considero que ayuda a matizar el concepto de paridad participativa que plantea Fraser.

La obra de Benhabib, introduce una de las líneas interpretativas y novedosas de la teoría crítica contemporánea. Ella define la participación como una actividad que se puede llevar a cabo en la esfera cultural y social de los individuos, en este caso, de los profesionales. La autora reflexiona en su trabajo, sobre las barreras entre lo público y lo privado, afirmando que si el discurso que se produce en el comedor de una casa, es fruto de un debate comprometido, tendrá el poder suficiente para traspasar a la esfera pública (Máiz, 2009). Ella propone la democracia deliberativa, como la herramienta para cambiar el modelo democrático vigente en la esfera pública que, en este proyecto entiendo como el nivel organizacional.

Ésta se logra cuando, lo que es considerado de interés común, es fruto de un debate o deliberación colectiva entre individuos libres e iguales, de forma que sólo los acuerdos tomados entre ellos pasan a ser consideradas válidos (Máiz, 2009). Y tendrá como resultado el reconocimiento de la pluralidad de las diferentes voces que se entrecruzan en la esfera pública (Campos, 2015), o en el marco del proyecto, las voces de los diferentes profesionales de la salud.

El concepto planteado por Benhabib, lleva implícito el uso del diálogo público, libre y sin constricciones, entre las personas iguales, involucradas en el interés conjunto (Campos, 2015), lo que permite articular el concepto de paridad participativa como el objetivo a lograr, a través del diálogo democrático entre los miembros del equipo.

También decidí repensar la idea que plantea Benhabib en relación a la “necesidad de reconstrucción de colectividades para lograr transformar” (Campos, 2015). La autora entiende que debemos movernos hacia una nueva noción de sociedad, en la que la ciudadanía esté ligada por valores de igualdad, de reconocimiento de la libertad, de lo semejante y de lo diferente (Campos, 2015). Este proceso requiere negociar permanentemente

perspectivas y lealtades con los otros, y también con uno mismo (Fraser, 2008b), lo que ella denomina “necesidad de una mentalidad ampliada” (Campos, 2015).

Considero que trabajar el concepto de reconstrucción de colectividades de Benhabid se encuentra en la sintonía con la propuesta de modelo de estatus de Fraser. Ambos conceptos buscan una reflexión sobre la política de identidad que evite la reificación autoritaria de la identidad, buscando la reconstitución de nuevas identidades a partir de la resignificación democrática del legado cultural en el que participan todos los sujetos, y que permite trazar nuevos límites identitarios (Campos, 2015).

Por otro lado, incorporar al desarrollo del proyecto el concepto de mantener una mentalidad ampliada como herramienta necesaria para lograr transformaciones en el equipo, en el que, los profesionales deben reconocer a los otros, como sujetos de pleno derecho en el escenario y la interacción, aporta elementos muy interesantes a la discusión de los resultados.

A continuación, analizo con más detalle los elementos de conflicto, que sustentan la teoría de la justicia planteada por Nancy Fraser, y que ella denomina problemas de injusticia. Se presenta cada elemento por separado, a nivel conceptual, aunque tal y como indica la autora, en la realidad social, las tres dimensiones están imbricadas, y por tanto aparecen problemas mixtos, que requieren abordajes o intervenciones mixtas.

Reconocimiento o dimensión cultural

Este concepto tiene su origen en la filosofía hegeliana, y proviene de la fenomenología de la conciencia. Define la relación entre sujetos que se ven diferentes entre sí, pero a su vez se reconocen como iguales (Fraser, 2008b).

Los conflictos de reconocimiento vendrían dados por las relaciones entre individuos, no por las relaciones de producción. Se asimila a la política de identidad, y el mal reconocimiento tendría lugar cuando se dan situaciones de respeto, estima y/o prestigio de menor valor, que disfruta un individuo o grupo, respecto a la sociedad (Fraser & Honneth, 2006).

Fraser describe que estas situaciones de falta de reconocimiento o reconocimiento fallido, pueden darse en dos contextos diferentes: se puede tratar de variaciones culturales ya existentes en un grupo, que a través de una

interpretación errónea, que ella denomina injusta, dan lugar a una jerarquía de valores que promueve esta variación cultural.

O puede tratarse de diferencias entre grupos que no existían a priori, y que se crean tras la aparición de la jerarquía (Fraser & Honneth, 2006), generando un conflicto de reconocimiento.

En todo caso, sea cuál sea el origen, se trataría de conflictos o injusticias enraizadas en los patrones sociales de representación e injusticia cultural.

La solución de estos conflictos requiere intervenciones, por tanto, que fomenten el reconocimiento de la diferencia, que permitan la revalorización al alza de identidades individuales y valoración de la pluralidad (disciplinar y de conocimiento) (Carbonero Gamundí et al., 2011).

Redistribución o dimensión económica

El concepto, que tiene su origen en la filosofía de tradición liberal, tuvo un auge importante para la lucha social en la época fordista, y se refiere a una distribución más justa de los recursos y las riquezas (Fraser, 2010).

Se asimila a la política de clase, y se centra en injusticias socioeconómicas, habitualmente enraizadas a la estructura económica de la sociedad o el grupo, que sostienen situaciones de desigualdad; marginación, explotación y privación (Carbonero, Valdivielso, 2011).

Estos conflictos, por tanto, requerirían intervenciones que fomenten la igualdad social; redistribución de renta, transformación de estructura económica, reorganización de la división del trabajo y de los espacios, y una toma de decisiones democrática (Fraser, 2014).

Representación o dimensión política

Fraser utiliza el término representación para referirse a la condición que define lo político, y por tanto, el conflicto o injusticia política es lo que denomina representación fallida (Fraser, 2008a).

Se trata de un concepto ambiguo, que le permite a la autora utilizarlo para referirse tanto a un plano simbólico de la representación, como al propio sistema democrático. De esta forma se diferencian dos niveles de representación política. Por un lado se refiere a la voz política u orden político establecido, que denomina "política ordinaria" (Carbonero, Valdivielso, 2011). Sería el que

establece las condiciones, normas y/o reglas que regulan la forma de expresar las demandas y resolver diferencias, de los miembros de una comunidad.

La representación fallida, en el contexto sanitario, sucedería cuando los límites políticos y/o reglas de decisión funcionan negando a ciertos profesionales la posibilidad de participar en deliberación democrática con los otros (Fraser, 2008a).

Por otro lado, propone el uso de un meta-nivel político, que seguramente resulta menos evidente, y que concierne a la función política de delimitar marcos o fronteras (Fraser, 2008a). Se produce una representación fallida de carácter más global, que la autora describe como “des-enmarque”, cuando un profesional queda excluido de la participación en el propio conflicto (Palacio, 2009). Se daría una situación parecida a la pérdida de lo que Hannah Arendt llamó “el derecho de tener derechos”, una especie de muerte de la voz política de la persona, en nuestro caso, del profesional de la salud que quedara excluido del escenario (Dowling, 2007).

Para evaluar las injusticias que puedan surgir a nivel de des-enmarque, Fraser propone la aplicación del principio de “todos-los-sometidos”. A pesar de que en el proyecto no busco dar respuesta a este nivel metapolítico de discusión, incorporar este concepto, me ayuda a justificar quienes son los co-sujetos de la aplicación de esta teoría de la justicia. La autora lo define como el principio en el que se asume, como justicia, el hecho de garantizar la misma consideración para toda persona sometida a una estructura de gobernanza, que regula una determinada interacción social, sean miembros o estén sometidos a la estructura en cuestión (Fraser, 2010).

3.3.1.2. Soluciones a los conflictos o remedios de la justicia

Una vez descritos los diferentes tipos de conflictos, de reconocimiento, redistribución o representación, que pueden vivir los individuos de un grupo, denominados injusticias, Fraser plantea diferentes tipos de estrategias, que denomina “remedios de justicia”, para resolverlos con el objetivo garantizar la paridad participativa.

La incorporación del trabajo de Benhabib a esta perspectiva teórica de justicia social, me permite hablar de la deliberación democrática como herramienta esencial para superar estos conflictos.

Fraser profundiza en dos tipos de estrategias de resolución de los conflictos, y define las estrategias afirmativas, como aquellas dirigidas a los resultados, centradas en el estado final a lograr. Se trata de acciones que promuevan una concepción universalista del reconocimiento, que tienden a fomentar la diferenciación de grupo.

Por otro lado, define las estrategias transformativas, tal y como indica el término, como aquellas que se refieren a acciones que, dirigidas a corregir resultados, reestructurando el marco orgánico. Son estrategias que tienden a desestabilizar estructuras, para dar lugar a nuevas reagrupaciones, y que, por tanto, tienden a difuminar las diferencias de grupo (Carbonero Gamundí et al., 2011).

De forma característica al resto de elementos de la Teoría de Fraser, la autora no establece límites entre ambos tipos de estrategias, y plantea el hecho de implementar estrategias de tipo afirmativo, que se sostengan en el tiempo, y acaben teniendo efectos transformadores en algunos contextos.

Define así un tercer tipo de intervención híbrida entre ambas. Se trataría de una estrategia afirmativa, que resulta políticamente factible, y con el potencial de la estrategia transformadora, que es políticamente inviable, que denomina Reforma no Reformista. Bajo este concepto engloba aquellas intervenciones que responden a las necesidades de las personas, en el marco del reconocimiento y distribución marcados por el contexto, y que a su vez marcan una trayectoria de cambio que con el tiempo modifican las condiciones del propio contexto, para que reformas más radicales puedan ser puestas en marcha. Es decir, estaríamos hablando de un cierto efecto acumulativo, que combinando el carácter práctico de las intervenciones afirmativas, y radical de las transformaciones, permitiría con el tiempo, abordar la injusticia desde la raíz (Fraser & Honneth, 2006).



Elementos de la Teoría de la Justicia Social incorporados a la mirada teórica del proyecto

He considerado necesaria la construcción de las lentes teóricas a partir de los elementos de la Teoría de la Justicia Social, a partir del trabajo desarrollado principalmente por Nancy Fraser y Seyla Benhabib, porque me permiten llevar a cabo un análisis interpretativo de los resultados obtenidos, a partir del diagnóstico de aquellos conflictos generados por injusticias de diferente ontología, que conducirán al planteamiento de estrategias que permitan reconstruir un nuevo modelo de estatus en los equipos de salud. Además, me permiten plantear una discusión que dé respuesta a las necesidades más estratégicas e interpretativas de las audiencias de este proyecto de investigación.

Para completar el análisis de los resultados he incorporado a la perspectiva teórica del proyecto, el trabajo desarrollado por el equipo de Scott Reeves sobre práctica colaborativa en salud. Este marco conceptual me ha facilitado llevar a cabo un análisis del tipo de dinámicas y factores presentes en el contexto, necesario para ser rigurosa en el análisis interpretativo posterior.

En este capítulo he presentado la mirada teórica, pasando de la perspectiva en la que se enmarca el proyecto; teoría crítica, al marco teórico incorporado para el análisis interpretativo; la Teoría de la Justicia Social, al marco conceptual; la práctica colaborativa en salud.

A continuación expongo los elementos del trabajo de Reeves, incorporados, según lo que Merton denomina como teoría de medio rango, que es útil para incorporar conocimiento empíricamente validado, en un contexto específico (Lorenzano & Abreu Junior, 2007).

3.4. PRÁCTICA COLABORATIVA INTERPROFESIONAL

Se han publicado diferentes trabajos que permiten conceptualizar y entender mejor la colaboración entre profesionales de la salud, en las que los autores identifican las diferentes dimensiones que conforman las relaciones entre los profesionales de la salud, como en el trabajo de Van Houdt y colaboradores (Van Houdt, Sermeus, Vanhaecht, & De Lepeleire, 2014), que hace una propuesta sofisticada en la identifica cuáles son los mecanismos organizacionales, de coordinación y objetivos relacionados tanto con las características de los pacientes como con factores externos a esto. D'Amour y su equipo (D'Amour et al., 2008) hablan del proceso de colaboración interprofesional a partir de elementos que corresponden a una dimensión organizacional y otra dimensión relacional

El trabajo del equipo de Mulvale propone un modelo de mejora de la colaboración interprofesional en el ámbito de la comunitaria, (Mulvale, Embrett, & Razavi, 2016) y lleva a cabo una propuesta interesante organizando los factores que interfieren en la colaboración interprofesional, desde el nivel individual y colectivo.

A pesar de estas aportaciones, para el análisis de los resultados sobre trabajo en equipo en este proyecto me he basado en el trabajo desarrollado por Scott Reeves y su equipo porque supone una nueva aportación a la investigación sobre el ámbito del trabajo en equipo interprofesional, que contempla implicaciones para gestores, políticos, profesionales clínicos, docentes e investigadores.

Decido incorporar su trabajo a la mirada teórica del proyecto, por diferentes motivos. Uno de ellos, es que desarrollan un trabajo fundamentado en un ideal, y plantean el reto de acercar el ideal a la realidad de los equipos (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010), lo que se encuentra en sintonía con la esperanza crítica, que describo en mi posicionamiento inicial.

Por otro lado, en su trabajo exploran una amplia gama de conceptos y teorías de otros autores, para poder construir un marco que permita comprender mejor el trabajo interprofesional en salud, evaluar la evidencia de resultados de los efectos de las intervenciones que promuevan la colaboración, y discutir diferentes enfoques para su evaluación. La incorporación de diferentes elementos teóricos a la construcción de su mirada persigue cierto nivel de pluralismo que he considerado necesario para garantizar dar respuesta a la complejidad del fenómeno.

3.4.1. Factores que influyen en el trabajo en equipo interprofesional en salud

En el trabajo de Scott Reeves desarrollan un marco conceptual planteando 4 dominios o grupos de factores, que se encuentran inter-conectados, y que influyen en diferentes dimensiones del trabajo en equipo; factores relacionales, procesuales, organizacionales y contextuales.

Llegan a un nivel de concreción muy alto, y dentro de cada uno de estos cuatro dominios, describen con detalle los factores que lo construyen (Kitto et al., 2015; Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010, 2011; Sidani et al., 2014). Este nivel de concreción, es otro de los motivos que justifican la incorporación de este trabajo, a la mirada teórica del proyecto.

A continuación, describo con mayor detalle, cuáles son los diferentes grupos de factores que influyen en el trabajo en equipo interprofesional.

3.4.1.1. Factores relacionales

Describen aquellos factores que afectan directamente a las relaciones entre profesionales del equipo;

- **Poder profesional:** el poder es un fenómeno complejo. Se asocia a la posición hegemónica de una disciplina sobre otra. Reeves afirma que es importante tomar consciencia del efecto que tiene el poder profesional, sobre la capacidad de tomar de decisiones, sobre los comportamientos y las acciones de los profesionales.
- **Jerarquía:** contempla dos formas de establecer jerarquías en un equipo de profesionales de la salud. En primer lugar, la jerarquía asociada

a la disciplina con una posición dominante, y en segundo lugar aquella derivada de la experiencia y/o antigüedad de los profesionales de un mismo equipo.

- **Socialización:** estudios sociológicos demuestran que la socialización suele ir muy ligada a la identidad de disciplina profesional como un ejercicio de lealtad con la propia profesión.
- **Composición del equipo:** la evidencia demuestra que los equipos conformados por más de diez miembros presentan mayores dificultades de trabajo juntos. Los principales problemas estarán vinculados a las agendas y la coordinación de los profesionales, y a que, en muchos casos, emergen nuevos sub-grupos que suelen resultar excluyentes.
- **Roles del equipo:** la formación y perseverancia en clarificar los roles profesionales en un equipo se describe como un elemento esencial para el funcionamiento eficaz. Reeves y su equipo identifican el papel clave del líder del equipo, como aquel que es capaz de influir en la motivación, toma de decisiones y empoderamiento de innovación del resto del equipo. Definen dos tipos de liderazgo, el transaccional y el transformacional. El primero adopta un papel autoritario y toma decisiones de forma unidireccional, mientras que el segundo es quien adopta un estilo democrático y flexible de trabajo, promoviendo soluciones creativas para los problemas del equipo.
- **Procesos del equipo:** se describen los procesos de un equipo como multidimensionales, incluyendo los siguientes elementos;
 - Comunicación verbal y no verbal como herramienta esencial para garantizar una atención efectiva al paciente.
 - Manejo de emociones entre los profesionales del equipo, que cuando más satisfactorio sea, resulta un elemento facilitador de la rutina diaria.
 - Confianza y respeto que suelen construirse con el paso del tiempo y la estabilidad del equipo, en relación a las habilidades y conocimientos que demuestra cada uno de ellos.
 - Humor. El uso del humor entre los miembros de un equipo puede cubrir funciones diferentes, desde bajar el nivel de tensión, recordar normas de trabajo...

- **Conflicto.** La resolución o abordaje de un conflicto puede generar efectos positivos, ya que obliga a los profesionales a buscar el acuerdo y/o consenso.
- **Estabilidad del equipo.** Los equipos de salud compuestos por miembros estables consiguen un entendimiento mutuo necesario para mejorar la eficacia del trabajo en equipo. La rotación excesiva disminuye el tiempo en el que los profesionales están en contacto, y por tanto dificulta la compenetración.
- **Disposición individual,** la voluntad de trabajar de forma colaborativa no es asumida naturalmente, sino que depende de lo que un profesional está dispuesto a colaborar, o no. Esta disposición individual determina la posibilidad de un trabajo en equipo eficaz.
- **Actividades de equipo.** Los equipos que pasan tiempo juntos, reflexionando sobre actividad diaria, se transforman en equipos reflexivos. Esto hace que acaben respondiendo de forma colectiva en la actividad cotidiana.

3.4.1.2. Factores procesuales

Describen aquellos factores que afectan a cómo se desarrolla el trabajo del equipo;

- **Tiempo y lugar.** El hecho de no contar con un espacio físico cercano entre profesionales que atienden a un mismo paciente, y de no contar con un espacio de tiempo pensado para discutir cuestiones de su proceso de salud, genera pocas oportunidades para el contacto cara a cara de los profesionales, que, además, cuando se ven, se preocupan principalmente de corroborar información clínica. Se ven abocados a utilizar espacios del tiempo informal o social para profundizar en sus conocimientos “de los otros” más allá de su rol profesional.
- **Rutinas y rituales.** Las rutinas y rituales de los profesionales promueven e institucionalizan acciones establecidas culturalmente en la actividad asistencial. Cubren diferentes funciones; psicológicas y sociales, protectoras, de identificación de valores y normas, y como

herramientas para la negociación de poder. Las rutinas son aquellas tareas que habitualmente no son complejas, resultan estables y predecibles, y que ayudan a crear el “mapa de ruta” para evitar la variabilidad clínica en la práctica. Los rituales se definen como aquellos eventos o acciones que inicialmente persiguen un objetivo que no logran, pero se siguen llevando a cabo por lo que simbolizan o representan, más allá de su funcionalidad real.

- **Tecnologías de la información.** El uso de las TIC (Tecnologías de la Información) puede ayudar en la comunicación entre profesionales de un equipo, e incluso pueden ayudar a superar los problemas que los profesionales se encuentran para poder llevar a cabo una interacción en tiempo real y espacio compartido. Sin embargo, el uso correcto de las TIC, requiere trabajar cambios en cuanto a las habilidades tecnológicas e individuales, y no debe sustituir el contacto cara a cara entre profesionales de un equipo.
- **Imprevisibilidad del trabajo asistencial,** que provoca cambios continuos en las dinámicas de trabajo en equipo. El trabajo en equipo en los diferentes entornos clínicos requiere que los profesionales adapten a las necesidades del contexto: sus agendas, su organización, y la aportación particular de cada uno según cada situación clínica.
- **Urgencia que al igual que la imprevisibilidad,** la urgencia vital requiere de un trabajo en equipo consolidado. Ante situaciones vitales los profesionales suelen trabajar de forma muy cohesionada con los compañeros con el objetivo de llevar a cabo la mejor atención. Aunque si las situaciones de urgencia vital son muy frecuentes, este tipo de interacción corta e intensa entre los profesionales puede acabar generando ciertas tensiones.
- **Complejidad.** La atención de la salud resulta cada vez más compleja, y provoca que se dé mayor especialización profesional. El trabajo con un alto nivel de imprevisibilidad y urgencia se vincula con niveles altos de presión asistencial, que incrementa la complejidad del trabajo colaborativo.
- **Delegación de tareas** que se da cuando un profesional “entrega” una tarea “propia”, a otro profesional. La delegación de tareas puede

ayudar a disminuir cargas de trabajo y flexibiliza la atención al paciente, sin embargo, se requiere un trabajo previo de acuerdo entre profesionales, tanto a nivel legislativo, como de roles y responsabilidades. Además, la delegación de tareas puede reforzar la existencia de una jerarquía dentro un grupo, ya que puede aparecer una percepción de menor status por parte del profesional que “asume” cierto tipo de tareas.

3.4.1.3. Factores organizacionales

Describen aquellos factores locales, del entorno organizacional que afectan al trabajo del grupo;

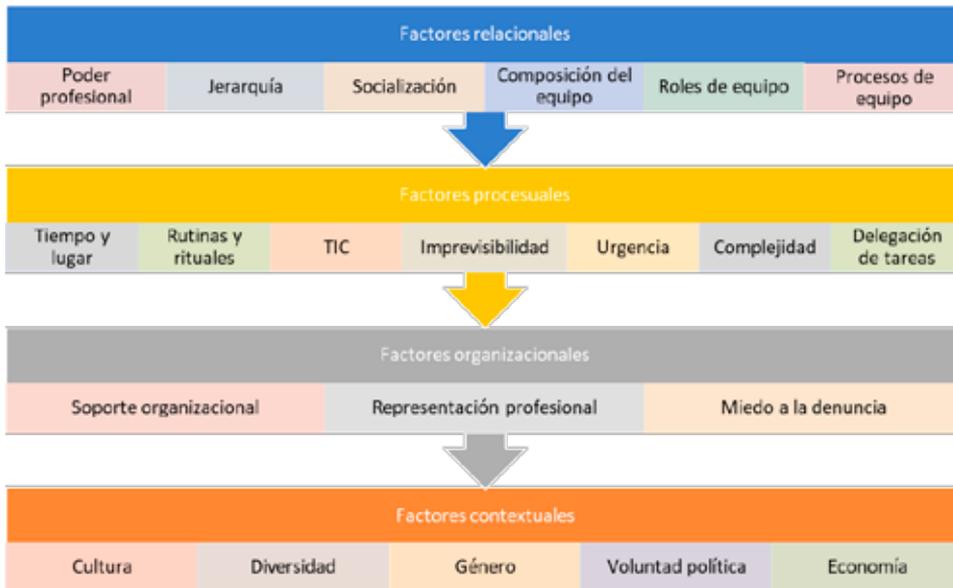
- **Soporte organizacional.** Resulta un elemento clave para el funcionamiento del trabajo en equipo. Debe asegurar que el equipo cuenta con los recursos necesarios (tiempo, dinero...) para trabajar juntos y tomar decisiones que puedan responder de forma autónoma a las necesidades de los pacientes. La organización debe garantizar los recursos a los equipos, pero a su vez, debe darles autonomía de decisión en las acciones.
- **Representación profesional.** Describe dos tipos de representación profesional clave para el desarrollo del trabajo en equipo, que son las asociaciones y los sindicatos. Las primeras contemplarían las funciones de los colegios profesionales, que representan a las diferentes profesiones de la salud, a través de los documentos políticos, y de la promoción de la colaboración interprofesional en la atención de salud. Mientras que los sindicatos son un agente de negociación, y proporcionan protección a los trabajadores en los puestos de trabajo.
- **Miedo a la denuncia** a la demanda a nivel individual ha aumentado en la última década. Este miedo, en ocasiones está asociado a mayor discreción entre los propios profesionales, que puede minar el intento de trabajar de forma más colaborativa.

3.4.1.4. Factores contextuales

Describen los factores relacionados con una perspectiva social, política y económica del contexto más amplio en el que se sitúa el equipo;

- **Cultura.** Es un término difuso, que puede referirse a la conducta, creencias, valores y costumbres, de una sociedad, organización y/o equipo. Cuando se refiere a la cultura de un equipo, la define como el significado y percepción de cada uno de sus miembros sobre el propio equipo y sus interacciones profesionales. La cultura profesional de un grupo resulta un factor clave para el desarrollo del trabajo en equipo.
- **Diversidad.** Como un reflejo de la sociedad actual, los equipos profesionales se conforman por personas de diferentes culturas, tendencia política, nivel social y económico. La diversidad conlleva múltiples beneficios, contribuyendo a una mejor experiencia y expertía, que aprovechar en la práctica clínica. Pero a su vez, trabajando juntos desde una variedad de perspectivas, aumenta la complejidad de llegar a acuerdos y consensos.
- **Género.** Las desigualdades de género resultan un elemento clave en la naturaleza de las relaciones entre profesionales. Históricamente la profesión médica era desarrollada principalmente por hombres, que asumían el rol de cabeza de familia, mientras que la profesión enfermera era desarrollada principalmente por mujeres, que asumían un rol más subordinado, de apoyo. Sin embargo, la medicina se está feminizando cada vez más, por lo que el tipo de relaciones naturalmente establecidas hasta la actualidad, seguramente irán cambiando.
- **Voluntad política** que aboga por la práctica colaborativa en salud, juega un papel fundamental para promover el trabajo en equipo, y puede tener un origen internacional, nacional, regional o de asociaciones locales. El factor clave, es que la implementación de estas políticas debe ir acompañada de la financiación necesaria para el desarrollo e implementación de iniciativas de trabajo colaborativo.
- **Economía.** A pesar de los argumentos sobre que el trabajo en equipo puede ayudar a lograr ganancias económicas en la atención de la salud de los pacientes, se cuenta con poca evidencia sobre el coste-beneficio del trabajo en equipo.

Pluralismo teórico



Resumen de los elementos descritos en el trabajo sobre Práctica Colaborativa en salud, de Scott Reeves y colaboradores (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010)

La concreción de los elementos desarrollados en el trabajo de Reeves permiten llevar a cabo un análisis acurado de aquellos factores presentes en el contexto que conforman los diferentes tipos de conflictos. La perspectiva de la Teoría de la justicia social a través del trabajo de Fraser ayudará a identificar la diferente ontología de los conflictos que, deberán gestionarse a partir de diferentes estrategias que el equipo decida activar, con el objetivo de facilitar las transformaciones. En último lugar, algunos de los elementos propuestos por Seyla Benhabid que he incorporado al proyecto resultan muy útiles como herramientas explicativas de los cambios acontecidos.



CAPÍTULO 4
METODOLOGÍA
DE LA INVESTIGACIÓN





METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Este proyecto se enmarca en el paradigma crítico-social, con el objetivo de llevar a cabo un proceso de toma de decisiones que provoquen cambios (Reason & Bradbury, 2001), a través de la Investigación Acción Participativa (IAP). Esta investigación se sitúa desde una actitud crítica, orientada a ayudar a los profesionales a mostrar su desacuerdo con normas naturalizadas en la rutina asistencial.

La investigación en salud se caracteriza por abordar un fenómeno complejo. Por un lado, la salud de las personas es compleja (Ashoori et al., 2014) y por otro, la propia organización sanitaria, y el funcionamiento de los equipos de profesionales que les atiende, también lo es.

Investigar sobre las transformaciones del trabajo en equipo en el contexto sanitario desde una perspectiva crítica, requiere de un abordaje metodológico que me permita capturar y comprender la complejidad del fenómeno: la pluralidad de factores y agentes, de interacciones, de cambios temporales, el condicionamiento del contexto... La IAP es la metodología de investigación que he elegido en este proyecto con el objetivo de que permita comprender esta complejidad, ofreciendo a su vez, la flexibilidad necesaria para analizarla, para lograr generar y consolidar cambios en el trabajo en equipo en la práctica clínica.

Responde a un método de investigación democrático, cooperativo, transparente y eficaz, que persigue el objetivo de investigar e intervenir en los cambios (Abad et al., 2010). Pone su foco en generar “conocimiento para la acción”. Su enfoque es “bottom up”, “de abajo a arriba”, es decir,

parte de la definición de las prioridades y perspectivas locales, implicando a las personas de ese contexto como participantes en la investigación (Lindsey, 1998).

Todos ellos elementos necesarios para abordar un fenómeno que afecta a un grupo de personas, al que no quiero acercarme como experta externa sino con quien quiero trabajar desde su conocimiento como expertos del contexto.

En el primer apartado de este capítulo hago una breve descripción de la evolución, características y componentes de la IAP, con el objetivo de aportar elementos que ayuden a comprender mejor el diseño de la investigación y cómo me sitúo como investigadora en este abordaje metodológico.

En los siguientes apartados del presente capítulo se describe el diseño del proyecto, el análisis de los datos, las consideraciones éticas y elementos de rigor incorporados.

4.1. LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA

4.1.1. Proceso de transformación y principales influencias de la investigación acción participativa

Haciendo un breve repaso histórico a la propia transformación de la metodología y su denominación, nos remontamos a las primeras fuentes en las que se habla de Investigación Acción (IA). Término atribuido a la obra “Sources of the Science of Education” de Dewey (1929), en la que desarrolla sus ideas sobre la “Pedagogía democrática”, enfatizando el carácter democrático de la investigación, que debe fundamentarse en un pensamiento crítico y reflexivo, y responder a un proceso democrático y participativo (Abad et al., 2010).

Durante la Segunda Guerra Mundial se reconocen aportaciones decisivas para dar cuerpo a este nuevo enfoque metodológico, como las del psicólogo social Kurt Lewin, que es el primero en usar el término “Action-Research”, en su artículo “Action Research and Minority Problems” publicado en 1946.

La originalidad de la aportación de Lewin gira en torno a la idea de que este tipo de investigación debía lograr cambios sociales y avances teóricos

de forma simultánea, y afirmaba “No queremos acción sin investigación, ni investigación sin acción”, añadiendo un elemento nuevo a la época, entendiendo que la producción de conocimiento debía darse a partir de la participación de los “afectados” (Abad et al., 2010). El enfoque de Lewin planteaba involucrar a las personas afectadas por un problema en un proceso cíclico de determinación de los hechos, acción y su evaluación (Martí, 1999), como una práctica caracterizada por una interacción continua entre el investigador y las actividades de intervención (Bourgeault, IL; Dingwall, R; De Vries, 2010).

Los principios con los que Lewin definía, ya entonces, a la IA, eran su carácter participativo, democrático, y su contribución social y científica. Y describía el proceso de investigación a partir del análisis, recogida de datos, conceptualización del problema, planificación de la acción, ejecución y de recogida de datos para la evaluación (Abad et al., 2010).

En este breve esbozo histórico de la evolución de la IA, podríamos situar 4 generaciones o etapas diferenciadas.

La primera de ellas se inicia con la aportación de Kurt Lewin, entre 1944-1953, pero como toda nueva propuesta, viene acompañada de importantes resistencias y críticas, que a partir de 1957 la llevan a un declive en su utilización, pasando por una época de letargo a finales de la década de los 50, que consolida de nuevo el modelo de investigación tradicional.

Sin embargo, la influencia de Lewin no se enmarca en un momento determinado, si no que junto a un grupo de intelectuales preocupados por las complejas situaciones de vida que tenían lugar en la época, decidieron trabajar para hacer frente al planteamiento hegemónico de la investigación admitido como válido en esta época. Movidos por la inquietud de inducir las transformaciones que fueran necesarias para lograr cambios y mejoras en la calidad de vida de la población, trabajaron en la creación de instituciones, proponiendo procedimientos de investigación y acción alternativos, con la mirada en los problemas locales y regionales, que precisaban de un nuevo planteamiento emancipatorio en las políticas, procesos educativos y culturales.

Este movimiento se dio de forma simultánea, azarosamente, en los diferentes continentes a lo largo de los años setenta. Empieza aquí lo que

podríamos denominar, una segunda generación o etapa de la IA. Una etapa de despertar, caracterizada por una corriente de pensamiento en la que confluyeron la Educación Popular, la Teología de la Liberación, la Comunicación Alternativa y la Filosofía de la Liberación.

La tercera generación de intelectuales que trabajan para dar cuerpo metodológico a la IA es liderada por el trabajo de un grupo de intelectuales británicos y australianos, entre los que destacan autores como Kemmis & McTaggart, y en Europa la noruega Bridgit Borck Utne, que plantean la necesidad de incorporar la perspectiva crítica y emancipatoria en la investigación social. Parten de la propuesta que si las prácticas se conforman a través de la interacción social de las personas, el proceso de cambio de estas prácticas debe ser un proceso social, abordado desde metodologías de investigación como la IA, que permite estudiar, reformular y reconstruir estas prácticas sociales (Kemmis & Robin McTaggart, 2005).

Finalmente podemos hablar de la cuarta generación de intelectuales, que conecta la propuesta crítica-emancipatoria desarrollada hasta el momento, con la participación, en la que cabe destacar el papel de referentes como Paulo Freire y Fals Borda (Kemmis & Robin McTaggart, 2005).

Algunos de los trabajos más destacados durante esta década, principalmente por el impacto social que tuvieron a posteriori, fueron; el registro formal de la primera ONG “La rosca de Investigación y Acción Social” en el Ministerio de Justicia de Colombia, por parte de un grupo de profesores que decidió cambiar el trabajo académico por el trabajo con campesinos e indígenas en una lucha contra los latifundios. La finalización de un proyecto de inmersión participativa en la aldea de Bunju en Tanzania se convirtió en la puerta de nuevas posibilidades de investigación alternativa en África. La obra “Pedagogía del oprimido”, de Paulo Freire, publicada en Brasil, y que un año antes de su difusión formal, pudo ser leída gracias a la comunicación subterránea de mano en mano. Y la toma pacífica de territorio por parte del Bhoomi Sena (Ejército de tierra) en Maharashtra, la India, dirigido por un científico social bajo los principios básicos de la IA, como un ejemplo de la viabilidad y utilidad de su aplicación práctica.

A partir de los trabajos de Fals Borda y Paulo Feire, se empezó a trabajar en consolidar la validez de esta metodología crítica, estableciendo las re-

glas de una ciencia rigurosa y pertinente, a partir del conocimiento de las personas locales, que pueden contar con diferentes circunstancias económicas, intereses sociales, normas, experiencias y dificultades de acceso a los recursos (Loewenson et al., 2014).

Se trabaja en la necesidad de una deconstrucción científica y reconstrucción emancipatoria (Martí, 2008), para lo que se revisan tres puntos importantes; en primer lugar las relaciones entre ciencia, conocimiento y razón. En segundo lugar, la dicotomía entre teoría y práctica, y en tercer lugar en la tensión entre sujeto y objeto.

1. Relaciones entre ciencia, conocimiento y razón. Se parte del cuestionamiento del concepto clásico de ciencia como aquel en el que se asume una relación lineal entre ciencia y verdad, como un cúmulo de reglas confirmadas y leyes absolutas, estables a lo largo del tiempo. Y se propone un concepto de ciencia que se construye socialmente, y que por tanto requiere ser interpretada y reinterpretada continuamente.

Se replantea el objetivo de la producción de conocimiento científico abogando por la obtención de conocimiento útil para las causas justas, que surja de la convergencia entre el conocimiento popular y académico. Se enfatiza la importancia de la producción de conocimiento respecto a la producción material, y se defiende la idea de que las personas tienen el derecho de conocer más sobre sus condiciones para poder defender mejor sus intereses.

2. Dicotomía entre teoría y práctica. A través de sus trabajos intentaron teorizar, obteniendo el conocimiento a través de la implicación directa, la intervención o inserción en los procesos de acción local. Esto conseguía disminuir la separación entre teoría y práctica, asumiendo, además, que la práctica es determinante para generar conocimiento, y a su vez el conocimiento o la teoría también lo son para mejorar la práctica.
3. Tensión entre sujeto-objeto. En sus trabajos dejaron de entender al investigador y al investigado, como al “experto” y al “cliente”, como si fueran polos opuestos y discordantes. Integraron el concepto de “reciprocidad simétrica” de Agnes Heller, que entendía la necesidad de mantener un respeto mutuo entre los participantes, y también en-

tre los humanos y la naturaleza, con el objetivo de conseguir una relación horizontal de sujeto a sujeto. La resolución de esta tensión dio lugar a la definición de una auténtica participación, y a partir de entonces se habla de Investigación Acción Participativa (IAP).

Una vez avanzado el profundo trabajo de rigor, siendo capaces de describir el papel del investigador, y su relación con los participantes, se empieza a trabajar en cómo devolver los resultados de investigación a lo que inicialmente se denomina restitución o devolución sistemática (Vargas, 2014).

Se asume que había que informar a la gente local, para que se entendieran bien los mensajes y los datos. Para ello desarrollaron diferentes técnicas de comunicación según niveles de alfabetización, generando múltiples estrategias de difusión de información, como folletos ilustrados, cuentos, casetes, mapas... Se trataba de llevar a cabo una acción con fines comunicativos, a partir del lenguaje del grupo, que trataba de garantizar la apropiación social del conocimiento (Martí, 1999).

En los trabajos de diferentes autores perteneciente a la cuarta generación, aparecen reflexiones sobre lo complejos y lentos que eran y siguen siendo, los procesos de transformación. Pero en todos los casos, se refieren a cualquier avance logrado en la mejora de condiciones de vida, que estimule el poder y dignidad de las gentes locales, como una experiencia maravillosa para los participantes, investigadores, y como una estrategia de generación de conocimiento.

Con todo ello demuestran que es posible desplegar el espíritu científico, incluso en las condiciones y contextos más precarios, y que los trabajos importantes para una comunidad particular, no tienen por qué resultar costosos y complejos.

Consiguen demostrar la inutilidad de la arrogancia del conocimiento académico como herramienta impuesta para conseguir transformar la realidad, demostrando la validez de una actitud de empatía por parte del investigador. Por este motivo a veces se hace referencia a la IAP como una "vivencia" que nos permite progresar en la democracia (Kemmis, 2013).

Tras este proceso de transformación de la propia metodología de investigación, se acaba definiendo la IAP como un conjunto de valores y actitudes, como un método de trabajo que da sentido a la praxis en el terreno, y

que al mismo tiempo se convierte en una filosofía de vida, que convierte a sus practicantes en personas “sentipensantes”(Abad et al., 2010). No se trata de un proceso de búsqueda exclusiva de conocimiento, sino que es un proceso de transformación de actitudes y valores, en la personalidad y la cultura, de todos los participantes, personas locales e investigadores involucrados (Reason, Peter; Bradbury, 2013).

Kemmis y McTaggart (1988) definen la IAP como un proceso de auto-reflexión colectiva emprendida por los participantes en situaciones “ecológicas o naturales” con el fin de mejorar la racionalidad y la justicia de sus propias prácticas sociales o educativas, así como su comprensión de estas prácticas y las situaciones en las que se llevan a cabo (Kemmis & Robin McTaggart, 2005; Reason, Peter; Bradbury, 2013).

Estos últimos treinta años el movimiento de IAP se plantea como un proyecto abierto, que ha ido creciendo, a partir del pensamiento de que no hay perspectivas únicas. Los valores que tenemos integrados desde el paradigma dominante, como la consistencia, simplicidad, cobertura, certeza y productividad, pasan a ampliarse con nuevos valores participativos como el altruismo, la sinceridad de propósitos, la confianza, la autonomía y la responsabilidad social (Martí, 1999). Debemos trabajar en una búsqueda plural que facilite la transformación y reencantamiento del mundo, logrando unas condiciones más constructivas y mejor equilibradas.

En este proyecto de investigación pretendemos despertar y mantener una actitud crítica en los participantes/investigadores que nos ayude a entender cómo los aspectos individuales, sociales, y organizacionales, pueden llevarnos a naturalizar prácticas cotidianas de nuestro entorno, que a veces pueden resultar mejorables o incluso inapropiadas.

Entiendo que la IAP es la metodología más adecuada para su abordaje, ya que pretendemos explorar las condiciones del contexto (Marx, 1967) para poder comprender cómo las perspectivas individuales, estructuras sociales, y prácticas, a veces resultan irracionales, injustas, alienadas o inhumanas (Reason, Peter; Bradbury, 2013). Además resulta el abordaje metodológico adecuado dada su adaptabilidad a las condiciones marcadas por el contexto, tanto materiales como temporales (Abad et al., 2010).

4.1.2. Características metodológicas de la IAP

Existen diferentes modelos o procesos de IAP, planteados por diferentes autores, como Susman y Evered (Reid R & R., 2002), Goyette y Lesard-Hébert (Abad et al., 2010), Kemmis y McTaggart (Kemmis & Robin McTaggart, 2005), McKernan (Jagosh et al., 2012), HSearon y Brownlee (Abad et al., 2010), Checkland (Abad et al., 2010), o Denzin y Lincoln (Lincoln & Denzin, 2005). Todos ellos describen la IAP como un proceso en espiral, conformado por diferentes etapas que persiguen el mismo objetivo, el de resolver problemas de un contexto determinado, evaluar los resultados, y reajustar intervenciones cuando es necesario (Abad et al., 2010). Es decir, responden a un proceso cíclico y continuo de reflexión-acción-reflexión (Moreno, JL. Espadas, 2003).

A partir de la descripción que Kemmis & McTaggart hacen de la IAP, se establecen tres focos de observación y transformación a través de la acción;

- **Las prácticas.** Se trata de un término ubicuo, sin embargo, es definido desde varias perspectivas diferentes. Se definen como “la acción habitual o costumbre”, se comprenden desde una perspectiva objetiva o externa, como “lo que los otros ven”, aquellas que pueden observarse. Desde una perspectiva subjetiva, manteniendo el foco en la persona implicada, “lo que esa persona ve”, es decir prácticas internas.

Y también se comprenden como un modo dialéctico de interpretación de las prácticas de los individuos, que une ambas perspectivas. Es aquel modo de entender las prácticas a través de mutuas conexiones y tensiones entre la perspectiva objetiva y subjetiva.

Otra variación más en su interpretación se encuentra, en el enfoque individual o social de las prácticas que comprendería las relaciones entre individuos. Que, a su vez, ambas, individuales y sociales, pueden ser entendidas como prácticas objetivas, subjetivas y dialécticas.

La IAP debe trabajar conjuntamente ambas perspectivas de las prácticas, es decir, la perspectiva dialéctica, que unifica prácticas internas/subjetivas y externas/objetivas, en participantes individuales, y en la construcción de sus relaciones sociales.

- **Los conocimientos.** El conocimiento como un proceso de captación consciente de información, sin otro tipo de mediación, es re-conceptualizado en la IAP. Se busca el cuestionamiento de los límites establecidos por el lenguaje y el pensamiento, a partir de la observación de nuestro entorno. De cómo se ha conformado por la historia y por su atribución de uso habitual con el objetivo de generar nuevo conocimiento al servicio de intereses que respondan a nuevas necesidades sociales o individuales (Reason, Peter; Bradbury, 2013).
- **El contexto.** Podríamos pensar en un concepto sinónimo a “entorno real/material” de un individuo o grupo, lo que generaría limitaciones en la interpretación de los resultados. En la IAP, nos referiremos al concepto anglosajón “Lifeworld”, que Habermas adopta de Alfred Schutz. Habermas desarrolla el concepto traducido como “el mundo de la vida”, en su Teoría de Acción Comunicativa (1984, 1987), como un concepto que engloba tres dimensiones; la cultura, la sociedad y la personalidad. Es decir, se trata de un concepto global, que debe incluir la dimensión sobre cómo la cultura influye en las prácticas de los individuos y grupos. Cómo determinadas prácticas surgen de las interacciones entre individuos. Y sobre cómo se conforma el modo de ser y actuar de las personas (Rizo García, 2011).

Denzin y Lincoln describen 7 características propias de la IAP, que forman parte de la espiral reflexiva que caracteriza al proceso de investigación (Denzin et al., 2005);

- **Es un proceso social**, que asume que la individualidad no es posible sin la socialización, y que la socialización no es posible sin la individualidad. Los participantes intentan comprender cómo se han conformado, a la vez que se “re-forman” como individuos.
- **Es participativa**, animando a los participantes a examinar el conocimiento propio y re-interpretarlo. Resulta realmente participativa cuando la acción se dirige sobre “uno mismo”, no cuando la acción se dirige sobre “los demás”.
- **Es práctica y colaborativa**, ya que el grupo debe examinar las interacciones con “otros”, y trabajar para reconstruir estas interacciones.

- **Es emancipadora**, porque ayuda a los participantes a liberarse de estructuras rígidas y pre-establecidas, y a recuperar nuevas formas de interaccionar en la vida social.
- **Es crítica**, porque es necesario que los individuos se enfrenten a la irracionalidad y/o injusticia de ciertas prácticas en un sistema, para poder cuestionarse nuevas formas de constituirlo.
- **Es reflexiva**, ya que los individuos pretenden cambiar las prácticas a través de ciclos que conforman una espiral de reflexividad y crítica, de acción y reflexión.
- **Es transformativa**, ya que plantea como objetivo final el cambio de la práctica y de la teoría, a la vez. Intenta conectar lo local con lo global, como indica el slogan “Vivir lo personal es político” (Kemmis & Robin McTaggart, 2005).

Tal y como apuntaba en este breve resumen, la IAP se convierte en un método de trabajo que da sentido a la praxis en el terreno, y que se convierte en un estilo de vida para los investigadores, convirtiéndonos en seres sentipensantes.

Seguramente esto acontece tras el posicionamiento como investigador, que se asume al liderar una investigación de este tipo.

A continuación, describo brevemente la figura del investigador orgánico, o también llamado facilitador, en una IAP.

4.1.3. Investigadora orgánica

Creo que la cita de Rycroft-Malone (2004) es una buena forma de introducir la figura de la investigadora orgánica, ya que habla de la complejidad inherente a procesos de cambio, en los que las cosas no ocurren solas, y requieren facilitación.

“...if you have been involved in implementing change, getting research into practice, or improving the quality of patient care, you know what a complex, messy and demanding task it can be.”

Rycroft-Malone

4.13.1. ¿Qué es una investigadora orgánica?

El facilitador se describe como un rol clave en la ayuda a los individuos y/o grupos, para entender qué necesitan cambiar y cómo deben cambiarlo, para facilitar la aplicación de la evidencia en la práctica. Se describe como una persona “que haga las cosas fáciles para los otros” (Rycroft-Malone et al., 2015). Su objetivo puede tener diferentes propósitos; la provisión de ayuda y apoyo para lograr una meta específica, o capacitar a individuos y equipos para analizar, reflejar y cambiar sus propias actitudes, comportamientos y formas de trabajo (Peeters, 2013).

4.13.2. La investigadora como facilitadora

Para trabajar mejor el concepto de la investigadora orgánica, he considerado interesante retomar la definición utilizada en el marco teórico PARIHS sobre la figura del facilitador.

PARIHS es un marco sobre la promoción de la acción en la aplicación de la investigación en los servicios de salud, desarrollado por el equipo de McCormack en 1998. Trabaja con la interacción e interdependencia de los de los diferentes factores que influyen en la implementación, y consecuente aceptación o incorporación de la evidencia en la práctica clínica.

Explican que la implementación exitosa de la evidencia, viene determinada por tres factores; la claridad de los datos que sustentan la evidencia (científicamente robusta, y que coincide con el consenso de los profesionales y de los pacientes), la calidad del contexto (receptivo al cambio, fuerte liderazgo y adecuados sistemas de monitorización y feedback), y el tipo de facilitación necesaria para garantizar un cambio con éxito (Rycroft-Malone et al., 2015).

4.13.3. ¿Por qué es necesario en este contexto?

El papel del investigador principal en una IAP es, por un lado, garantizar una evaluación sistemática del proceso y resultados de cambio, y por otro lado, el de reflejar y divulgar dichos resultados en relación al fenómeno de estudio (Meyer, 2008). Será la persona que actuará de intermediaria entre los diferentes actores implicados en la investigación, adoptando el rol necesario en cada momento, según los requerimientos del contexto (Wright,

Brito, Cook, Harris, et al., 2013), para lograr llevar estos objetivos a la práctica. Es la persona que propondrá soluciones cuando los participantes o actores del proceso no tienen la capacidad de imaginarlas, identifica alianzas, mantiene la información del proceso en circulación continua.

4.1.3.4. Posicionamiento de la investigadora

Puede cubrir una amplia gama de funciones, si cuenta con las habilidades y atributos correspondientes, necesarios para desempeñar el papel de manera efectiva en cada momento (Jurdak, M; Boujaoude, 2011). La clave es la adecuación del propósito, rol y habilidades a las necesidades de la situación y a cada momento de cada fase de desarrollo del proyecto.

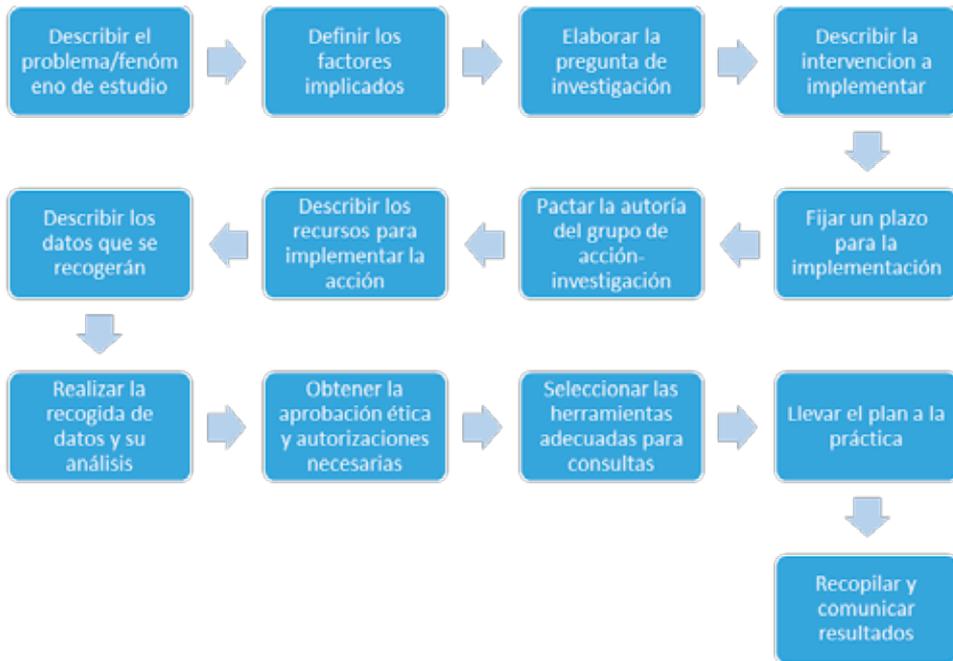
Heron (1996) sugiere que el investigador orgánico opera de diferentes maneras, en diferentes etapas, de acuerdo con las necesidades del grupo y la fase del trabajo de campo. Esto puede requerir que se trabaje de una manera directiva, cooperativa o no-directiva en los diferentes momentos de un proceso de cambio.

En esta dirección encontramos el trabajo de Herr y Anderson (Martí, 2008), que trabajan en profundidad la posicionalidad del investigador en la IAP. Parten de la propuesta de Cochran-Smith y Lytle (1993), que distinguen la figura del insider y outsider, y a partir de ella, proponen un continuum en relación a las diferentes posicionalidades del investigador orgánico en una IAP (Martí, 2008);

1. Insider (el investigador estudia y cambia su propia práctica)
2. Insider en colaboración con otros insider(s)
3. Insider en colaboración con outsider(s)
4. Colaboración recíproca (equipos insiders-outsiders)
5. Outsider en colaboración con insider(s)
6. Outsider estudia insider(s)

4.1.3.5. Proceso del trabajo

El investigador orgánico debe iniciar un proceso de trabajo con los participantes (Meyer, 2008), que permita;



4.13.6. ¿Qué ha pasado en este proyecto?

Al inicio de este proyecto nos situamos en un diseño, que según Cochran-Smith y Lytle (1993) podríamos llamar, de posición 5. La doctoranda, como investigadora orgánica es la outsider, que colabora con los profesionales asistenciales de una unidad médica.

El papel de la facilitadora outsider, es de tipo instrumental, un motor del cambio. Una posición necesaria, ya que a lo largo de las diferentes fases los insiders en ocasiones pierden la perspectiva del desarrollo de las fases, mientras que la posición de la outsider permite (re)pensar y proponer nuevas acciones desde una posición más reflexiva (Jagosh et al., 2012). El propósito de la outsider es el de generar información para difundir al equipo, adaptada a los criterios de forma y extensión que se establezcan, con el fin de lograr un mayor consenso y difusión. Debe lograr mantener un nivel adecuado de activación durante el proyecto a pesar de estar lejos, físicamente, de la unidad médica, sin sobrepasar barreras de presión que agoten a insiders y participantes (Jagosh et al., 2012).

El rol de la facilitadora outsider es fundamental para asegurar el desarrollo del cambio. Es necesario que alguien “constantemente tome el pulso”

al equipo de participantes. Utilizando una gama de métodos de apoyo y supervisión, que permitan el desarrollo de las habilidades y conocimientos propios y de los insiders, en la gestión del cambio (Shojania et al., 2007).

En este proyecto los insiders han mantenido diferentes vinculaciones con el desarrollo de la investigación, que ha ido generando una red de nodos de conexión. Es decir, la información se ha ido distribuyendo, o tejiendo, no se ha mantenido un flujo de información piramidal, sino que se ha trabajado desde el reconocimiento y la colaboración mutua entre outsider e insiders, desde los diferentes niveles de implicación.

Por cómo se ha desarrollado la vinculación de los profesionales al proyecto, éstos acaban asumiendo como propia la investigación, y como parte del equipo, a la doctoranda, lo que pensamos que (re)posiciona al proyecto en una posición 4, de colaboración recíproca. En el que la investigadora orgánica persigue un propósito holístico, que requiere de una variedad de roles y destrezas, que faciliten el cambio de implementación en la práctica, para lo que deberá ser capaz de desarrollar las habilidades requeridas, dependiendo de las necesidades de cada situación y el cambio que se va a implementar. Todo ello fomentando el desarrollo del aprendizaje experiencial a través de la reflexión crítica, ayudando a identificar las necesidades de los participantes, guiando los procesos del grupo, fomentando el pensamiento crítico y evaluando el logro de los objetivos.

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de esta IAP permite generar un proyecto de propiedad colectiva que apunta a la transformación a través de la acción del grupo.

He optado por este diseño por diferentes razones. Por un lado, se trata de una metodología participativa, contextualizada, y de proceso colectivo, que reconoce a los participantes, que son los profesionales asistenciales de la unidad, como las personas que tienen el conocimiento de la experiencia en su campo, por lo que sus aportaciones son de importancia capital para generar y consolidar cambios.

Por otro lado, se trata de un diseño flexible, abierto y dinámico, que se ajusta a la perfección a un proceso de investigación con personas, como en

este caso, ya que permite partir de una propuesta inicial que puede sufrir modificaciones a lo largo de su trayectoria, siempre que esta modificación sirva para optimizar el proceso de cambio.

En definitiva, resulta el diseño adecuado para abordar un fenómeno complejo, como es el trabajo en equipo en salud, ya que promueve la reflexión crítica, frente a situaciones de desigualdad fomentada y naturalizada por la organización, pacientes, y por los propios profesionales. Desigualdades que deben ser denunciadas y resueltas, siendo capaces, con todo ello, de producir conocimiento local, colectivo, dialógico y co-creado. Finalmente, también entiendo, tal y como otros autores han constatado, que es una metodología que facilita la difusión de los resultados de la investigación a la práctica clínica, lo que responde a la esencia de la propia metodología.

A lo largo de este segundo punto del capítulo defino cuál la pregunta y objetivos de investigación, el equipo de participantes, las fases, técnicas de recopilación de información utilizadas, y el tipo de análisis de los datos que he llevado a cabo.

4.2.1. Pregunta y objetivos de investigación

El diseño de este proyecto responde a la inquietud inicial de la doctoranda de llevar a cabo una investigación que estuviera enfocada a lograr resultados tuvieran sentido para los profesionales que participaran en ella, por lo que planteé la pregunta de investigación, ¿es posible transformar el trabajo en equipo en una unidad de hospitalización médica hacia un trabajo de mayor colaboración interprofesional?

Mi intención es identificar la ontología de los conflictos generados por la presencia de determinados factores asociados al equipo, a la organización y a la propia asunción de los roles profesionales, con la intención de avanzar hacia un modelo de colaboración interprofesional fundamentado en procesos democráticos de toma de decisiones.

Para ello, pongo la mirada en el proceso de transformación del trabajo en equipo y en cómo la estructura en la que está inmerso condiciona esos cambios, asumiendo que la suma del conocimiento y la experiencia de los profesionales que atienden a un paciente es una garantía de la mejora de la calidad de su atención (Hernández-Ponce, 2010).

La pregunta de investigación ha ido transformándose con la maduración del proyecto a lo largo del desarrollo del trabajo de campo, seguramente muy vinculada a la toma de conciencia sobre la complejidad del problema.

A lo largo del desarrollo del proyecto tomo conciencia del hecho de encontrarnos inmersos en una institución de salud que condiciona la posibilidad de generar y sostener cambios, tanto por su disposición física, normativas laborales y profesionales, y permisos necesarios. Este proceso de concientización, como lo llamaría Freire, sobre la estructura organizacional, y la asunción de su funcionamiento por parte de los profesionales, ha ido re-construyendo los objetivos del proyecto.

La pregunta de investigación va tomando cuerpo, y más allá de la posibilidad de cambiar dinámicas de trabajo en equipo, aparece el interés de si es posible transformar la propia concepción de trabajo en equipo.

A medida que profundizo en el enfoque teórico-metodológico del proyecto, emerge la conciencia de sociedad, como grupo de personas (profesionales) que viven inmersos en la estructura organizacional del hospital. Es decir, las preguntas que pasé a hacerme, tomaron una dimensión más global. Pasé a tomar conciencia de que el grupo humano de participantes, se encuentra inmerso, y asume como natural, un contexto marcado por un funcionamiento social determinado. Un entorno en el que no todos cuentan con las mismas oportunidades de participar en la toma de decisiones, ni con el mismo reconocimiento, tanto por parte de la estructura normativa del centro, como por parte de los otros profesionales y de los pacientes.

Para lograr dar respuesta a la pregunta de investigación decido plantear los siguientes objetivos:

- Objetivo General: Transformar las dinámicas de trabajo en equipo entre profesionales de la salud de una unidad de hospitalización médica, en un hospital público de la comunidad autónoma de les Illes Balears, hacia dinámicas de colaboración interprofesional.
- Objetivos Específicos:
 1. Describir cómo es el trabajo en equipo entre los profesionales de la salud de una unidad de hospitalización médica.

2. Identificar y analizar los factores, las inercias o dinámicas y actitudes que funcionan como barreras o facilitadores para el trabajo en equipo.
3. Analizar las estrategias que se ponen marcha para generar cambios en las dinámicas de trabajo en equipo.
4. Identificar los elementos que funcionan como catalizadores de las transformaciones y su sostenibilidad.

Estos objetivos buscan lograr los cambios necesarios en la práctica clínica, a partir de un análisis crítico de las dinámicas y factores, que determinan cómo se construye el propio trabajo en equipo entre profesionales, y en qué medida puede llegar a transformarse.

4.4.2. Participantes y equipo investigador

4.2.2.1. Los profesionales asistenciales:

El objetivo de este apartado es describir el proceso de conformación del equipo de participantes, que responde, al igual que la metodología, a un proceso dinámico y flexible, que lo acaba consolidando.

La unidad en la que se lleva a cabo este proyecto está conformada por un grupo de enfermeros/as, uno de auxiliares de enfermería, y dos grupos de médicos/as de diferente especialidad.

La conformación del equipo de participantes se presenta en la siguiente tabla según categorías profesionales, ya que no todos los grupos responden a un cuerpo disciplinar (Vega-Angarita, 2017):

PROFESIONALES DE LA SALUD	NÚMERO DE COMPONENTES	NÚMERO DE MUJERES	NÚMERO DE HOMBRES
Médicos/as (de la especialidad médica participante)	10	3	7
Enfermeros/as	13	10	3
Auxiliares de Enfermería	13	12	1

El grupo de participantes se conforma por los profesionales asistenciales de cada categoría profesional de la unidad de hospitalización. Sin embargo de los dos grupos médicos que inician el proyecto solo uno acaba implicado hasta el final.

Los médicos de la especialidad que dejan el proyecto tras la primera fase, contaban con un problema importante de liderazgo, lo que hizo muy difícil la organización de reuniones y triangulación de información.

En el momento en que este grupo médico decide no seguir adelante con el proyecto, optamos por seguir trabajando con el grupo de la otra especialidad médica, ya que asume el mayor número de pacientes ingresados en la unidad, y además, los enfermeros y auxiliares les reconocen como un grupo más cercano a la unidad, respecto al otro.

Para trasladar la propuesta del proyecto al equipo, se llevaron a cabo reuniones iniciales con el coordinador de enfermería y jefes de servicio, y a posteriori, reuniones informativas por grupos profesionales. Una reunión con médicos, ambas disciplinas por separado, y dos reuniones en la unidad, a la que acudían juntos enfermeros y auxiliares, según el turno de trabajo que tenían.

En estas primeras reuniones se clarifica al equipo que este proyecto conforma la Tesis de la investigadora orgánica, y se habla de la gestión de las autorías de acciones que surjan del proyecto. Se acuerda que la autoría irá vinculada a quién trabaje en cada acción de transferencia, y en todo caso, se acuerda rotar el lugar de citación de cada participante. También se confirma la aceptación de participación individual en el proyecto, y se proponen diferentes niveles de vinculación o trabajo.

Se proponen tres niveles de trabajo diferentes;

- Un nivel de vinculación alta, que denominamos equipo investigador, e implicaba participar en el desarrollo de grupos de discusión, entrevistas, y también en el trabajo de análisis y transferencia de resultados.
- Un nivel de vinculación media, que denominamos equipo de representantes, e implicaba participar en grupos de discusión/entrevistas, manteniendo un papel activo en la investigación, y a su vez, encargándose de difundir la información a un grupo de compañeros

- Y un último nivel, de vinculación baja, que denominamos equipo de representantes, e implicaba solo estar activo en la triangulación de la información que se fuera generando dentro de la unidad. Lo importante era hacer llegar su opinión sobre el proyecto, a través de los representantes, y no implicaba participar en los grupos de discusión o entrevistas.

No hubo muchos profesionales que manifestaran interés en implicarse, sin embargo, fruto de estos primeros contactos se comprometieron con el proyecto personas que han resultado claves en su desarrollo.

Dada la dificultad en la participación con la que me encontré, y que seguramente podía ser atribuída a la sensación de cansancio, sobrecarga, y falta de reconocimiento del trabajo de los profesionales de la unidad, decidí activar otro tipo de estrategia que garantizara la máxima participación. Empezamos a tejer un sistema de red de conexiones (Watts, 2006), para hacer fluir la información, y consolidamos así los primeros nodos de la red de conexiones entre profesionales que se fue tejiendo con los meses.

Tres profesionales demuestran ser claves en el desarrollo de esta red de información, el coordinador de enfermería, la jefa de servicio de la especialidad médica que se mantiene durante el proyecto, y un enfermero de la unidad, los tres manifiestan su intención de encontrarse muy vinculados al trabajo de campo.

La motivación de estos tres profesionales y la presencia de la investigadora orgánica en el campo a lo largo del proyecto iba generando curiosidad en los profesionales, que finalmente, en su totalidad se vincularon al proyecto, lo que facilitó garantizar una buena triangulación de los datos.

Los profesionales de la unidad van firmando el consentimiento informado en la medida que participan en alguna acción vinculada al proyecto; entrevistas, encuesta on-line, encuesta en papel, mail, curso de formación, e incluso dos profesionales lo firman en una de las visitas de la investigadora orgánica, al llegar al office¹ (Anexo 1).

1. El office de la unidad es un espacio reservado para el personal, una pequeña habitación que se puede cerrar con una puerta, para garantizar cierta privacidad a la hora de merendar o tomar un breve descanso, en la que los profesionales cuentan con una mesa y sillas, un ordenador, un armario en el que almacenan café y otros alimentos de desayuno, un corcho de noticias sindicales, y otro corcho de noticias de la unidad u hospital.

Finalmente, todos los profesionales vinculados a la actividad asistencial de la unidad, excluyendo estudiantes en formación MIR, de grado o formación profesional, acaban firmándolo.

Además de las cuestiones formales, como supone el hecho de firmar el consentimiento informado, todos los participantes acaban estando implicados en el proyecto, y participan en mayor o menor medida, en las diferentes acciones y reuniones que se llevan a cabo a lo largo de los tres años que dura el trabajo de campo.

Esto muestra que conseguimos unos de los requisitos inherentes a la naturaleza de la IAP, que los participantes estén implicados para adquirir capacidad de decisión y transformación en el desarrollo del proyecto (Gooden & Gastaldo, 2009).

Cabe destacar, que de forma natural se acaba constituyendo un grupo de trabajo entre los profesionales vinculados con un mayor nivel de compromiso al proyecto, formado por el coordinador de la unidad, y uno de los enfermeros, al que denominaremos “enfermero investigador”. Entiendo que la investigación es una competencia de todos los profesionales de la salud, pero aprovechamos este término para diferenciar sus aportaciones a lo largo de la narración del documento.

Ambos profesionales mantienen reuniones periódicamente con la investigadora orgánica, y participan en todas las acciones derivadas del proyecto, cumplen una función de informadores clave en dos direcciones. Facilitan información del estado anímico del equipo, o situación de la unidad y/o hospital a la doctoranda, y a su vez hacen fluir la información entre los profesionales que son compañeros, recogiendo las opiniones que se van manifestando.

Ambos siguen un diario de campo, a propuesta de la doctoranda, que sirve como trabajado de posicionamiento principalmente para el coordinador de la unidad. Él realiza un ejercicio de reflexión muy interesante, sobre cuál debe ser su papel en el proyecto siendo el líder formal en la unidad, y este ejercicio ayuda a clarificar su posición en la investigación.

La aportación del coordinador es clave dado su papel de líder informal del equipo. Y además actúa como un nexo de unión con el equipo de médicos, por quienes también es muy reconocido, y con la gerencia y direcciones del propio centro.

El enfermero investigador, es un profesional reconocido por los compañeros de todas las disciplinas por ser un clínico riguroso y un buen compañero, por lo que su papel en la investigación resulta fundamental, como reflejo para el resto del equipo.

En las acciones de transferencia fruto del proyecto, ambos han participado activamente junto a la doctoranda, y en las diferentes acciones junto a otros profesionales de la unidad.

4.2.2.2. La doctoranda e investigadora orgánica:

Tal y como se ha comentado anteriormente, la doctoranda forma parte del equipo de participantes, desarrollando el papel de investigadora orgánica como...

“...alguien que no debe ser visto como un agente externo, que ofrece una guía técnica a los miembros de un grupo de acción, sino como alguien que pretende establecer o dar soporte a una iniciativa colaborativa”.
(Kemmis y McTaggart, 2005).

Este proyecto arranca con una propuesta que la doctoranda hace a un grupo de profesionales, sin embargo, tal y como se ha descrito en la reflexión sobre la posicionalidad, acaba siendo un proyecto del equipo, del que acabo formando parte, confiriéndome una posición externa-interna particular. Esta posición como investigadora social, me pone en la posición de ser un facilitador, para poder hacer un análisis del cambio y tomar consciencia de la realidad para superar la estructura (Freire, 1970).

4.2.2.3. Investigadores expertos:

En último lugar, cabe destacar el papel como investigadores expertos, de los dos directores de esta tesis, que entiendo que también forman parte del equipo investigador, aunque desde una posición más externa, como asesores.

En ambos casos se trata de profesionales de la salud, investigadores expertos en la metodología de IAP, lo que les ha permitido acompañarme durante el trabajo de campo, como guías, con una mirada externa a la emoción. Desde el inicio del proyecto, los profesionales de la unidad conocían

la existencia de estos dos asesores externos, dado que son los directores de tesis de la doctoranda.

Cada uno desde su ser y saber estar, han aportado elementos que resultan imprescindibles, y que espero haber sabido plasmar en este documento.

Por un lado la Dra. Concha Zaforteza, ha sido capaz de aportar luz en los momentos de oscuridad mental y emocional que han sucedido (Titchen A, 2003), permitiendo ver nuevas formas de desarrollar el trabajo de campo para lograr los objetivos planteados. Mientras que el Dr. Carlos Calderón, ha perseverado en acompañarme en el ejercicio de comprender la importancia de mantener la pluralidad de autores y corrientes, incluibles en el enfoque de una investigación cualitativa (Calderon, 2009). Ha logrado que entienda la necesidad de garantizar la presencia de diferentes elementos teóricos en nuestra mirada interpretativa del fenómeno y el proceso, desde mis limitaciones como doctoranda.

4.2.3. Fases del diseño

El diseño de la investigación se enmarca en la teoría crítica, como una Investigación Acción Participativa (Martí, 1999), estructurada en 6 fases;

- Fase 1. Preparación de la investigación
- Fase 2. Diagnóstico de situación
- Fase 3. Diseño de propuestas
- Fase 4. Implementación de las propuestas
- Fase 5. Evaluación
- Fase 6. Transferencia

El hecho de trabajar con un grupo de personas a lo largo de casi tres años, condiciona el desarrollo de las fases, que viene marcado por factores como; el humor o estado de ánimo del equipo, el nivel de estrés asistencial, el nivel de satisfacción con las políticas de salud, laborales... lo que se refleja en una participación en el proyecto, que oscila según la época que vive el grupo.

Se trata de un proyecto atravesado por el dinamismo que emerge del trabajo de campo, y que no responde a un desarrollo lineal, sino a un entor-

no al que hay que adaptarse y en el que hay que generar continuamente nuevas estrategias que permitan mantener la tensión y vinculación de los profesionales al proyecto. Estrategias a diferentes niveles, tanto en la recogida y validación de datos, como a nivel de análisis. A la vez que resulta necesario activar estrategias para dar descanso o, mejor dicho, no agotar a los profesionales, se debe garantizar su conexión y cohesión al proyecto.

La única forma viable de lograr al mismo tiempo, objetivos que a ratos resultan dispares, es mantener interacción continua con el equipo para hacer fluir la información, de manera que se mantiene un nivel constante de reflexión-acción-participación en el proyecto. Todo ello va suponiendo un proceso de aprendizaje de las competencias como investigadora orgánica.

Tal y como apuntaba, este proceso natural de investigación, también marca el tipo de análisis de resultados, ya que a medida que el proyecto avanza, requiere que llevemos a cabo dos tipos de análisis de los datos diferentes.

Por un lado, a lo largo de la consecución de las fases llevamos a cabo un análisis más operativo de los datos, con el objetivo de generar documentos de consenso que faciliten el feedback de la información para seguir avanzando. Este análisis resulta un trabajo duro, ya que debe responder a un análisis riguroso, pero rápido. Los profesionales demandan feedback de forma prácticamente inmediata tras la acción se ha llevado a cabo; grupo de discusión, reuniones..., y además, si se tarda en devolver el *feedback*, disminuye la vinculación de los profesionales con el desarrollo del proyecto, cosa que resulta contraproducente (Murphy et al., 1998).

Por otro lado, una vez finalizado el trabajo de campo, se lleva a cabo un análisis en profundidad, de carácter más teórico-interpretativo, de los datos cronológicos del desarrollo de la investigación.

Lo mismo sucede con la discusión de los resultados, que también adquiere dos dimensiones, respondiendo a lo que entendemos que pueden ser nuestras dos audiencias; el equipo de participantes y profesionales de la práctica clínica, y los investigadores y/o académicos.

Respondiendo al compromiso con el equipo de profesionales, decido generar un nivel de transferencia de resultados más cercano a la práctica clínica. Una transferencia de resultados que responda a sus necesidades e inquietudes, utilizando un lenguaje que les sea cercano, a partir de su contexto.

Mientras que para dar respuesta a la audiencia más académica utilizo elementos de diferentes teorías que me permiten llevar a cabo una discusión interpretativa de resultados que me permite generar nuevo conocimiento. Por este motivo los apartados de resultado y discusión pueden aparentar una narrativa que parece repetitiva.

A continuación, presento un esquema temporal de las fases, en el que se muestro el objetivo de cada una de ellas y las técnicas utilizadas para la recogida de datos que se explican en profundidad en el siguiente apartado de este capítulo. Incluyo también algunos resultados con el objetivo de clarificar el ciclo que siguieron, puesto que los resultados parciales que van emergiendo, dan sentido al proceso global.

FASE 1. JUNIO 2013	PREPARACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lograr permisos institucionales de Gerencia, Dirección médica, de enfermería, para la entrada al trabajo de campo. ▪ Lograr permiso del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) y Comisión de Investigación del centro. ▪ Difundir correctamente la información entre los profesionales de la unidad, para garantizar un buen inicio de trabajo de campo.
TÉCNICAS DE ENTRADA DE CAMPO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se llevan a cabo dos reuniones con las Direcciones del centro. A través de estas se consigue el permiso de la Gerencia. ▪ Se obtiene permiso del CEIC y de la comisión de Investigación. ▪ En diciembre de 2013 se obtiene una ayuda a proyectos de Investigación del COIBA (Colegio de Enfermería de les Illes Balears).
FASE 2. ENERO 2014	DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN
OBJETIVO	<p>Describir cómo son las dinámicas de trabajo en equipo entre los profesionales de la unidad, e iniciar un ejercicio de reflexión sobre los factores que la modulan y su impacto en la práctica clínica.</p>
TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS Y ACUERDOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para el diagnóstico de situación se incorporan los datos del proyecto FIS relativos a esta unidad: 6 entrevistas en profundidad a 2 profesionales de cada categoría. Los datos de las 95 horas de observación no participante que llevamos a cabo en la unidad, y la participación de dos profesionales clínicos de la unidad en el grupo de expertos. ▪ 1 grupo de discusión. ▪ 3 entrevistas enviadas vía mail a informantes clave de las tres categorías profesionales, formadas por 4 preguntas abiertas.
DOCUMENTO TRIANGULACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primer documento resumen. Se construye el documento resumen de situación a partir del análisis de estos datos, diagnóstico de situación.

CAMBIOS EN LAS DINÁMICAS DE TRABAJO EN EQUIPO

FASE 3. JUNIO 2014	DISEÑO DE PROPUESTAS
OBJETIVO	Mantener el proceso de reflexión sobre qué tipo de propuestas de cambio podían llevarse a cabo.
TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS Y ACUERDOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 grupo de discusión. ▪ Dada la dificultad de asistencia al grupo, se activan otras estrategias de recogida de datos; <ul style="list-style-type: none"> ▫ Encuesta on-line. ▫ Se aumenta la presencia de la investigadora orgánica en la unidad, recogiendo notas de campo. ▪ 2 reuniones con jefes de servicio de ambas especialidades médicas <p>El equipo decide implementar cuatro tipos de intervenciones;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Calendario de localizaciones, en el que tengan un número de teléfono de acceso rápido entre ellos. Esto se complementa con una pizarra colgada en la unidad en la que se visibiliza fácilmente el nombre de los profesionales responsables de cada paciente. ▪ Reunión mensual de equipo. Con el objetivo de hablar de cuestiones funcionamiento de unidad, no de pacientes. Un pequeño grupo trabaja en el diseño del protocolo de reunión. Se reúnen en varias ocasiones, y se triangula el documento de funcionamiento con el resto del equipo. ▪ Incorporar comentarios de las auxiliares en la historia clínica. <ul style="list-style-type: none"> ▫ En diciembre se lleva a cabo 1 grupo de discusión solo con auxiliares de enfermería, al que acuden 8 de los 13 profesionales del grupo. ▫ Se elabora un documento de acuerdos que se triangula en papel, lo devuelven con anotaciones. ▫ Se envía un documento propuesta sobre cuál será la información que introducirán, y se negocia con la Dirección de Enfermería el acceso nominal a la historia clínica. ▪ Pase de visita diario. Esta intervención queda a expensas de la disponibilidad de un espacio para dar información confidencial a los pacientes.
DOCUMENTO TRIANGULACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tras analizar las propuestas que surgen, se construye el segundo documento resumen; propuestas de cambio. ▪ Al elaborar el diseño de cada intervención se triangula de nuevo la propuesta.

FASE 4. JULIO 2014	IMPLEMENTACIÓN
OBJETIVOS	Implementar las acciones/intervenciones que el equipo ha consensuado.
INTERVENCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El calendario de localizaciones se cuelga en la unidad a finales de julio. ▪ La primera reunión mensual de equipo se organiza en agosto. A partir de estas reuniones mensuales se proponen acciones derivadas; <ul style="list-style-type: none"> ▫ Promueven una formación sobre resolución de conflicto a la que pueden asistir todos juntos. Se lleva a cabo en marzo de 2015. ▫ Solicitan a la Gerencia un espacio para reunirse y dar información confidencial a los pacientes. Finalmente se construye en septiembre de 2016. ▫ Revisan la normativa de convivencia de la unidad. Cuentan con el folleto impreso en enero de 2016. ▫ Incorporan a la trabajadora social del centro a las reuniones. Acude a su primera reunión en junio de 2015. ▫ En casos puntuales acuerdan que se invitará a la reunión al equipo de la cruz roja para recibir información sobre dispositivos de ayuda al paciente en domicilio. ▫ A lo largo del proyecto van surgiendo otras acciones derivadas de las reuniones mensuales. ▪ Se registran los primeros comentarios de auxiliares de enfermería en la historia clínica en junio de 2015. ▪ La construcción de un espacio que garantizara la confidencialidad de la información se demoró tanto que finalmente esta intervención no se revisó, ni implementó.
DOCUMENTACIÓN	No se elaboran documentos de triangulación de la implementación en las intervenciones.

CAMBIOS EN LAS DINÁMICAS DE TRABAJO EN EQUIPO

FASE 5. MARZO 2015	EVALUACIÓN
OBJETIVO	<p>Evaluar la idoneidad de las intervenciones, su sostenibilidad y la opinión de los profesionales en relación al desarrollo del proyecto.</p>
TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS Y DECISIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuesta evaluativa del proyecto. ▪ 2 grupos triangulares, uno con auxiliares y otros con enfermeras. ▪ 2 entrevistas en profundidad a médicos.
DOCUMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se elabora documento de resultados para las Direcciones, Comisión de Investigación del centro y profesionales de la unidad.

FASE 6. EN ACTIVO	TRANSFERENCIA
OBJETIVO	<p>Visibilizar el trabajo hecho por y con los profesionales de la unidad.</p>
ACCIONES DE TRANSFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En junio de 2014 nos invitan como conferencia invitada al 1er Encuentro de investigación en cuidados de la salud. Investigar en cuidados es invertir en salud. Organizada en Mallorca, por el propio centro en el que llevamos a cabo la investigación, y que impartimos entre el coordinador de la unidad y la doctoranda. “Promoción de la Práctica Colaborativa a través de una Investigación-Acción Participativa en una Unidad de Hospitalización”. ▪ En noviembre de 2014 nos aceptan una comunicación oral breve en el XVIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Organizado por la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) en Vitoria, que elaboramos entre dos profesionales de la unidad, un enfermero y un médico, y la doctoranda. “Propuestas de cambio del trabajo en equipo. Una IAP en una UH médica”. ▪ En junio de 2015 nos invitan a dar una breve conferencia en las Jornadas Profesionales sobre visibilidad, liderazgo y nuevos modelos organizativos. Organizada por el SATSE en Donosti, que presentó sola la investigadora orgánica. “Práctica Colaborativa”. ▪ En junio de 2015 nos aceptan una comunicación en el 6th International Conference. Challenging Health Inequity: A call to action. Organizado por ISIH (In Sickness & In Health), que preparé con dos profesionales de la unidad, enfermeros, y presenté a medias con uno de ellos. “Some Keys to change. The role of organic researcher and facilitator in a Participatory Action Research”. ▪ En noviembre presentamos el diseño del proyecto como ejemplo de IAP, en la II Jornada del IdisPa (Instituto de Investigación Sanitaria de Palma). “Cambios en las dinámicas de trabajo en equipo en una unidad de hospitalización a través de una Investigación acción participativa”. ▪ En noviembre de 2015 nos aceptan una comunicación oral en el XIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Organizado por la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) en Cuenca, que elaboramos entre dos profesionales de la unidad, un enfermero y un médico, y la doctoranda. “Cambios en las dinámicas de trabajo en equipo en una unidad de hospitalización. Una IAP”. ▪ En mayo de 2016 participamos con la presentación de un poster en el Certamen de Enfermería, organizado por el COIBA, que elaboramos junto a dos profesionales enfermeros de la unidad. ▪ En abril del 2017 participé como ponente en la Sesión-debate sobre práctica colaborativa organizada por el COIBA. “(Co)ordinar, (co)laborar, (co)mpartir: salvan vidas”.

FASE 6. EN ACTIVO	TRANSFERENCIA
ACCIONES DE TRANSFERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En junio de 2017 participo como comunicación invitada en la II Jornada de Investigación del Hospital Manacor. Organizada por el Hospital de Manacor, hicimos la primera presentación que incluía la perspectiva teórica del análisis. “Sostenibilidad y repercusión de los cambios de dinámicas de trabajo en equipo en una unidad de hospitalización”. ▪ En octubre de 2017 nos aceptan una comunicación en el I Congreso Internacional de investigación e innovación en cuidados: Evidencia, Enfermería de Práctica Avanzada y Seguridad Clínica, por la que nos dieron el segundo premio a la mejor comunicación. Organizado por el COIBA, que elaboramos junto a dos profesionales enfermeros de la unidad. “Estrategias de redistribución y reconocimiento como herramientas de cambio de la dinámica de trabajo en equipo en una unidad de hospitalización”. ▪ Esta tesis es otro de los resultados de transferencia de este proyecto.

4.2.4. Generación de información

Las fuentes de información en una IAP resultan muy heterogéneas, dada la necesidad de adaptar las diferentes técnicas de recogida de datos, al momento y particularidades en el que se encuentra el equipo (Reason, Peter; Bradbury, 2013).

Por esta razón el proyecto contempla un abanico de diferentes técnicas de recogida de datos que tienen en común, y a su vez, de diferencia, respecto a otras técnicas que puedan llevarse a cabo, la situación y el contexto social en las que usan (Magaly & Cadenas, 2007).

Las técnicas de recogida de datos utilizadas a lo largo del proyecto, por tanto, no pudieron ser diseñadas a priori, sino que se han ido (re)pensando, (re)diseñando y (re)activando, en función de la necesidad de captar opiniones e información de los profesionales.

En los momentos de mayor agotamiento del equipo, se intenta recoger información a través de técnicas que supongan una menor inversión de tiempo y esfuerzo para los profesionales. Algunas de estas técnicas han sido, aumentar la presencia de la investigadora orgánica en la unidad, llevando a cabo anotaciones y reflexiones en el diario de campo, o utilizar el mail o la entrega de encuestas en mano a cada profesional, para garantizar el

feedback. En otros momentos, de mayor nivel de energía o motivación, se plantean técnicas grupales o individuales de recogida de información, que faciliten la reflexión y diálogo entre los profesionales.

A continuación, describo las técnicas utilizadas para recoger datos y/o facilitar el movimiento de la información entre el equipo para facilitar el consenso.

Grupos de discusión:

En el planteamiento inicial del proyecto se pensó en los grupos de discusión como el espacio adecuado para propiciar el debate entre un grupo en el que el investigador estimula la interacción entre los presentes y está atento a ella (Barbour, 2013), con el objetivo de facilitar el espacio de intercambio de opiniones entre profesionales sobre el trabajo en equipo. Discutimos acerca de la idoneidad de llevar a cabo grupos mixtos de categorías profesionales, o si sería más conveniente organizar grupos para cada categoría profesional, evitando así posibles tensiones al tener que explicar cómo se sienten en el equipo estando presentes a miembros de otras categorías.

Una vez iniciado el trabajo de campo, dada la enorme dificultad de asistencia a los grupos de discusión por parte de los profesionales de todas las categorías, se planteó una única convocatoria de grupo mixto, con el objetivo de facilitar, que incluso quien no se hubiera comprometido inicialmente en asistir, pudiera añadirse de forma espontánea.

La convocatoria para participar en el grupo de discusión, al que el equipo se refiere como “una reunión”, se envía vía correo electrónico a todo el equipo, y se cuelga en papel en el panel de corcho situado en el office, en el que se cuelga información de la unidad y hospital. Los profesionales podían confirmar su asistencia al coordinador de la unidad directamente, al enfermero investigador o a la investigadora orgánica, por correo electrónico o en alguna de las visitas.

Para el desarrollo de los tres grupos de discusión que finalmente se llevan a cabo, la investigadora orgánica prepara un breve guion de preguntas abiertas, con la intención de ayudar a iniciar la discusión, y en caso necesario, de ayudar a los participantes a profundizar en la reflexión que se plantee como objetivo de la sesión (Ver ejemplo del grupo de la fase de diagnóstico de situación en anexo 2).

Dos de los grupos se organizaron en el office de la unidad, ya que se consideró que así se facilitaría a los profesionales la participación de forma espontánea. Tuvieron una duración aproximada de 1h y fueron grabados con dos grabadoras digitales en cada sesión, que ayudaron a la transcripción posterior de los datos.

Los asistentes a los grupos en ambos casos fueron tres profesionales. Los médicos estaban en turno, lo que genera algunas interrupciones para resolver dudas clínicas sobre pacientes de la unidad que les hacen otros profesionales durante la sesión, y que quedan patentes en las transcripciones. El coordinador de la unidad participa en ambos grupos, estando de turno, aunque en el caso de ser interrumpido, dirige la interrupción para otro momento. Y los enfermeros que se apuntaron con antelación a cada grupo participan en un horario fuera de su turno.

El tercer grupo de discusión se organiza en la fase de diseño de una de las intervenciones, y se conforma únicamente con auxiliares de enfermería. En este caso la planificación del grupo se hizo a través de un grupo de whatsapp, que conformó el enfermero investigador, al que se invitaron a todos los auxiliares de la unidad y a la investigadora orgánica. Se llevó a cabo el grupo con un total de 8 auxiliares, en la cafetería del centro, porque les pareció que éramos muchos para estar en el office. Esto dificultó la grabación, que se tuvo que desestimar por un exceso de sonido ambiental, y se fueron tomando notas de la discusión y acuerdos a los que se llegaron.

La dificultad para la asistencia a los grupos de discusión nos lleva a preguntar al resto de profesionales sobre el motivo por el que no acudieron, y en todos los casos atribuyeron una alta carga de trabajo en turno, y falta de tiempo libre para venir fuera de turno. En ningún caso se manifestó falta de interés en participar, así que analizando el contexto, decidimos plantear otro tipo de técnicas de recogida de datos.

Entrevistas individuales:

Llevamos a cabo entrevistas individuales, como un juego conversacional, a través del que lograr que los entrevistados desplegaran elementos sobre su experiencia y vivencia, que emergieran creencias, motivaciones y expectativas en relación a las dinámicas de trabajo en equipo en la unidad (Bourgeault, IL; Dingwall, R; De Vries, 2010).

A la entrada al campo se decide llevar a cabo tres entrevistas individuales vía correo electrónico, conformadas por cuatro preguntas abiertas (Anexo 3), que permitieran corroborar que los datos del proyecto FIS, del que había pasado solo un año, todavía eran vigentes. Las entrevistas se enviaron en un formato Word, a un profesional de cada categoría, un enfermero, una auxiliar y una médica, que aceptaron participar, y que respondieron con quince días.

Las entrevistas individuales fueron mucho más factibles, ya que no suponían un esfuerzo extra para los profesionales. El coordinador de enfermería facilita la propuesta de la entrevista con los profesionales que habíamos decidido con anterioridad. La elección de los profesionales se decide buscando personas con reconocida capacidad crítica, tanto con una actitud constructiva como no, para lograr incorporar la mayor polaridad de opiniones posible. Tras el primer contacto, la investigadora orgánica se ponía en contacto directamente con el profesional, por la vía que eligiera (mail o teléfono), para concretar día y hora de la entrevista. En todos los casos se llevaron a cabo en el hospital, y estando de turno. En el caso de los enfermeros se llevaron a cabo en el office, y en el caso de los médicos en su consulta habitual, incluso en uno de los casos, en el gabinete de pruebas diagnósticas. En todos los casos la investigadora orgánica tenía preparadas dos preguntas, como soporte, principalmente para el inicio de las entrevistas (Anexo 4).

Encuesta on-line:

Justo antes de cerrar el consenso sobre las intervenciones que poner en marcha, entendimos que era de vital importancia garantizar que la información llegaba a todo el mundo, y así poder estar seguros de que participaba el mayor número posible de profesionales.

En este momento resultaba más importante garantizar que estábamos siendo fieles a la opinión de la mayoría de los profesionales logrando recoger el mayor número de opiniones posible sobre qué tipo de acciones se debían activar. En otros momentos sucedía de forma diferente, y optábamos por usar técnicas de recogida de información que nos permitieran explorar algún aspecto con mayor profundidad para lograr una mayor comprensión del fenómeno e ir entendiendo cómo éste se iba transformando.

En este momento diseñamos una encuesta on-line, utilizando la aplicación google-encuesta (Anexo 5). Se envió el link de acceso a través del mail institucional a todos los profesionales de la unidad para responder a la encuesta de forma anónima, y también se colgó el link de acceso en el corcho del office para facilitar su consulta. Además, el enfermero investigador, en todos sus turnos, insistía con los compañeros de turno, en responder a la encuesta, ayudando a su acceso a quienes tenían alguna dificultad en el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC).

Se estructuró con 8 preguntas de respuesta dicotómica, seguidas cada una de ellas por una pregunta abierta que daba lugar a que los profesionales pudieran escribir cualquier tipo de comentario o reflexión. Los resultados de las 6 respuestas a la encuesta fueron descargaron en una hoja de cálculo que facilitó su análisis.

Notas de campo de la investigadora orgánica:

En las fases de diseño e implementación dado el problema de participación en los grupos de discusión decidimos aumentar la presencia de la investigadora orgánica en el office de la unidad para cubrir el objetivo de recoger el mayor número de opiniones de los profesionales.

En estas visitas de apariencia espontánea al office, se decidió no grabar, para mantener la naturalidad del encuentro, y garantizar recoger la máxima información posible, evitando generar tensión entre los profesionales a la llegada de la investigadora orgánica.

La dinámica de organización de estos encuentros fue la misma que la usamos para los grupos triangulares. A priori se revisaba quien estaría de turno, intentando localizar a personas que no hubieran participado en ningún grupo de discusión o entrevistas. En las dos primeras visitas se coincidió con el enfermero investigador de turno, para dar una razón a la visita, y no sorprender al resto del equipo. Tras estas primeras visitas, los profesionales no parecían sorprendidos de la presencia de la investigadora orgánica en un turno, que llegaba justo a la hora en la que se suele tener tiempo para tomar un café, en turno de mañana o tarde. Nunca se hicieron visitas en turno de noche, ya que eran difíciles de contextualizar.

En el espacio del café de media mañana o inicio de tarde, la investigadora orgánica aprovechaba para sentarse con el equipo que pudiera parar en

ese momento, y a través de una conversación semi-preparada se iba recogiendo mucha información.

Se decidió dejar escritas las reflexiones, notas y sucesos de la visita o encuentro con los profesionales de forma sistemática antes de salir del hospital, que en diversas ocasiones se enriquecieron con comentarios de pasillo con otros profesionales del equipo.

Las notas de las reuniones y diario de campo de la investigadora orgánica son datos escritos a mano en un cuaderno. En él se incluyen todas las anotaciones de las reuniones normalmente planificadas que se llevan a cabo con todo o parte del equipo; las reuniones mensuales que se ponen en marcha, las reuniones de diseño de intervenciones con las auxiliares, notas de los grupos de discusión, de los encuentros en el office con profesionales de turno, y reuniones que planifican periódicamente con el enfermero investigador y el coordinador, o la jefa de servicio. Se opta por no grabar en estos casos, porque se dan en espacios amplios y la grabación no sería óptima, porque el grupo solicita no darle tanta formalidad al encuentro, como el caso de las auxiliares, o porque se prioriza la naturalidad de ese encuentro para obtener información.

Además, se intenta anotar ideas o reflexiones que surgen en cualquier otro momento de la cotidianidad de la investigadora orgánica, anotando fecha y hora, que luego han resultado muy útiles para ordenar los datos cronológicamente.

Grupos triangulares:

Abogando por la necesidad de otras técnicas de entrevista grupal, también organizamos grupos triangulares, como una conversación entre un máximo de tres participantes y la investigadora orgánica, persiguiendo una dinámica de conversaciones más abierta, con el objetivo de explorar la reproducción del discurso de los profesionales sobre el trabajo en equipo (Conde, 1996; Martí, 1999).

Mientras que en los grupos de discusión la investigadora orgánica cubre un papel de moderadora de las interacciones, en el grupo triangular se mantiene un formato de conversación entre varias personas. En este caso lo interesante no es conocer cómo se construye su discurso, sino cómo funciona y se reproduce, confrontando aspectos individuales con los aspectos de grupo (Ruiz Ruiz, 2012).

Los grupos triangulares se organizan únicamente con enfermeros y auxiliares. Para organizar los grupos triangulares, el coordinador localiza un turno en el que trabajen dos profesionales enfermeros, y otro turno en el que trabajen dos profesionales auxiliares, que a priori, son reconocidos por el equipo como personas que manifiestan una opinión crítica, positiva o negativa, y que seguramente aceptarían mantener una conversación con la investigadora orgánica. El objetivo era poder hablar con las personas del equipo con una voz crítica más negativa, o que habitualmente manifiestan su opinión desde un punto de vista más inmovilista, para poder recoger el mayor rango de opiniones posibles.

No se les informa a priori sobre la organización del grupo triangular, sino que la investigadora orgánica se presenta en el turno, de forma aparentemente espontánea, y les pregunta si es posible tener una breve conversación sobre cuestiones particulares del proyecto.

En ambos casos se llevan a cabo en turno, en el office, y dada la espontaneidad buscada, que garantice la naturalidad de la conversación entre tres personas (Conde, 1996), no se graban, y se toman notas en el cuaderno de reuniones, durante el desarrollo y una vez finalizado el grupo.

Encuesta evaluación:

Una vez implementadas todas las intervenciones que los profesionales deciden llevar a cabo se plantea al equipo la necesidad de realizar una evaluación del proceso. Para ello se decide aprovechar la organización de la actividad formativa fruto de una de las intervenciones del proyecto, en la que se encuentran todos, aunque en diferentes turnos. Al finalizar la actividad formativa se pasa la encuesta de evaluación final del proyecto junto con la de satisfacción del propio curso.

La encuesta se diseñó en papel, que respondieron 27 profesionales en la que se aprovechó para recoger datos sociodemográficos que permitieran caracterizar la muestra de participantes. Se establecieron cinco bloques de preguntas en los que se combinaron preguntas numéricas con una valoración entre 1 y 10, alguna pregunta abierta y un espacio de observación al finalizar cada apartado, que permitieran realizar comentarios o reflexiones. Los bloques contenían preguntas de cada intervención, siendo cuatro las intervenciones propuestas, y sólo tres las implementadas finalmente,

y un quinto bloque general, de valoración de desarrollo del proyecto. En total contenía 16 preguntas, 9 de las cuales eran de respuesta numérica, 7 de respuesta abierta, y 5 apartados de observación, uno para cada bloque (Anexo 6).

En una segunda encuesta evaluamos la adecuación de la actividad formativa, con once items de satisfacción que debían valorar del 1 al 10, y con un espacio de opinión abierta al finalizarla.

Los resultados de ambas encuestas se descargaron a una hoja de cálculo que facilitó su análisis posterior.

En la investigación cualitativa podemos diferenciar dos tipos de materiales empíricos, las entrevistas individuales o grupales, que suponen un medio para obtener datos sobre un fenómeno, que responden a un interés concreto, y los “materiales naturales” (Denzin et al., 2005), que permiten recoger ejemplos del fenómeno en cuestión.

En esta IAP hemos utilizado una combinación de métodos etnográficos y participativos. El propio desarrollo de la investigación, que nos ha llevado a utilizar técnicas de recogida de datos de carácter más naturalístico, ha colocado a la investigadora orgánica en contacto directo con el equipo, con el que finalmente se acaba produciendo cierto grado de integración. Los profesionales han acabado entendiendo el papel de la investigadora orgánica como un motor externo, pero a su vez, interno del proyecto, lo que nos ha trasladado de forma progresiva, desde un planteamiento inicial de una “outsider” en colaboración con “insiders”, a una investigación de “colaboración recíproca”, dando rasgos etnográficos a este proyecto de IAP.

4.3. ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis de los datos se lleva a cabo de forma iterativa a lo largo del proyecto de investigación, aunque responde a diferentes propósitos en cada momento, lo que nos permite hablar de tres tipos de análisis diferentes; un análisis operativo de los datos en cada fase del proyecto, el análisis del diario de campo como otra fuente de datos, y el análisis final.

En primer lugar, en diferentes momentos clave del proyecto como al finalizar una fase, diseño de intervención, o punto clave en el que buscábamos

garantizar consenso en las decisiones a tomar, se lleva a cabo un análisis de carácter más operativo de los datos.

Este análisis operativo persigue el objetivo de generar documentos de forma relativamente rápida, para devolver a los profesionales información de estado, o resumen del consenso. Este member-checking o retroalimentación de informante es necesario para validar los datos recogidos, pero además resulta esencial para mejorar la precisión, credibilidad, validez y transferibilidad del proyecto, es decir, nos permite garantizar el rigor en la toma de decisiones y del proceso de transformación (Birt, Scott, Cavers, Campbell, & Walter, 2016). Y es un elemento importante para mantener el ritmo y tensión del proyecto a lo largo de su trascurso.

Para elaborar los documentos de retroalimentación, se lleva a cabo un análisis de tipo inductivo, de contenido, de los datos recogidos con la técnica pertinente en cada momento (Magaly & Cadenas, 2007). Se elaboran resúmenes que reflejan la opinión, decisiones, acciones, y estado en cada momento, siguiendo las premisas de formato y extensión que los profesionales proponen. Los profesionales solicitan que los documentos de resumen tengan una extensión máxima de una hoja, que tengan una narrativa sencilla, comentan que no es necesario que incluyan referencias de literatura, ya que no las consultaran, y proponen que la difusión se haga por dos vías, a través del correo institucional y colgada en papel en el corcho del office. La triangulación se lleva a cabo con algunas respuestas o comentarios que los profesionales envían por mail, y recogiendo opiniones en el office tras haber colgado el documento de estado pertinente.

En uno de los casos, para forzar una triangulación de resultados más firme, se solicita la devolución de comentarios por escrito respecto a uno de los documentos de estado. En este caso se dejó una caja de cartón en el control de enfermería, en el que los profesionales dejaban de forma anónima el papel con comentarios escritos.

La rapidez en la generación de documentos de retroalimentación o triangulación, viene dada por la necesidad de mantener activo el campo (Darragh, Traynor, & Joyce-McCoach, 2016). El equipo solicita que, tras una acción determinada, como un grupo de discusión, entrevista, u otro tipo de acontecimiento, se les haga llegar un documento de resumen. Esto hace pensar que, si se deja pasar mucho tiempo en hacerles llegar la informa-

ción resulta muy costoso volver a conectarles con el punto en el que nos encontrábamos, lo que obliga a llevar a cabo un análisis de carácter más descriptivo de los datos para ir generando los documentos que determinan el avance del trabajo de equipo.

Podemos hablar de un segundo tipo de análisis, el que responde al análisis del diario de campo, de forma cíclica. Tanto en el momento de elaborar documentos de consenso, como en el análisis final se ha utilizado al diario de campo como fuente cronológica de los sucesos.

El diario ha supuesto una fuente fundamental de datos, anotaciones, y reflexiones de la doctoranda que ayudaban a estructurar la información (Wolf et al., 2012a). Se entiende como un tercer análisis de los datos, porque ha resultado una forma de organizar, y cruzar los datos del campo, con datos que evidencian la transformación de la investigadora orgánica a lo largo del proceso. Se ha utilizado como una fuente más de información, pero también como una herramienta de triangulación de los datos obtenidos a través de otras técnicas, y como herramienta de rigor que ha dado cuerpo cronológico al proceso (Abad et al., 2010; De la Cuesta Benjumea, 2003).

El diario de campo ha resultado una fuente principal de datos para el proyecto. Se ha conseguido registrar datos relativos a anotaciones tras reuniones y encuentros en la unidad, reflexiones tras el intercambio de mails con los profesionales, pensamientos que surgían en el desarrollo de las fases; miedos, retos, expectativas..., anotaciones tras visitas al centro por cualquier otra razón, e incluso se han llegado a anotar reflexiones sobre cómo cambia la perspectiva de la investigadora orgánica en relación a otros temas vinculados a la profesión, y relacionados transversalmente con el trabajo en equipo, como la metodología enfermera, y la docencia de la formación de grado.

Un catálogo amplio de información que además de ser útil en la elaboración de documentos de carácter más operativo, ha resultado esencial en la fase de análisis final, permitiendo evidenciar transformaciones propias y del equipo a lo largo de estos meses.

Evidentemente, además, ha supuesto un elemento de reflexividad esencial en el proceso de investigación (Bover, 2013). Fruto de esta reflexividad, se evidencia, que, a pesar de entrar en el campo sin habernos alineado con

elementos teóricos propuestos por un único autor, buscando evitar así un sesgo en la mirada a los sucesos y transformaciones, resulta perceptible la influencia de los elementos del marco conceptual de Reeves et al, que tras una revisión a posteriori, se evidencia que marcan la recogida de datos empíricos y exposición de información.

Tomar consciencia de esta impregnación en la mirada a los datos, seguramente fruto del trabajo con el primer proyecto financiado, en el que utilizamos la mirada teórica del autor, ha sido muy interesante para poder aprovechar al máximo el marco conceptual de Scott Reeves como herramienta de organización inicial de los datos, que analizamos de forma global incorporando otros elementos teóricos.

En tercer lugar, se ha llevado a cabo el análisis final de los datos. Una vez que se decide disminuir la presencia de la investigadora orgánica en el campo, para iniciar el proceso de elaboración de la Tesis, se lleva a cabo el análisis global de los datos. Éste se ha llevado a cabo con un nivel de profundidad mayor, revisando cronológicamente de nuevo todos los datos recogidos de las diferentes fuentes de información, en las diferentes fases del proyecto. Activando un proceso inductivo-deductivo, que nos lleva de los datos empíricos a los elementos teóricos de forma iterativa o cíclica, ayudando a emerger aquellos elementos que la presente investigación, esperamos sea capaz de aportar al conocimiento científico. Se ha llevado un análisis de carácter más interpretativo buscando dar respuesta a los objetivos específicos planteados en la investigación a partir de un análisis del proceso y del discurso de los profesionales (Farías & Montero, 2005), tras una inmersión en los elementos que componen la perspectiva teórica del estudio.

Este proceso de análisis de los datos, uno de carácter más operativo, y otra más interpretativo, persigue la premisa de lograr la complicitad interpretativa, es decir, que el equipo se sienta partícipe del proceso de interpretación teórico-creativo de los resultados a partir de los datos empíricos (Calderon, 2009; Martí, 1999).

Dada la gran cantidad de datos empíricos, las diferentes fuentes y tipo de datos recogidos, no ha resultado factible utilizar una herramienta informática que permita mejorar la sistemática de la organización global de los datos. Así que se ha llevado a cabo un análisis clásico, partiendo de la iden-

tificación y reflexiones al margen de los documentos, como proceso inicial de codificación. Que tras un trabajo de profundización en los datos y elementos teóricos, me lleva a pasar de una codificación de datos objetivos o transparentes de los hechos, a códigos que me facilitan el descubrimiento y me permiten la investigación adicional del proceso (Denzin et al., 2005; Seidel, 1998).

La organización de los datos se lleva a cabo respondiendo al desarrollo de las fases, aunque esto, en ocasiones no supone un hilo cronológico. Es decir, los acontecimientos de cada fase van sucediendo en diferentes momentos de estos tres años de trabajo de campo. La fase de diseño, para alguna intervención sucede al principio del proyecto, y para otras casi al final, pero exponen ambos como parte de la fase de diseño. Entiendo que analizar los datos organizados en fases me permite ofrecer una exposición ordenada del proceso mientras que, si lo hubiera hecho cronológicamente, solo hubiera logrado relatar sucesos, en ocasiones desconectados, mientras que analizarlos como parte de un proceso que responde a diferentes fases me permite analizar los hechos objetivos, a la vez que la transformación individual, colectiva e institucional.

Las fases se han agrupado según la mirada propia de la IAP, en aquellas en las que se da mayor presencia de proceso de reflexión o acción. Es evidente que la reflexión y la acción necesarias en este tipo de investigación, son un continuum, no son cajas estancas, pero para facilitar el análisis, he partido de la idea de que en cada fase se daban predominantemente procesos de un tipo, tratándose de momentos en los que el equipo se prepara o evalúa la acción, que he catalogado como procesos de reflexión, y momentos en los que se ésta se lleva a cabo, catalogados como procesos de acción.

La primera fase del proyecto de entrada al campo, se analiza por separado, ya que no responde a procesos de reflexión propiamente, sino que se trata de un suceso de trámites necesarios antes del inicio de la investigación.

La segunda y tercera fase, de diagnóstico de situación y diseño de intervenciones, respectivamente, se analizan como fases en las que predomina el proceso de reflexión. En estas fases el equipo trabaja analizando cómo son sus dinámicas diarias, y buscando qué las condiciona, a la vez que empiezan a proponer y diseñar qué tipo de acciones se podría llevar a cabo para modificar estas dinámicas.

En la cuarta fase, de implementación de intervenciones, se evidencia un proceso de acción, en el que se deciden poner en marcha las diferentes intervenciones propuestas por el equipo, aunque entiendo que la acción siempre va acompañada de la reflexión inherente.

La quinta fase, de evaluación, entiendo que responde a una etapa de reflexión, que va construyendo el proceso en espiral que caracteriza la IAP, en el que, tras la evaluación del proceso, se reactivan nuevas fases de desarrollo.

La sexta y última fase, de transferencia, se entiende como otro momento de acción, analizada de forma un tanto particular, ya que en ella describimos cuáles han sido las acciones de transferencia y visibilidad de los resultados de la investigación.

A su vez, trabajar a partir de las fases de desarrollo del proyecto, permite presentar de forma más sencilla, los dos tipos de análisis que se han llevado a cabo. El análisis de tipo más operativo, que se visibiliza al finalizar cada fase, en la que se elabora un documento de triangulación, con el objetivo de poder seguir adelante con la siguiente fase. Estos documentos se recuperan en el segundo tipo de análisis, más global de los datos, para el que se lleva a cabo de nuevo la lectura cronológica de los datos recogidos de las diferentes fuentes. Se retoma el análisis de contenido de los documentos de member-checking o retroalimentación, buscando la conformación de categorías heurísticas que guíen la nueva producción de conocimiento (Jagosh et al., 2012).

A lo largo del proyecto el equipo se encuentra inmerso en un proceso de IAP en forma de espiral articulado por diferentes ciclos intercalados de reflexión-acción, mientras que la exposición cronológica de los resultados puede aparentar equívocamente que el proceso de reflexión-acción sucedido en el proceso de cambio responde a un único ciclo.

4.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La consideración de los aspectos éticos en un proyecto de investigación como el presente, no se circunscribe únicamente a cumplir con la formalización de las autorizaciones éticas. Por supuesto, también en esta investigación se parte del compromiso de garantizar el bienestar de los partici-

pantes y por ello el proyecto cumple con los estándares marcados por la Declaración de Helsinki (WMA. World Medical Association, 2013), con los principios bioéticos de justicia, beneficencia y autonomía, y con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

Pero además, la investigación cualitativa está marcada por un estereotipo en relación a la naturaleza de sus objetivos y técnicas de recogida de datos, entendiéndose en muchas ocasiones que son de bajo riesgo ético para sus participantes. Sin embargo, cabe destacar que son investigaciones que se llevan a cabo con personas, recogiendo datos de contextos y circunstancias personales y particulares. Por tanto, requiere ser extremadamente cuidadoso con las relaciones con el grupo, con el modo de entrar al campo, y de recoger datos, y en el cómo éstos se interpretan y se explican (Abad et al., 2010; Bergold & Thomas, 2012).

En este tipo de investigaciones es importante no caer en el error de fomentar los aspectos negativos de la estructura social existente que estamos intentando cambiar. Por lo que resulta muy importante llevar a cabo un ejercicio de reflexividad continuo que garantice la acción comprometida con la justicia social, que responda a las necesidades reales del grupo (Calderon, 2011; McCormack et al., 2002; Meyer, 2008) a conceptual framework was developed that represented the interplay and interdependence of the many factors influencing the uptake of evidence into practice [Kitson A., Harvey G. & McCormack B. (1998, y que responde a uno de los compromisos éticos que debe asumir la investigadora orgánica.

Además, para poder responder a un verdadero compromiso ético, cabe garantizar que la investigación responda a un proceso democrático, y de descentralización. Que cuente con el soporte local de los líderes de las propias instituciones, y que sean ellos quienes quieran cambiar la estructura de funcionamiento establecida por la institución. Contando con un facilitador que logre la máxima participación, y que garantice que el grupo entienda el desarrollo y resultados del trabajo (Reason, Peter; Bradbury, 2013; Wright, Brito, Cook, Kleba, et al., 2013).

Para intentar cumplir con todos los requisitos de un compromiso ético que garantice el respeto por las personas, el conocimiento y la experiencia que aportan a la investigación se han llevado a cabo las siguientes acciones;

- El proyecto cuenta con la conformidad por parte del CEIC y de la Comisión de Investigación del Centro, antes de la entrada al campo.
- Cuenta con el permiso de entrada al centro por parte de la Gerencia, Dirección de Enfermería, Coordinador de la unidad y Jefes de servicio.
- Cuenta con el consentimiento informado, firmado por todos los profesionales vinculados asistencialmente a la unidad, que se entregó junto a una hoja de información sobre el proyecto. En dicho documento se les dejó el teléfono y mail de contacto de la doctoranda, por si era necesario clarificar dudas o expresar opiniones.
- Se planteó un ejercicio de reflexividad por parte de la investigadora orgánica, que recogía los datos a lo largo de la investigación, que permitió garantizar el respeto necesario a las personas y diferentes opiniones que surgían. Es decir, en todo momento se gestionó de la misma forma cualquier opinión expresada por un profesional de cualquiera de las tres categorías profesionales (médico, enfermera y auxiliar de enfermería), por un hombre o mujer, independientemente de la edad, raza o etnia, y experiencia profesional.
- Se planteó al inicio un acuerdo con todos los participantes sobre el uso y difusión de los datos. Se evidenció que la investigación respondía al doctorado de la investigadora orgánica, y que los datos, una vez cerrada la tesis, quedarían a la disposición de todos. Se clarificó que las autorías para presentaciones y artículos, se harían respetando el trabajo hecho en cada ocasión.
- En este sentido la doctoranda se comprometió a localizar posibles fuentes de transferencia de información, que permitiera la máxima difusión del proyecto, y a medida que iba avanzando su desarrollo, la máxima difusión de los resultados.
- El proceso de análisis, en dos fases diferenciadas, en primer lugar, a partir de los documentos de consenso que se iban elaborando y, en segundo lugar, tras un análisis más interpretativo de los resultados, fue triangulado en todo momento. Se ha intentado llegar a una fase de análisis participativo, que nos permitiera conseguir la “complicidad participativa” necesaria en este tipo de proyectos, que suponen un elemento esencial para el compromiso ético y rigor de su desarrollo.

Por encima de todas las acciones que se han llevado a cabo, con el objetivo de lograr un proceso ético de investigación, entiendo que el compromiso de la investigadora orgánica con el proyecto y, por tanto, con el respeto a sus participantes, es el elemento esencial para garantizarlo.

4.5. RIGOR

Entendemos que el propio compromiso ético de la doctoranda con el proyecto resulta en sí mismo uno de los elementos de rigor de esta investigación (Calderon, 2011).

La discusión sobre los elementos la evaluación de la calidad de una investigación cualitativa es un debate candente y plantea múltiples opciones de criterios y guías. Dentro de este panorama complejo, entendemos que hemos trabajado sobre 4 de los criterios propuestos para garantizar la calidad y rigor de una investigación cualitativa (Calderón, 2002; Calderon, 2009).

En primer lugar, entendemos que el hecho de mantener una coherencia entre la perspectiva teórica y metodológica del proyecto le otorga consistencia a la investigación.

También se ha trabajado en justificar la relevancia del proyecto. Porqué y para qué toman sentido investigaciones como ésta, que llevamos a cabo con grupos de personas, que persiguen una transformación que responda a nuevas formas de justicia social.

En tercer lugar, se han llevado a cabo diferentes estrategias que permitieran garantizar la validez de los datos no sólo en cuanto a la minuciosidad y transparencia en la vertiente procedimental sino también en el trabajo interpretativo-explicativo. Se han triangulado diferentes fuentes de recogida de datos, se ha trabajado para llevar a cabo una descripción detallada de intervenciones, opiniones, diálogos que sucedían a lo largo del proceso. Se han triangulado los datos con los propios participantes, para garantizar que respondían a la situación del contexto en ese momento.

Y en último lugar, consideramos que se ha mantenido un ejercicio de reflexividad continuo por parte de la doctoranda, consciente de su rol y responsabilidades como investigadora orgánica y situándose a sí misma como objeto permanente de auto-indagación (Calderon, 2011).

El hecho de devolver los resultados a nuestra audiencia principal, que son los profesionales de la unidad, y de ser capaces de transferir nuevo conocimiento, tal vez dirigido a otra audiencia, como es el ámbito científico, nos dotará de una agenda política. Agenda política que tiene que ver con la relevancia de este proyecto, con el tipo de relaciones que tenemos con el otro, con el para qué y para quién es producido el conocimiento (Sisto, 2008). Entiendo que la construcción de esta agenda, es otro elemento de rigor, ya que la investigación, tal y como indica Denzin, debe ser una práctica política que genera espacios de reflexión y transformación de lo social (Denzin et al., 2005).

CAPÍTULO 5

RESULTADOS





RESULTADOS

Dada la particularidad del desarrollo del trabajo de campo en una Investigación Acción Participativa (IAP), que se desarrolla bajo cierto descontrol-controlado (Shojania et al., 2007) se va avanzando en algunos aspectos, a la vez que en otros se detiene. Este proceso de investigación dinámico le da cierta complejidad a la generación de resultados, que exige al investigador ir (re)pensando y (re)planteando las técnicas de recogida y validación de datos, ya que se deben ir ajustando a las necesidades a las que hay que dar respuesta en cada momento (Scambler, 2002).

Todo ello le confiere cierta complejidad a la exposición d resultados, que en este capítulo he optado por presentarlos combinando el eje cronológico, y los ejes clásicos de la IAP; el proceso y el contenido.

Este capítulo se estructura según las 6 fases de desarrollo del proyecto que he analizado según los ejes clásicos de la IAP; contenido y proceso.

- Los resultados de cada fase se presentan con un breve relato inicial, de carácter más narrativo para facilitar la comprensión de los sucesos, y contextualizar los resultados.
- En el apartado **contenido** se exponen los resultados que permitirán discutir qué y cómo es el trabajo en equipo en la unidad, y cómo proponen cambiar sus dinámicas. Este apartado se divide en dos categorías; dinámicas de trabajo en equipo y capital.
 - La categoría **dinámicas de trabajo en equipo** se crea para poder mostrar los resultados que caracterizan las dinámicas cotidianas de trabajo entre los profesionales.

- La categoría **capital**, se crea para mostrar el potencial intrínseco del equipo, elementos que identificamos que ya “llevan en la mochila” al empezar el proyecto. Se ha decidido que el capital forma parte de la categoría contenido, porque entiendo que son elementos que condicionan su forma de trabajar en equipo, no representan dinámicas, sino más bien un estilo propio y tampoco se han comprendido como elementos de proceso.
- En el apartado de **proceso** se exponen los resultados que permiten evidenciar la transformación del equipo asistencial y de la investigadora orgánica, y nos permitirán analizar cómo ambas transformaciones siguen un proceso común que finalmente también transforma el contenido. Este apartado se divide en dos categorías; proceso del equipo asistencial y proceso de la investigadora orgánica.
 - La categoría **proceso del equipo asistencial**, permite mostrar la transformación que sufren los profesionales, mostrando los procesos de reflexión, emoción y cambio de identidad que emergen, se sostienen y/o cambian a lo largo de las fases.
 - La categoría **proceso de la investigadora orgánica**, permite mostrar la transformación sufrida por la doctoranda, a partir del cambio en los procesos de reflexión, emoción y adquisición de habilidades.

Dentro de cada categoría, se presentan los resultados a partir de **sub-categorías**, que se definen en cada fase, al igual que en algunas subcategorías en las que se incluyen **conceptos primarios o macro-códigos** que facilitan su comprensión, y también son definidos en su primera referencia en el texto. Esta organización de los datos persigue el objetivo de facilitar la comprensión del proceso, pero asumo que se trata de una fragmentación forzada, ya que la transformación del proceso y del contenido en muchos casos es difícil de separar, y los sucesos que se acontecen en las fases, pueden responder a un hilo temporal no lineal.

Cada apartado se subdivide, a su vez, en diferentes categorías, subcategorías y macro-códigos, para facilitar la comprensión del capítulo de resultados. A continuación, presento, a modo de guía, la malla de análisis de los resultados, para facilitar la comprensión de este capítulo;

EJE DE CONTENIDO	FASE 1 ENTRADA AL CAMPO	FASE 2 DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN	FASE 3 DISEÑO DE INTERVENCIONES	FASE 4 IMPLEMENTACIÓN	FASE 5 EVALUACIÓN	FASE 6 TRANSFERENCIA
	SUBCATEGORÍAS					
CATEGORÍA del equipo asistencial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexión ▫ Reconocimiento ▪ Emoción ▫ Dudas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexión ▫ Silencios ▫ Resignación ▫ Auto descripción ▪ Emoción ▫ Esperanza 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexión ▫ Escepticismo ▫ Pensamiento crítico ▫ Participación y comunicación ▫ Conciencia del impacto ▪ Emoción ▫ Esperanza ▫ Miedo ▫ Compromiso 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexión ▫ Proponentes ▫ Pensamiento crítico ▫ Repensando el equipo ▪ Emoción ▫ Crispación y cansancio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexión ▫ Pensamiento crítico ▫ Reconocimiento ▫ Inmovilismo ▪ Emoción ▫ Tensión ▫ Satisfacción y sorpresa ▫ Protección ▪ Nueva identidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexión ▫ Investigación ▪ Emoción ▫ Ilusión
CATEGORÍA de la investigación orgánica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexión ▫ Idealismo ▫ Tiempos diferentes ▪ Emoción ▫ Incertidumbre ▪ Habilidades ▫ Convencer, seducir ▫ Activar el campo ▫ Adaptar discurso 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexión ▫ Tiempos diferentes ▫ Reentrada hospital ▪ Emoción ▫ Incertidumbre ▫ Confianza ▪ Habilidades ▫ Descontrol 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexión ▫ Tiempos diferentes ▫ Provocar vs ofender ▫ Cambio cultura necesario ▫ Integración ▪ Emoción ▫ Miedo ▫ Sacar partido ▪ Habilidades ▫ Descontrol ▫ Creatividad ▫ Provocación ▫ Seducción 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexión ▫ Tiempos diferentes ▫ Integración ▪ Emoción ▫ Descontrol ▫ Reafirmación ▪ Habilidades ▫ Seducción ▪ Transformación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexión ▫ Integración ▫ Compromiso ▪ Emoción ▫ Satisfacción y frustración ▫ Cansancio ▪ Habilidades ▫ Esperanza 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexión ▫ Conciencia del impacto ▫ Compromiso ▪ Emoción ▫ Satisfacción ▪ Habilidades ▫ Investigación

EJE DE CONTENIDO	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	FASE 5	FASE 6
	ENTRADA AL CAMPO	DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN	DISEÑO DE INTERVENCIONES	IMPLEMENTACIÓN	EVALUACIÓN	TRANSFERENCIA
SUBCATEGORÍAS						
CATEGORÍA de Dinámicas de trabajo en equipo	<ul style="list-style-type: none"> Agendas y espacios TIC Carga asistencial Turnicidad 	<ul style="list-style-type: none"> Agendas y espacios TIC Carga asistencial Turnicidad Estabilidad Emoción, confianza Hegemonía médica Jerarquía Organización Representación profesional 	<ul style="list-style-type: none"> Agendas y espacios TIC Carga asistencial Hegemonía médica Jerarquía Rutinas Imprevisibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> Espacios o TIC Organización Confianza y respeto 	<ul style="list-style-type: none"> Organización Empoderamiento Sostenibilidad 	
	CATEGORÍA Capital	<ul style="list-style-type: none"> Liderazgo Responsabilidad Rigor 	<ul style="list-style-type: none"> Liderazgo Responsabilidad Rigor Misión 	<ul style="list-style-type: none"> Liderazgo Rigor Misión 	<ul style="list-style-type: none"> Liderazgo Misión Rigor Compromiso Pragmatismo 	<ul style="list-style-type: none"> Liderazgo <ul style="list-style-type: none"> Reconocimiento Cansancio Compromiso Rigor

A lo largo del capítulo se recuperan verbatines o anotaciones, para ilustrar cada categoría, subcategoría y macro-código pertinente. Cada uno de ellos es encabezado por dos siglas separadas con un guion (-). La primera hace referencia a la fuente de obtención de información; GD (grupo de discusión), E (entrevista), EO (encuesta on-line), E (encuesta en papel), GT (grupo triangular), NR (notas reuniones) y DC (diario de campo). Y la segunda sigla hace referencia al profesional al que se refiere, que solo se indica si se ha podido identificar, ya que a veces se trata de respuestas anónimas; MED (médico), ENF (enfermera), AE (auxiliar de enfermería), IO (investigadora orgánica). En muchas ocasiones se presentan los resultados en forma de reflexión de lo sucedido, ya que no se grabaron gran parte de los encuentros, y se tomaron notas en el cuaderno de campo que se trasladan para acompañar el análisis.

5.1. FASE 1. PREPARACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En junio del 2013 me planteé la posibilidad de llevar a cabo una IAP en una unidad de hospitalización que formó parte del trabajo de campo del proyecto financiado por el FIS. En el panel de expertos del proyecto FIS fueron claves las aportaciones de los profesionales de la unidad médica. Tras el análisis de los resultados fueron muy críticos respecto a cómo era posible que en la actualidad todavía NO trabajáramos en equipo, cuando entendían que esto era imprescindible para garantizar una atención a la salud correcta y segura.

Tras elaborar una propuesta inicial del proyecto, llevé a cabo un primer contacto con los líderes formales de la unidad; en primer lugar, con el coordinador de enfermería, y en segundo lugar con los jefes de servicio de las dos especialidades médicas vinculadas a la unidad. A todos les pareció buena idea arrancar con un proyecto de este estilo, que pretendía involucrar a los profesionales en, lo que para ellos suponía, un proceso de evaluación y mejora de su práctica asistencial.

El siguiente paso fue presentar el proyecto a la Gerencia y Dirección de Enfermería del centro. Se solicitaron y obtuvieron los permisos de conformidad por parte de la Gerencia, Dirección médica y de enfermería para el acceso al Hospital, y los del Coordinador de Enfermería y Jefes de Servicio para el acceso a la unidad.

Una vez garantizado el acceso al centro y la unidad, se envió el proyecto al CEIC (Comité Ético de Investigación Clínica de las Islas Baleares), que emitió un informe inicial en el que planteaban dos alegaciones en relación a la metodología utilizada para el proyecto, y una vez resueltas emitió un informe favorable. Por otro lado, la Comisión de Investigación del Centro, una vez que dispuso de los permisos firmados y del informe favorable por parte del CEIC también emitió un informe favorable.

Se presentó el proyecto a la convocatoria de Ayudas a Proyectos de Investigación del COIBA (Colegio Oficial de Enfermería de las Islas Baleares), que fue concedida el mes de diciembre de 2013, con un presupuesto final de 3000€ para un año de trabajo de campo, que finalmente se prorrogó a dos años contando con el mismo presupuesto.

El mes de julio de 2013 se llevaron a cabo las primeras reuniones con los dos equipos médicos y de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería juntas) para informarles sobre el proyecto, y proponerles diferentes formas de participación/implicación a lo largo de su desarrollo. Se optó por reunirlos en grupos diferentes, dada la dificultad de encontrar tiempos comunes. Fue imposible reunir junto a todo el equipo, así que los médicos ofrecieron el espacio de una sesión clínica de la mañana para presentarles el proyecto, en el despacho de ambos jefes de servicio, donde llevan a cabo la reunión diaria. Y las enfermeras y auxiliares eligieron la franja de las 15:30h para hacer una reunión en el office, de manera que el turno de mañana y tarde tuviera más facilidades para acudir.

En las reuniones con los profesionales, el grupo de médicos hizo algunas preguntas concretas sobre las técnicas que íbamos a utilizar para la recogida de datos, sobre los posibles niveles de compromiso con el proyecto, y si la organización sabía que íbamos a arrancar este proyecto. En las reuniones con el equipo de enfermeras y auxiliares las preguntas giraron en torno al nivel de compromiso con el trabajo de campo, y de cómo se haría el reconocimiento de las horas de inversión necesarias.

Se llevaron a cabo las reuniones en julio, justo antes de que el grueso de la plantilla fija de la unidad cogiera vacaciones en periodo de verano, con la intención de poder informar a todo el mundo, y arrancar con el trabajo de campo al finalizar el periodo vacacional, excepto con los médicos de una de las especialidades, con los que no conseguimos reunirnos hasta octubre.

En estas reuniones se les presentó el diseño y objetivos del proyecto, visibilizando su conexión con el proyecto FIS anterior, las fases de desarrollo, y propuestas de participación/implicación.

Inicialmente se propusieron, tal y como se ha comentado en el capítulo de diseño, tres niveles de implicación diferentes en el desarrollo del proyecto; un primer nivel de vinculación alta, un segundo nivel de vinculación media, y un tercer nivel de vinculación baja con el trabajo de campo.



Primera propuesta del sistema de comunicación según diferentes niveles de compromiso.

Tras estas primeras reuniones hubo tres solicitudes de participación como equipo de representantes, por parte de dos médicos y un enfermero de la unidad. Por otro lado, 4 médicos, indicaron que participarían en lo que pudieran, sin concretar un nivel de implicación determinado. Ningún enfermero y auxiliar respondió vía correo electrónico, sin embargo, tras colgarse una lista en papel en el office, se inscribieron 7 personas más como participantes, de los que 5 eran enfermeras y 2 auxiliares.

El office emergía como un espacio clave principalmente para la comunicación con el equipo de enfermeras y auxiliares. Aparecían los primeros problemas con el uso del correo institucional por parte de los enfermeros y auxiliares, y la difusión de documentos en papel como un medio de comunicación que resultará clave en el desarrollo de la investigación.

Durante estos meses me mantengo conectada vía mail con el coordinador de la unidad, con cualquier excusa, y finalmente tras la época veraniega decidimos organizar una reunión con el único enfermero, que había mos-

trado interés en participar activamente en el proyecto. No convocamos a los médicos que manifestaron su intención de implicarse como representantes, ya que clarifican que podemos contar con ellos para lo que necesitemos pero no quieren liderar el proyecto.

El objetivo de esta reunión era planificar la entrada al campo, y (re)plantear las propuestas de vinculación en el proyecto, generando otro tipo de participación que garantizara el flujo de información necesario para la triangulación. Nos reunimos en el despacho del coordinador, y acordamos que el equipo investigador se conformaría por; el enfermero investigador¹, el coordinador de la unidad y la doctoranda, ya que ambos manifiestan ganas de trabajar e implicarse de forma activa.

Aprovechamos la reunión para poner en común las dificultades que los profesionales de la unidad han planteado a ambos para participar en el proyecto, y decidimos proponer un nuevo tipo de estructura de comunicación/participación. Hablamos metafóricamente de “tejer una tela de araña”. Es decir, decidimos no imponer un sistema de comunicación prefijado, sino ir identificando a los profesionales que eran informantes clave y que ayudarían a la circulación de la información. Las tres personas clave fueron la jefa de servicio de uno de los equipos médicos, ya que está en contacto con todo el equipo médico a diario, con el equipo de enfermería y auxiliares en el pase de visita², y es una líder reconocida por todos. Otro fue el coordinador de enfermería es una figura que de forma natural facilitará la difusión de información, ya que está en contacto diario con enfermeras y auxiliares del turno de mañana e inicio de la tarde, y a su vez tiene una relación de confianza con ambos equipos médicos, y también en un líder reconocido por todos. Y el otro fue el enfermero investigador, que en sus turnos se encarga de mover/difundir la información entre los compañeros. También elaboramos una lista de profesionales considerados como referentes por el equipo de las tres categorías, que entendemos que deben ser consultadas en momentos clave.

1. En este capítulo nos referiremos a este enfermero como enfermero investigador, para poder diferenciar su aportación de la del resto del equipo, aun entendiendo que todos los profesionales clínicos desarrollamos un rol investigador en nuestra práctica asistencial.

2. El pase de visita es como denomino al espacio diario, en el que diferentes profesionales de la salud visitan a un paciente ingresado en una unidad, con el objetivo de realizar una valoración global que marque el plan terapéutico a seguir.

Y también aquellas personas con una actitud más crítica, pero a su vez escéptica, de quienes también entendemos que es necesario incorporar su opinión en el desarrollo del proyecto.

Acordamos que la investigadora orgánica asume la organización y desarrollo de grupos, entrevistas, y elaboración de documentos de triangulación que garanticen consenso a lo largo de cada fase. Plantean la primera premisa de cara a la organización de los grupos de discusión y entrevistas y advierten de la importancia de evitar convocar reuniones de forma innecesaria, ya que no se va a poder reconocer formalmente la inversión de tiempo personal que dediquen los profesionales al proyecto. Por este motivo los profesionales que se ofrecen a participar en algunas de las acciones que se llevan a cabo solicitan que se haga en turno de mañana. Excepto en el enfermo investigador, que solicita que se organicen los grupos de discusión o entrevistas en los que él participe fuera de su horario de trabajo, es decir, cuando no esté de turno, ya que esto le supondría un aumento del estrés durante el turno de trabajo.



Sistema de comunicación en forma de red

5.1.1. Los resultados de contenido en la primera fase

5.1.1.1. Dinámicas de trabajo en equipo

La categoría de dinámicas de trabajo en equipo del apartado de contenidos de la fase 1 comprende 5 subcategorías, que permiten mostrar los resultados obtenidos en relación a aquellos factores que condicionan la dinámica de trabajo entre profesionales; agendas y espacios, las tecnologías de la información, la carga asistencial, la turnicidad y la disposición individual.

- Agenda y espacios [*Hace referencia a cómo la distribución del tiempo del que dispone cada profesional en la actividad clínica, y al espacio físico en el que ocurre ésta, puede condicionar la dinámica de trabajo en equipo* (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010)].

En la fase de entrada al campo aparecen los primeros problemas para encontrar tiempos y un espacio común entre médicos, enfermeros y auxiliares. Debo organizar reuniones por separado, con los médicos en el despacho de cada uno de los jefes de servicio, a primera hora de la mañana. Y con enfermeros y auxiliares, en el office de la unidad, en el cambio de turno.

- TIC (Tecnologías de la información) [*Se refiere a cómo el uso de las nuevas tecnologías de la información en la práctica clínica, puede modular la dinámica de trabajo en equipo* (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010)].

El correo institucional no resulta útil a los enfermeros y auxiliares, [DC-ENF "Tiene una capacidad muy pequeña y yo hace años que no lo consulto."], mientras que para los médicos es una herramienta de comunicación útil [E-MED "Pensaba que a todos nos iba bien"].

- Carga asistencial [*Se entiende como el nivel de trabajo o atención clínica de un profesional de la salud en un entorno hospitalario*].

Los profesionales justifican la falta de participación en los grupos y entrevistas por el cansancio debido a la alta carga asistencial de la unidad [NR-ENF "La gente dice que está cansada", "...los turnos son muy pesados últimamente"].

- Turnicidad [*Se refiere a la distribución de la jornada laboral de los profesionales de la salud en un entorno hospitalario, que al cubrir un horario de atención de 24h, debe ser distribuida en turnos rotatorios, que generan turnicidad*].

Los enfermeros y auxiliares comentan que es una limitación tener que venir desde casa a una reunión cuando se ha estado de noche o se está de libre [NR-ENF “Además hay que pensar que no se van a poder dar las horas a nadie que venga a un grupo”], mientras que los médicos solicitan reunirse en turno de mañana, que es cuando trabajan.

5.1.1.2. Capital

La categoría de capital en esta fase, se subdivide en tres subcategorías que reflejan el estilo intrínseco del grupo, que marca las dinámicas de trabajo; liderazgo, responsabilidad y rigor.

- Liderazgo [*Se refiere a cómo el estilo de dirección del líder de un equipo puede influir en la motivación, en la toma de decisiones, empoderamiento e innovación, por tanto, en las dinámicas de trabajo* (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010)].

Rápidamente aparecen en el equipo personas con ganas de liderar y participar, que se convierten en las personas clave que irán construyendo una nueva red de comunicación para el proyecto.

- Responsabilidad [*Se refiere a cómo influye en el trabajo en equipo, el hecho de que cada profesional asuma, o no, la responsabilidad clínica de sus acciones*].

La falta de reconocimiento de responsabilidad, propia y ajena, hace que muchos profesionales sientan que tampoco es su responsabilidad tirar adelante con proyectos de la unidad como este.

- Rigor [*Se refiere a la capacidad de trabajar sistemáticamente, de forma ordenada y respondiendo a un planteamiento uniforme para todos. Queda fuera de esta categoría la excepción de rigidez vinculada a este concepto*].

Des del principio, aparecen reflexiones sobre ir haciendo bien el trabajo, racionalizando el esfuerzo de las personas que participarán [DC-ENF-“...hay que mimar el tiempo de los profesionales”].

5.1.2. Los resultados de proceso en la primera fase

5.1.2.1. Del equipo asistencial

La categoría de equipo asistencial en el eje de proceso de la primera fase, se subdivide en dos sub-categorías que ayudan a comprender el proceso de transformación del equipo; reflexión y emoción. Estas subcategorías, reflejan procesos presentes durante el proceso de cambio, asociadas a procesos de reflexión que llevan a cabo, y a emociones que van surgiendo. Al ser ambas, dos categorías muy globales, se subdividen en macro-códigos, para ayudar a comprenderlas mejor.

- Reflexión [*Se refiere a los procesos de análisis con detenimiento de un suceso o información*].
 - Reconocimiento [*Este macro-código se refiere a la acción de distinguir a una persona o grupo de entre los demás, como consecuencia de sus acciones, tanto desde una dimensión materialista (jornada laboral o remuneración), como de respeto o agradecimiento*].

Por un lado, algunos enfermeros y auxiliares plantean reflexiones y dudas sobre si podrán contar con las horas que dediquen a la participación en grupos de discusión o trabajo fuera de horario.

Y, por otro lado, en las primeras reuniones, los médicos plantean dudas sobre la dimensión del proyecto [NR-MED “¿Todo esto se va a elevar a la dirección?”], a lo que se les explicó que sí, y se había hablado de la posibilidad de extrapolarlo a otras unidades si aquí se obtenían buenos resultados [NR-MED “Es importante que lo sepan”, “esto puede significar formación para mis profesionales, y consolidar cambios”].

- Emoción [*Se refiere al conjunto de reacciones psico-bio-físicas que acontecen a un suceso y que nos predisponen a percibirlo y actuar de una forma determinada*].
 - Dudas [*Este macro-código permite incluir aquellos pensamientos que generan incertidumbre, por la falta de evidencia sobre el resultado a obtener*].

Tras las primeras reuniones con los profesionales [NR-IO “He tenido la sensación de que cada vez que he dicho “cambio” me miran tensos”], además, plantean dudas sobre porqué un proyecto de este tipo en la unidad en relación a los resultados del proyecto FIS [NR-MED “¿Por qué nosotros, si somos los que mejor salimos en el proyecto?”]. Esto dio lugar a nuevos espacios de discusión con ellos, sobre la importancia de que en la unidad haya elementos facilitadores del cambio, que nos ayuden a llevarlos a cabo, y sostenerlos.

5.1.2.2. De la investigadora orgánica

La categoría de investigadora orgánica, al igual que la de equipo asistencial, se subdivide en tres grandes subcategorías; reflexión, emoción y habilidades. Al igual que sucede en la categoría anterior, la subcategoría **reflexión**, hace referencia a los procesos de pensamiento, pero en este caso de la doctoranda. La subcategoría **emoción** hace referencia a las sensaciones/reacciones, y aquí emerge una nueva subcategoría, la de **habilidades**, que resulta necesaria para mostrar cómo los resultados evidencian la necesidad de la investigadora orgánica de ir desarrollado nuevas habilidades de diferentes tipos. Estas tres subcategorías, de nuevo, tienen un carácter muy global, que se concreta a través de los **macro-códigos**;

- Reflexión

- Idealismo [*Este macro-código se refiere a la tendencia a idealizar los resultados de suceso*].

Aparecen anotaciones en el diario de campo [DC-IO “Al final conseguiremos cambiar cosas de verdad”], [DC-IO “Al llegar a la unidad me han saludado como a un conocido...”] ...siento que eso será bueno para el desarrollo del proyecto”].

- Tiempos diferentes [*Este macro-código se usa para evidenciar las concepciones del tiempo requerido para la consecución de acciones y de resultados que son diferentes según individuos y contextos*].

Las reuniones con los profesionales, principalmente los enfermeros y auxiliares, resultan de poca duración, ya que están en

medio de la actividad asistencial. Esto hace que haya que ser muy concreta con las explicaciones. Para mí resulta complejo, ya que vengo de un trabajo en el que se dedica mucho tiempo a la retórica para explicar propuestas, y aquí debo hacer todo lo contrario.

Además, creo que ellos tienen un enfoque muy pragmático, y quieren hacerlo todo rápidamente [NR-ENF "Hace varios meses que empezamos con esto, y no estamos haciendo nada"]. Al hablar del calendario de desarrollo del proyecto comentan [NR-ENF "¡ Esto el año que viene está hecho!"].

- Emoción

- Incertidumbre [*Este macro-código se refiere al sentimiento que acompaña al hecho de no saber con certeza qué resultado se obtendrá de una determinada acción*].

En las anotaciones del diario de campo, aparecen las primeras reflexiones de desánimo, ya que motivar a los profesionales en la participación resulta muy complejo. Aparecen escritas dudas sobre si el tema será adecuado, si en realidad será posible modificar dinámicas estando inmersos en una estructura organizacional tan rígida como es un hospital, y que nos permitirá ofrecer tan pocas cosas a cambio de la inversión de tiempo y esfuerzo de los profesionales [DC-IO "Tras sus preguntas también me ha pasado por la cabeza la posibilidad de que no salga nada en los grupos de discusión..."].

- Habilidades

- Convencer, seducir [*Este macro-código se refiere a la seducción de la palabra, como la capacidad de despertar el interés de otros sobre algún tipo de acción/reflexión (Calderon, 2009)*].

Como trabajo personal confronto mi timidez con el ejercicio de la persuasión sobre lo interesante que será involucrarse en un proyecto de este tipo. Hay que convencerles con argumentos sobre lo positivo que resultará para el propio equipo.

- Activar el campo [*Se refiere a la tensión necesaria para mantener alto el interés de los profesionales con una acción y proyecto*].
- El hecho de estar conectada de forma periódica con profesionales de la unidad me permite saber cómo están y mantenerlos en activo, lo que describo en el diario de campo como una sensación de “Activación del campo” [DC-IO “A pesar de no verles, sé lo que va sucediendo en la unidad”].
- Adaptar discurso [*Este macro-código se refiere a la necesidad de adaptar el tipo de lenguaje utilizado en la comunicación con un grupo respecto a otro*].

Como investigadora percibo diferentes exigencias por parte de los grupos profesionales de la unidad, y soy consciente que voy adaptándome [NR-IO “Me he dado cuenta que el discurso hoy ha sido más técnico o científico respecto al que utilicé el otro día en la reunión con enfermeros y auxiliares”], [DC-IO “Creo que me he intentado empoderar con el tipo de discurso”].

5.2. FASE 2. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Tal y como se describe en el capítulo 4, en esta fase, con el objetivo de recoger los datos que permitan elaborar un correcto diagnóstico de situación, sobre las dinámicas de trabajo en equipo, se llevan a cabo diferentes técnicas de recogida de datos. En primer lugar, tres entrevistas vía correo electrónico a informantes clave de la unidad, uno por categoría profesional, conformada por 4 preguntas abiertas.

En segundo lugar, se organiza un primer grupo de discusión, enviando la convocatoria por correo electrónico institucional, a la que solo tres personas solicitan participar; el enfermero investigador, una médica y el coordinador. El coordinador comenta que hay más gente dispuesta a colaborar en otros niveles, y el enfermero investigador ratifica que los profesionales “hablan del proyecto” en sus turnos, aunque nadie se anima a participar en este primer grupo.

En abril de 2014 programamos el grupo de discusión, o reunión, como le llaman los profesionales de la unidad, enviando un mail al que varios profesionales respondieron excusando su asistencia. Se organizó el grupo de discusión en un turno de mañana en el office de la unidad. Se propuso una fecha en la que, tras revisar el turno, se identificaron profesionales considerados referentes, para facilitar que espontáneamente pueden integrarse, a pesar de no haber confirmado su asistencia. Se convoca a las 10h de la mañana porque coincide con un posible descanso de los profesionales del turno, para tomar un café, lo cual facilitaba incorporaciones espontáneas, aunque todas acaban marchándose a los pocos minutos de empezar la grabación.

A lo largo de esta primera fase el coordinador de la unidad plantea la preocupación sobre el doble papel que juega, como líder formal y miembro del equipo investigador. Como co-investigador no quiere tener un papel impositivo, ya que considera que supondría una barrera en el desarrollo del proyecto. A partir de estas reflexiones les propongo iniciar un diario de campo a él y al enfermero investigador, y les entrego un cuaderno de diferente color, y un documento explicativo sobre el objetivo en dicho diario (Anexo 7).

Para cerrar el diagnóstico de situación triangulamos los datos que obtenemos en el presente proyecto, con los del proyecto FIS (95 horas de observación no participante, 6 entrevistas individuales, 2 por categoría profesional, y la participación en los dos grupos de expertos). Esta triangulación se comenta con los profesionales de la unidad médica, especificando que se tomarán solo los datos relativos a la unidad, sin compararlos con los de las otras unidades que estuvieron implicadas en el primer proyecto financiado.

Con la información de las entrevistas a informantes clave, la transcripción del grupo de discusión, y los resultados del proyecto FIS, se lleva a cabo un análisis operativo que me permite elaborar un documento resumen de diagnóstico de situación (Anexo 8).

Para triangular los documentos que se generen en el proceso del proyecto, se pacta que se hará siempre a través de mail y papel en el corcho. Los profesionales solicitan que los documentos tengan una extensión máxima de un folio y que sean de narrativa ágil.

Cabe señalar, que además de la triangulación por las vías pactadas, el enfermero investigador también recoge información en sus turnos.

5.2.1. Los resultados de contenido en la segunda fase

5.2.1.1. Dinámicas de trabajo en equipo

En esta fase, la categoría de dinámicas de trabajo en equipo, se subdivide en 13 subcategorías, que muestran los resultados sobre factores que modulan estas dinámicas; agendas y espacios, TIC, carga asistencial, turnicidad, estabilidad del equipo, emoción y confianza, hegemonía médica, jerarquía, roles, organización, y representación profesional.

- Agendas y espacios

Adaptan la actividad asistencial a las agendas de los médicos [GD-ENF “Los médicos son de pasar a primera hora, de 10 a 12h, y los digestivos un poco más tarde. Nosotros lo sabemos, estamos pendientes por si pasan, y sabemos que de 10 a 12h a lo mejor hay una punción lumbar, y de 12 a 14h una paracentesis”, “Nos hemos adaptado... además así se lo trasmitimos a los pacientes”].

Por otro lado hablan de la importancia de la ubicación de los pacientes de su especialidad en su unidad. Los médicos lo comentan como un problema logístico, porque si los pacientes se ingresan en diferentes unidades tienen que ir de arriba abajo [GD-MED “Dios mío, es que voy a estar todo el día para arribar y para abajo”], pero luego lo matizan, explicando que los enfermeros expertos para manejar a estos pacientes están en esta unidad y no en otra. [GD-MED “...tienen que estar nuestros pacientes aquí, no cuatro fuera y cuatro dentro, porque eso rompe el equipo”].

También se refieren a la diferente ubicación de los profesionales como un elemento que dificulta [GD-MED “...a veces no nos encuentran, porque nosotros estamos difusos”]. Los médicos se refieren a la unidad como la casa de los enfermeros y auxiliares [GD-MED “...ellos viven aquí, yo vivo entre arriba y abajo”].

Identifican la falta de un espacio físico y de tiempo en el que intercambiar información [GD-ENF “...no tenemos un sitio físico donde

darnos esa información. Intentamos hacerlo de la manera más discreta posible...], [GD-ENF "...en medio del pasillo. Raro es el día que un médico no te viene y te dice que ha pasado visita, a tal paciente, le haré los cambios, estate pendiente"], [GD-MED "Y la información clínica es un poco cuando viene...sales al pasillo para que no escuche el otro..."].

- TIC

Entienden que la incorporación de las nuevas tecnologías en la unidad tiene aspectos positivos en cuanto a seguridad clínica; [GD-MED "Cosa positiva, que sabes quien escribe lo que escribe. Antes con la letra ni firmaba ni nadie sabía quién había escrito esto...", "...tenemos una persona responsable...", "...tenemos información fluida, la analítica está allí..."].

Aunque también reconocen dificultades que han requerido gestiones para poder mantener el contacto personal, que entienden que es importante para su trabajo [GD-MED "Se pierde el contacto humano. Y eso es fundamental, a la hora de trabajar en equipo hace falta tener contacto humano...], [GD-ENF "Ese feeling, esa mirada, es como cuando una conversación por teléfono, es que te pierdes toda la información no verbal"].

- Carga de trabajo

Manifiestan que la elevada carga de trabajo no les permite transmitirse adecuadamente la información clínica [GD-MED "...empiezo el día...los jueves comité de tumores. Sales del comité de tumores, te metes en la consulta, sales de la consulta a las doce y pico, pasas visita como puedes, corriendo, y entonces al final la enfermera ya está pasando el parte y no le has contado nada, o ni siquiera te has parado"].

- Turnicidad

Los médicos la entienden como un valor añadido a la continuidad asistencial [GD-MED "...la continuidad es fundamental en medicina. La enfermedad no es una cosa estática, es una cosa dinámica que

tienes que ver como una película.”]. Sin embargo, los enfermeros lo plantean como una dificultad para participar en actividades de trabajo, ya que lo deben hacer fuera de turno.

- Estabilidad [*Responde a uno de los elementos descritos en el trabajo de Reeves, en la categoría procesos de equipo, y se refiere a la composición estable de una plantilla de trabajo, a medio-largo plazo* (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010)].

Valoran la estabilidad y el hecho de ser un grupo reducido, en comparación a otras unidades del hospital como un elemento facilitador para el trabajo en equipo [GD-ENF “...es un equipo en el que fácilmente conoces a la gente, y la gente te conoce a ti...”], [GD-MED “...de tamaño creo que somos un buen grupo”]. [GD-MED “...yo he sufrido bastante, hace dos años aproximadamente empezaron a cambiar enfermería y era es un día una enfermera, otro día otra enfermera. Entonces eso rompe el grupo...].

- Emoción, confianza [*Responde a uno de los elementos descritos en el trabajo de Reeves, en la categoría procesos de equipo, y se refiere a cómo algunos sentimientos hacia los compañeros del equipo pueden modular las dinámicas de trabajo* (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010)].

Hablan de elementos importantes para reducir la tensión en el trabajo diario, como la tolerancia, ayudar al compañero en un turno, independientemente de cómo te caiga. Entienden el hecho de conocerse como un valor de confianza en el trabajo del otro [GD-MED “...yo sé si José Luis me llama, me dice que un paciente no le gusta, subo corriendo, porque sé cómo trabaja José Luis”] [GD-MED “...sé cómo trabaja el equipo, y eso optimiza el trabajo”]. Y también le dan valor a la veteranía o antigüedad de los profesionales en la unidad [GD-ENF “...los médicos con las auxiliares antiguas, hay mucho feedback”].

- Hegemonía médica [*Responde a uno de las categorías descritas en el trabajo de Reeves, denominada poder profesional, y hace referencia a la dominancia de un grupo profesional, naturalmente asumida por el resto* (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010)].

En el grupo de discusión aparecen reflexiones que muestran lo natural que es para ellos, la dominancia médica en lo cotidiano. Los profesionales entienden que la actividad asistencial gira en torno al médico; [GD-MED "...vas a buscar a tu enfermero y hablas con él y le trasmites. Y si hace falta llevarte una enfermera a una habitación te la llevas], [GD-ENF "...estoy pendiente de ver cuándo sube...me dice "sin cambios". Y aunque sea eso...diez segundos, yo ya sé que el paciente no tiene cambios"], [GD-MED "...hasta que yo no hago nada, ellos no pueden hacer nada. Entre comillas, bueno, van haciendo sus cosas, pues la mediación está pautada...me refiero que lo que supone cambios...hasta que yo no lo digo, no se hace"]. [GD-MED "...no es lo mismo que lo diga a las nueve de la mañana, que lo diga a las tres menos cuarto, que es una faena para enfermería"].

- Jerarquía [*Responde a uno de las categorías descritas en el trabajo de Reeves, y se refiere a una estructura piramidal de trabajo, que establece posiciones dominantes (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010)*].

Los profesionales describen el trabajo en equipo como un trabajo en cadena, sometido a una jerarquía [E- "...una interrelación correcta de subida y bajada..."].

Consideran que en la unidad existe una jerarquía en la forma de trabajar, pero que es mucho más flexible que en otras unidades [GD-ENF "...el médico habla con la enfermera y la auxiliar no existe. La enfermera habla con la con la auxiliar y la auxiliar no conoce casi a los médicos. Y en esta planta esto no sucede, y es positivo."].

- Roles [*Responde a uno de las categorías descritas en el trabajo de Reeves, que permite mostrar resultados sobre cómo el desempeño y el conocimiento del rol profesional propio y de los compañeros de equipo, puede modular el trabajo colaborativo (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010)*].

Son conscientes de que para el paciente puede ser difícil diferenciarles como profesionales [GD-MED "No vamos identificados", "...cuando he estado aquí ingresada por los partos...no sé si es una enfermera o si es una auxiliar."].

Asumen que la auxiliar tiene un rol diferente, pero consideran que en la unidad es un poco más participativo que en otras unidades del hospital [GD-ENF "...el rol del auxiliar...a veces es el más apartado"], [GD-MED "Manejan el tema de las deposiciones y la información directa..."], [GD-ENF "...los auxiliares ayudan a enfermería cuando estamos con alguna técnica..."], aunque a acciones delegadas [GD-ENF "...si yo no pudiera delegar en mi auxiliar, igual tendría que estar en siete cosas a la vez. Pudiendo delegar en ella, puedo estar en tres...y que todo fluya mejor"]].

- Organización [*Responde a uno de las categorías descritas en el trabajo de Reeves, que permite mostrar cómo los factores locales y del entorno organizacional afectan al trabajo del grupo* (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010)].

Hacen una crítica al tipo de gestión que se lleva a cabo actualmente en los hospitales, reflexionando que debería cambiarse [GD-ENF "La organización a nivel de dirección, gestión y demás...no contempla ni se preocupa por lo que es la organización humana o las relaciones. Les preocupa pues una serie de resultados, de criterios muy cuantitativos..."], [GD-ENF "...en estos momentos probablemente las direcciones y las gestiones hospitalarias a lo mejor están obsoletas..."], [GD-ENF "Están basadas en números y en datos..."]. También plantean que en muchos casos es el funcionamiento de la organización el que enlentece la respuesta asistencial al proceso de salud de un paciente [GD-MED "Los pacientes a veces no arrancan hasta el lunes...", "las unidades de paso es el problema que tienen, ... el engranaje...Es como si estuviera el chiringuito cerrado y el paciente sobreviviera hasta el lunes..."].

- Representación profesional [*Responde a uno de las categorías descritas en el trabajo de Reeves, que permite mostrar cómo las líneas de trabajo de los órganos de representación profesional, pueden fomentar un tipo de trabajo en equipo* (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010)]

Cuando hablan de los órganos de representación profesional presentes en la organización, están de acuerdo en que ellos tampoco contemplan la importancia del trabajo interprofesional [GD-MED "Yo creo que no se contempla", "Ni se lo plantean"]].

5.2.1.2. Capital

La categoría de capital, en esta segunda fase, se divide en cuatro subcategorías; liderazgo, responsabilidad, rigor y misión.

- Liderazgo

El tipo de liderazgo que se lleva a cabo en la unidad, por parte del coordinador de enfermería y jefa de servicio responde a un estilo democrático y fuerte [GD-ENF "...Jaime pendiente de todos..."], [GD-ENF "...no soy el jefe de nadie, soy el coordinador. Mi trabajo fundamental es que los pacientes y sus familiares estén lo mejor cuidados posibles", "No soy de reñir, soy de explicar las cosas y de que se mejoren. Pero hay que mejorar, sino..."].

- Responsabilidad

Hablan de la importancia de asumir responsabilidades en el proceso de salud del paciente, y por tanto, de lo importante que es compartir información clínica. Los médicos reflexionan sobre el trabajo más bien mecánico, que a veces desarrollan los otros profesionales [GD-MED "Si ves que a la enfermera no le va a interesar mucho el rollo que le vas a meter...pero el diagnóstico básico lo tienen que saber, me parece fundamental...", "...yo creo que los enfermeros podéis trabajar algunas cosas mecánicamente sin saber diagnósticos, pero mucho mejor si lo sabéis"].

Y también habla de la responsabilidad de cada uno en el desarrollo del proyecto [GD-MED "Es un valor, una cosa que importa. Entonces en el momento en que cada persona considera que eso te importa, te lo pones como prioridad. Es cuestión de eso, empujando un poquito..."], [GD-ENF "La idea es que aquí, esto es un análisis primero, pero vamos a hacer cosas para que todos mejoremos y que luego al final...mejorará lo que tenemos"].

- Rigor

Incorporan elementos de trabajo, como el diario de campo de dos de los enfermeros, través de los que reflexionan y clarifican su posi-

cionamiento, aportando elementos de rigor al desarrollo del trabajo [DC-ENF “Lo siento Rosa, pero no forzaré a nadie a venir. Hay que trabajar con quienes quieran”].

- Misión [*Esta subcategoría se utiliza como referencia al objetivo común que tienen los profesionales, es el motivo o la razón de ser de un equipo u organización*].

Los profesionales que participan mantienen un discurso muy coherente sobre quién es el centro de atención, y el objetivo de su trabajo [GD-ENF “Te tienes que adaptar porque si no el que va a sufrir las consecuencias de que tú no te adaptes es el paciente”], [GD-MED “... que no se pierda la información, porque la información que no saben ellas es perjuicio para el paciente”].

Además, hablan del paciente como un miembro del equipo, al que conocen [GD- ENF “De los nuestros, de los que vienen cada mes, y forma parte del nuestro equipo, porque ya lo conocemos, él nos conoce a nosotros...”], [GD-ENF “...el objetivo no lo olvidemos, es que la estrella de la fiesta es la familia y el paciente...”] [GD-MED “...no nos olvidemos porqué estamos aquí: nadie nos ha obligado a ser enfermeras, ni médicos, ni auxiliares”].

5.2.2. Los resultados de proceso en la segunda fase

5.2.2.1. Equipo asistencial

La categoría de equipo asistencial, en esta segunda fase, se subdivide de nuevo, en dos subcategorías; reflexión y emoción, que se concretan a partir de macro-códigos.

- Reflexión
 - Silencios [*Se utiliza este macro-código para hacer referencia a la ausencia de reflexión sobre un tema concreto*].

Hay elementos que para los profesionales son “naturales” y por tanto no son cuestionados, como el hecho de que los médicos tengan sus despachos tres pisos debajo de la unidad de hos-

pitalización, o el cuestionamiento de las agendas asistenciales. Cuando les pregunté [GD-IO “Porque esas agendas, ¿de quién dependen?”] su respuesta fue [GD-MED “A mí me dijo el jefe, aquí estamos organizados en módulos. Hay dos módulos, quien lleva planta y consultas...”].

- Resignación [*Se utiliza este macro-código para referirse a la aceptación pasiva de una situación que no es considerada justa por un grupo, pero frente a la que un individuo o grupo decide no llevar a cabo acciones para cambiarla.*]

En diferentes ocasiones aparecen reflexiones de resignación, en las que los profesionales asumen que las cosas “son así”.

En relación a las agendas y la ubicación, hacen varias referencias a cómo finalmente se han adaptado al caos [GD- ENF “...ha sido una evolución”, “nos hemos adaptado, sin intentar perder lo que dice María, el cara a cara...”]. En este sentido los médicos reconocen que los enfermeros son los que han tenido que adaptarse más a sus agendas [GD-MED “...ellos se han adaptado. Para mí es muy cómodo, porque yo me organizo como me viene bien”, “...casi que somos egoístas en ese aspecto, pero también es por como tenemos organizada la mañana”].

Cuando pasan a hablar de la remuneración y de la jornada laboral, también muestran actitud de resignación [GD-MED “Al principio sí, pero ahora ya nos hemos acostumbrado. Al principio estábamos de morros”, “Entonces estabas incómodo, más de mal humor, no entendías porque no te pagaban...”, “...pero se te pasa”], [GD-ENF “Te acostumbras a trabajar así porque en definitiva son ellos los que tienen que...o sea, tu estas aquí por los usuarios”, “... también los que recortan se basan en eso, se aprovechan...”].

- Auto-descripción [*Se utiliza este macro-código para referirse a los resultados a través de los que los profesionales describen su forma de trabajar.*]

A lo largo de las primeras entrevistas de re-entrada al campo, y el grupo de discusión, hacen una descripción sobre cómo tra-

bajan juntos, sin hacer reflexiones sobre lo que les condiciona, o podrían cambiar, y, además, se sienten contentos con su equipo de profesionales [GD-ENF “Si las cosas funcionan como funcionan es por la gente que compone el equipo aquí”].

- Emoción
 - Esperanza [*Se utiliza este macro-código para referirse a un estado de ánimo optimista respecto a lo que está por acontecer (Gómez, 2015)*].

Hacen reflexiones sobre lo interesante que sería poder demostrar mejores resultados de salud de los pacientes a partir del cambio de dinámicas de trabajo en equipo, aunque a su vez, son conscientes de lo difícil que resulta establecer una asociación entre ambos factores [GD-ENF “...si pudiésemos llegar a tener evidencia de que un trabajo en equipo efectivo...tuviésemos evidencia de que mejora los resultados de salud”, [GD-MED “...es muy difícil de medir], [GD-ENF “Que yo creo que a nivel económico, que es lo que yo creo que en definitiva es lo que les importa a ellos”, “Eso si se vería beneficiado, aunque es muy difícil de plasmar”].

A lo largo del grupo de discusión plantean que la mejora de la dinámica del trabajo interprofesional les hará ser referentes [GD-MED “Luego querrán venir todos aquí”].

5.2.2.2. Investigadora orgánica

La categoría de investigadora orgánica, en la fase dos también se divide en tres subcategorías; reflexión, que se concretan a través de macro-códigos.

- Reflexión
 - Tiempos diferentes; los profesionales tienen una perspectiva muy pragmática, que hace que se planteen objetivos a resolver a corto plazo, mientras que la doctoranda piensa en un proceso reflexivo, que requerirá cierto tiempo para desarrollarse y consolidarse. Las diferentes formas de pensar los tiempos generan cierta presión [DC-IO “Salgo de allí muy contenta, pero cogien-

do aire, porque Ana habla de tiempos, y me hace un poco de presión para que “no me duerma en los laureles”].

También se entienden de forma diferente los tiempos de las reuniones [DC-IO “La reunión ha durado 10 minutos porque el final de la mañana estaba muy liado...la gente ha venido una vez contado el parte”].

- Reentrada en hospital [*Se utiliza este macro-código para referirse a los resultados relacionados con volver a vivir una situación pasada, en este caso, volver al hospital*].

En el momento de proyecto hace casi diez años que trabajo en la universidad, y la reentrada al centro de forma periódica, para trabajar con el equipo, no pasa desapercibida [DC-IO “!!El hecho de entrar y salir del hospi me gusta!!”].

- Emoción

- Incertidumbre.

A pesar de la ilusión que supone materializar el proyecto en la unidad [DC-IO “...la ilusión de ir por el buen camino me mantiene con energía suficiente”], aparecen muchos momentos de dudas y miedo [DC-IO “La incertidumbre vuelve. Después de sus preguntas también me pasa por la cabeza la posibilidad de que no salga nada de esto...].

- Confianza [*Este macro-código que se refiere a la esperanza firme en que algo suceda*].

A pesar de los momentos de dificultad que van sucediéndose [DC-IO “Creo que lo que vamos a conseguir mejorará la calidad de la atención a los pacientes”]. El propio equipo también pasa por momentos de desánimo, aunque verbaliza [DC-ENF “Confiamos en que la gente se suba al carro con el tiempo”], [DC-IO “Ha sido muy interesante que nos hayan escuchado hablar un rato, y me ha parecido que nadie se ha marchado con tensión, sino más bien parecía, vergüenza o timidez”], [DC-IO “...al menos han visto que ya hemos empezado”].

- Habilidades

- Des-control [*Este macro-código se contextualiza a partir de la necesidad de dejar de tener un control absoluto sobre lo que va sucediendo*].

En estas primeras fases del proyecto, empiezo a trabajar nuevas habilidades necesarias para la entrada al campo. A pesar de mi estilo innato de control, empiezo a comprender que es necesario dejar fluir el proyecto y al equipo [DC-IO “Hay que dejar fluir el entorno. Debo evitar caer en sustituir un discurso dominante por otro”]. No debo marcar ritmos de cambio, y trabajo la paciencia, aunque debo ser capaz de mantener la tensión sin agobiarlos.

5.3. FASE 3. PROPUESTAS Y DISEÑO DE INTERVENCIONES

Una vez triangulado el documento de diagnóstico de situación (Anexo 8), planteamos un segundo grupo de discusión, con el objetivo de identificar las intervenciones que el equipo considerara oportunas y viables para mejorar la dinámica de colaboración interprofesional.

Se planifica el grupo en el office, a finales del mes de junio de 2014, al que acuden, de nuevo, solo tres profesionales, excusando la asistencia una de las médicas.

Dada la baja participación de profesionales en los grupos de discusión, el equipo de investigación opta por poner en marcha varias estrategias que garanticen que las decisiones que se van tomando son fruto de consenso; se diseña una encuesta on-line anónima, que permite hacerles llegar las propuestas de acción que surgen, y a la vez, recoger acuerdos y desacuerdos, y nuevas ideas que no se hubieran contemplado. Por otro lado, se decide que la investigadora orgánica aumenta su presencia en la unidad, de forma planificada, pero haciendo que parezca espontánea, con el objetivo de ayudar a la difusión de las propuestas, y a recoger impresiones.

Se llevaron a cabo un total de 3 visitas que parecían espontáneas, duraron siempre menos de 1h, de las que toman notas en el diario de campo.

Una vez contestadas las encuestas on-line, analizados los datos del grupo de discusión, aportaciones recogidas en el cuaderno de campo tras las vi-

sitas al office, y notas de las reuniones con médicos, se vuelve a hacer un documento resumen, en el que se plasman las 4 estrategias de trabajo que se han propuesto (Anexo 9);

1. Realizar un calendario de localizaciones de los médicos.
2. Realizar reuniones conjuntas o de equipo de forma periódica.
3. Revisar dinámica del pase de visita de los pacientes diario.
4. Revisar comentarios de auxiliares en Gacela (aplicación informática de cuidados del centro).

Tras el member-checking pertinente y confirmar el acuerdo del grupo en relación a las propuestas de intervención hechas, se empieza a trabajar en su diseño;

1. Calendario de localizaciones: a finales de junio el coordinador de la unidad, en colaboración con los médicos, diseña una hoja de cálculo que permite visibilizar la localización física y telefónica diaria de los médicos de la unidad, para que los otros miembros del equipo puedan localizarlos con facilidad.
2. Reunión de equipo: parte del equipo plantea cierto escepticismo inicial ante la propuesta de poner en marcha una reunión todos juntos, ya que hace dos años se intentó poner en marcha una reunión de equipo en la unidad, y al poco tiempo dejó de hacerse. En esta ocasión proponen dejar por escrita la dinámica de funcionamiento de las reuniones, y se conforma un grupo de trabajo para diseñar el "protocolo" que guíe las reuniones de equipo, entre el enfermero investigador, el coordinador y la doctoranda.

Nos reunimos en varias ocasiones para discutir el objetivo de estas reuniones, y diseñar un protocolo que ayudara a garantizar su sostenibilidad. Se reflexionó sobre las posibles causas que hicieron que en el pasado no funcionaran las reuniones, y se intentó plantearlas desde una nueva perspectiva.

Lo primero que se hizo, fue localizar un hueco común en las agendas de todos los profesionales, a lo que ayudó mucho el diseño del calendario de localizaciones. Se discutió cuál sería la mejor hora

para la dinámica de trabajo de la unidad, de enfermeras y auxiliares, y se comparó con posibles huecos en las agendas de los médicos, lo que se materializó con la propuesta de reunirse cada primer martes de mes, de 9 a 9:20h.

Al definir el lugar en el reunirse, surgió un problema, ya que la unidad no cuenta con una sala de reuniones. Los médicos propusieron sus despachos, situados una planta más abajo, cosa que era inviable, ya que los enfermeros y auxiliares no podían dejar la unidad vacía. Se propuso compartir el uso de un aula, situada en la parte posterior de la unidad, asignada al equipo de anestelistas, pero la propuesta se desestima al comentar que ya habían solicitado su uso compartido hace años, y la gerencia lo había denegado. Así que optan por ocupar la sala de pacientes, situada en una esquina de la unidad, informando que de 9 a 9:30h no estará disponible para los pacientes, ya que se realizaba una reunión de equipo. La estructura de la sala no es muy facilitadora, pero en estos momentos era el único espacio grande y cercano al control de la unidad, para poder reunirse todo el equipo.

Se propuso que el objetivo de las reuniones no fuera compartir información clínica de los pacientes ingresados, sino aprovechar el espacio para hablar de dinámicas de trabajo conjuntas, de problemas de unidad, de dispositivos, protocolos, acuerdos...Y una vez se plantan los objetivos y propuesta de dinámica de la reunión mensual, se envió a todo el equipo, y se colgó en el tablón de anuncios, para triangular con los profesionales (Anexo 10).

Para la jefa de servicio fue extraño que la reunión no girase en torno a los pacientes [NR-MED "Si no hablamos de pacientes, ¿de qué vamos a hablar?"]. Sin embargo, tras recordarle que la fase anterior, de diagnóstico de situación, los profesionales comentan que no cuentan con un tiempo, ni un lugar para poder hablar. Y que, por otro lado, el anterior intento de hacer reuniones de equipo no había funcionado, seguramente, porque se convertía en otro pase de visita de pacientes, le pareció que podría ser interesante probar esta propuesta.

3. Pase de visita: En la última reunión que hacemos juntos, deciden que esta intervención debe quedar pendiente de revisar hasta que se

cuenta en la unidad con un espacio físico adecuado para comunicar información confidencial a pacientes y familia, garantizando la confidencialidad de la información.

4. Comentarios de las auxiliares en la historia clínica: se propone organizar un grupo de trabajo con las auxiliares de la unidad, que lidera la doctoranda.

Con la ayuda del enfermero investigador, se monta un grupo de whatsapp que permite organizar agenda, y se organiza un grupo de discusión, un tanto particular. Nos reunimos 8 auxiliares y la investigadora orgánica, en la cafetería del hospital, una mañana, en el turno libre de todos. Durante la reunión se toman notas, las auxiliares participan activamente, y al final de la reunión se acuerda hacer un breve documento resumen para enviar al resto del equipo, y garantizar el consenso respecto a las decisiones propuestas. Ese documento, como en el resto de las intervenciones, se pasa vía mail al resto del equipo, y se cuelga en el corcho. Además, en este caso, con el objetivo de garantizar el consenso entre auxiliares, el enfermero investigador le pasa al resto de auxiliares de la unidad el documento en papel, y les pide que hagan anotaciones/comentarios escritos, y lo depositen en una caja de cartón que colocamos en la unidad garantizando el anonimato

Se lleva a cabo un segundo análisis, modificando ligeramente la propuesta inicial, y se cierra la versión definitiva del acuerdo sobre el tipo de información que las auxiliares incluirían en la historia informatizada del paciente (Anexo 11).

A lo largo de esta tercera fase, y aprovechando que el número de visitas a la unidad aumenta, la doctoranda solicita reuniones con los dos jefes de servicio. La jefa de servicio de la especialidad médica más implicada, responde rápidamente organizando una reunión. Es a partir de aquí, cuando el equipo de médicos de la otra especialidad empieza a descolgarse del proyecto. El líder formal de este equipo no tiene presencia en la unidad de hospitalización, y el resto, a pesar de las ganas de participar, no se organizan de forma efectiva. En diferentes ocasiones intentamos planificar una reunión, aprovechando la buena relación con uno de los médicos, pero resulta muy compleja su organización sin un líder formal.

La reunión con la jefa de servicio fue muy interesante, ya que planteaba que la baja participación de los médicos se debía a que no entendían muy bien la necesidad de generar cambios si así las cosas funcionaban bien, así que acordamos una reunión con todo el equipo médicos de la especialidad. Acuden todos los médicos, incluso uno de los que forma parte del equipo pero no trabaja nunca en la unidad, ya que sólo lleva a cabo pruebas diagnósticas muy específicas, en los gabinetes, ubicados en otra zona del hospital.

A lo largo de la discusión se tomaron notas en el diario de campo, ya que se decidió no grabar, y para garantizar la máxima comodidad en la conversación establecida a modo de reunión. Los médicos hablan de lo que significa trabajo en equipo, y reflexionan sobre si sus dinámicas responden a un trabajo en equipo óptimo. Emergen diferentes reflexiones sobre la potencialidad que le ven a estar involucrados en el proyecto, y comentan lo interesante que es convertirse en referentes.

Durante este periodo se abrió el plazo de envío de resúmenes al XVIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados (INVESTEN), noviembre de 2014, Vitoria, y a su vez, el propio Hospital nos propuso preparar una breve ponencia en el Primer Encuentro de Investigación en Cuidados de Salud; Investigar en cuidados es invertir en salud, para el mes de junio de 2014.

Como parte de la dinámica acordada en el trabajo con los profesionales de la unidad, se envió la información y propuesta de participación en ambos eventos a todo el mundo. Uno de los médicos de la especialidad implicada, se ofreció a participar, junto al enfermero investigador y el coordinador, en el trabajo para elaborar una propuesta de abstrat, que finalmente fue aceptado como comunicación oral.

Por otra parte, el coordinador de la unidad y la doctoranda, decimos preparar juntos la ponencia para las jornadas en el Hospital. Se propuso a la Dirección del centro, que el coordinador de la unidad fuera el moderador de la mesa de presentaciones, y de este modo pudimos hacer la presentación oral a medias, reforzando la imagen de un proyecto de equipo, propio de la unidad, no externo a ella.

5.3.1. Los resultados de contenido de la tercera fase

5.3.1.1. Dinámicas de trabajo en equipo

En esta fase, la categoría de dinámicas de trabajo en equipo, se subdivide en 7 subcategorías, que muestran los resultados sobre factores que modulan estas dinámicas; agendas y espacios, TIC, carga asistencial, hegemonía médica, jerarquía, rutinas e imprevisibilidad.

- Agendas y espacios

Al plantear la propuesta de la reunión mensual, los profesionales identifican de nuevo, dificultades de agenda [EO “El problema es encontrar un tiempo común para todos”], [GD-ENF “El problema... utilizar el horario suyo...”, “...se tendrían que adaptar al horario que nosotros propusiéramos”], [EO “Hay que encontrar un hueco en el que podamos vernos todos”].

Cuando se refieren al pase de información sobre pacientes comentan problemas de tiempo y de lugar en el que pasarse la información [GD-ENF “Ellos se mueven, pero nosotros necesitamos información diaria, ¿no?, del día a día, sesiones diarias.”], [GD-ENF “...para sentarte y hablar, es obligatorio hacer esto, el pase de visita, pero sentados”], [EO “Siempre que se tiene un espacio y un tiempo puedes dar una información más completa”].

Reconocen que el calendario de ubicaciones puede resultar útil para que gestionen mejor los tiempos [EO “Optimizará recursos, facilitando el contacto directo, evitando la innecesaria procesión de llamadas a diferentes despachos...”].

- TIC

Enfermeros y auxiliares comentan que el correo institucional no responde a sus necesidades, y dificulta la difusión de información, ya que se les colapsa con mucha facilidad dada su baja capacidad de almacenamiento [NR-ENF “...la gente tendría que vaciar el correo porque si no está petado de información y no llegará”].

Sin embargo, identifican las TIC como una herramienta que les puede ayudar a mejorar [DC-ENF “¿Por qué no aprovechamos también

los medios técnicos? ... de las que ya disponemos...y que las usemos al máximo”].

- Carga de trabajo

Los profesionales justifican su baja participación en los grupos atribuyendo [EO “Falta de tiempo”, “Sobrecarga de trabajo”, “Tengo una agenda muy ajustada”], y algunos comentan [EO “Prefiero centrarme en una de las propuestas para evitar dispersar esfuerzos, dada la carga de trabajo”], [EO “Mucha sobrecarga de trabajo últimamente, que impide encontrar huecos”].

- Hegemonía médica

Evidencian la existencia de una dominancia médica [GD-ENF “...al final acaban hablando de lo que hablan en sus sesiones”, “...ellos te exponían, y tú les contabas...”], [GD-ENF “...no es una sesión unidireccional ni piramidal, que el médico dice y tal...”]. De hecho, en un momento dado, piensan que las reuniones de equipo no podrán hacerlas con ambos equipos médicos en conjunto [GD-ENF “Está claro que si esto sale habrá que programar dos sesiones diferentes”].

- Jerarquía

Se percibe como las auxiliares asumen una jerarquía muy marcada en el trabajo con el resto de profesionales [GD-ENF “Porque a veces también es verdad que, por estar ahí un poco en la cola, por decirlo así, pues que su información es tan importante o más que la de los demás”], [GD-AUX “Nosotras no podemos opinar sobre cosas de los enfermeros ¿qué vamos a decir?”], y que se sienten poco valoradas [NR-AUX “Nosotras no somos de fiar para los pacientes...”, “...no dan valor a nuestra opinión”].

- Rutinas [*Responde a uno de las categorías descritas en el trabajo de Reeves, y se refiere a acciones establecidas culturalmente en la actividad asistencial (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010)*]

En el pase de información diaria entre auxiliares y enfermeros reconocen que a veces puede perderse información [GD-ENF “...las

auxiliares obtienen mucha información que a veces...normalmente siempre la compartimos”, “Pero a veces, por la razón que sea, por una urgencia o porque te hayas tenido que ir a hacer cualquier cosa, pues a lo mejor esa información no se ha compartido, que quede también reflejada”, [EO “Confío en que el enfermero lo deja escrito, te acostumbras a que eso pasa así, y se pierde información”].

Comentan que las auxiliares no tienen costumbre de escribir en la historia [GD-AUX “No tenemos esa costumbre...”, “No tengo el hábito...”, “...igual es comodidad”]. Aunque también comentan que cuando la introducen lo hacen en la sesión del enfermero, y por tanto constan como datos recogidos por éste [GD-ENF “Siempre pone “José Luis enfermero” y lo ha escrito “Pepita auxiliar...”].

- Imprevisibilidad [*Responde a uno de las categorías descritas en el trabajo de Reeves, y se refiere a aquellos sucesos no programados que generan cambios en la actividad clínica* (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010)]

Al protocolizar ciertas acciones incluyen la previsión de los imprevistos que surgen en la actividad asistencial diaria [GD-ENF “...tenemos que articular esta posible urgencia...”], [GD-ENF “...para facilitar el contacto, para en caso de una urgencia o un caso de tal...”].

4.3.1.2. Capital

La categoría de capital, en esta tercera fase, se divide en tres subcategorías; liderazgo, rigor y misión.

- Liderazgo

Los miembros del equipo investigador desarrollan un papel de líderes formal e informal en la unidad, se implican en el trabajo del proyecto, y cuentan con el reconocimiento de ser buenos profesionales por parte del resto de profesionales [GD-ENF “De esto me puedo preocupar yo, que lo tengo más a mano”, “Esto lo llevo yo, pero no como líder, sino como administrativo.”].

- Rigor

Cuando deciden trabajar con la dinámica de las reuniones empiezan por analizar por qué no funcionaron en otras ocasiones, y cuestionan aspectos mejorables como que en anteriores ocasiones la reunión no tuviera carácter multidisciplinar [GD-ENF “..vamos a hablar de cosas concretas, porque en las reuniones anteriores la experiencia es que era como si los médicos hicieran su sesión de servicio aquí]. Tras esta evaluación, y para garantizar que ahora funcione, son muy organizados, y piensan en protocolizar las acciones [DC-ENF “...una forma de vernos más, o de vernos más formalmente para no caer en la monotonía del trabajo o dejar de hacer las cosas bien hechas”], [GD-ENF “...super estructuradas en el sentido de decir, los jueves empiezan a las e-e-eh nueve en punto, se habla durante veinte minutos, diez minutos para preguntas y respuestas, y a las nueve y treinta se ha acabado...”], [GD-ENF “Entonces si lo trabajamos a nivel teórico y luego se explica, y ya tenemos cuándo podemos hacer las sesiones, pues a lo mejor el éxito es más”], [GD-ENF “...describir el tipo de información que cada uno va a aportar...porque luego se vicia...”].

Al trabajar sobre el tipo de información que deben introducir las auxiliares en la historia clínica reflexionan [EO “hay que tener prudencia para no duplicar o excederse con la información, porque si no corremos el riesgo de que no sea leída”].

Además, le dan mucha importancia a revisar los tiempos de acción, y cuando deciden ponerse a trabajar en el diseño de una intervención, establecen una agenda o cronograma, para ver qué pasos hay que ir dando, y de qué tiempo disponen [GD-ENF “Fundamental. Yo vivo vinculado a una agenda de tiempo”].

- Misión

Cuando hablan de las propuestas de acción que pretenden llevar a cabo, queda muy claro en el discurso de los diferentes profesionales, quién es el centro de su atención, cuál es su misión como equipo [GD-ENF “Y en medio está el paciente y su familia”], [EO “Mejoraría la calidad y cantidad de información respecto a los pacientes”], [GD-

AUX "...creo que todo tipo de información que podamos añadir será beneficiosa para el cuidado y conocimiento del paciente", [EO "Debemos lograr un acuerdo y conocimiento de la información que se da a los pacientes por parte de todo el equipo"].

5.3.2. Los resultados de proceso de la tercera fase

5.3.2.1. Equipo asistencial

La categoría de equipo asistencial, en esta tercera fase, se subdivide de nuevo, en dos subcategorías; reflexión y emoción, que se concretan a partir de macro-códigos.

- Reflexión
 - Escepticismo [*Este macro-código se utiliza para describir la actitud de duda sobre los buenos resultados de una acción, dada la falta de evidencias para preverlos*].

Cuando llevan a cabo las propuestas y el diseño de las acciones, aparecen reflexiones sobre lo difícil que creen que será que salga bien [GD-ENF "Yo como idea lo veo. Lo que pasa es que lo veo tan difícil...", "...a ver cómo lo llevamos todos hacia delante"].

- Pensamiento crítico [*Este macro-código se refiere al proceso reflexivo de analizar, entender y evaluar un proceso, situación o contexto* (Montané, 2015)].

Aparece un nivel de reflexión muy crítico en los diferentes grupos, y esto les hace tomar consciencia sobre cómo trabajan juntos, que les ayuda a identificar, sin mucha dificultad, cuáles son los puntos que deben mejorar.

Entienden que su dinámica de pase de visita funciona, pero su reflexión en voz alta es que hace falta mejorarlo [GD-ENF "Aprovechando que tenemos ahora, porque yo creo que funciona: ellos vienen y nos buscan...Es verdad que el sitio no es el adecuado porque a lo mejor es en medio del pasillo, o es en el office...", "...se puede buscar alguna manera que se haga un poco mejor..."].

También empiezan a hablar de igualdad de participación en las reuniones, ya que toman consciencia sobre la jerarquía existente en el trabajo diario [GD-ENF “Una comunicación a tres bandas al mismo nivel”], [GD-ENF “...venimos a hablar del paciente al mismo nivel y con igualdad entre médico, enfermero, auxiliar...”].

Una vez que han tomado el acuerdo de qué información incorporarán los auxiliares a la historia clínica, critican el hecho de que no puedan escribir comentarios nominales [EO “Mi opinión es que ya que podemos escribir comentarios estos deberían llevar nuestro nombre, sino para que no dejan escribirlos”].

- Participación y comunicación [*Responde a uno de las categorías descritas en el trabajo de Reeves, y se refiere a la herramienta para garantizar una comunicación efectiva (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010), y a su vez, a la contribución de los profesionales*].

Asumen que la comunicación oral es mucho más potente que cualquier documento que hagamos circular. Por esa razón se propone aumentar la presencia de la doctoranda en la unidad, como una forma de hacer más difusión de la información del proyecto en los turnos, de boca a boca.

- Conciencia del impacto [*Este macro-código se refiere al proceso de tomar consciencia del impacto de los resultados de una acción*].

Empiezan a ser conscientes de cómo una acción que emprenden puede ayudar a diseñar o implementar otras propuestas, y al diseñar el calendario de ubicaciones comentan [GD-ENF “Y también nos serviría para, una vez tener visualmente cómo viven ellos, digamos, -a ver cómo podemos casar esto con, incluso en pase diario reglado o con las sesiones”].

También empiezan a hablar del impacto que puede tener en el propio centro, el hecho de trabajar en este tipo de proyecto [NR-MED “Hay que pensar que esto puede ser como plantar semillas”], [NR-ENF “Si los resis (residentes MIR) captan la idea, nos

servirán como dispersores de semillas en otras unidades donde estarán luego como resis”, “Pueden hablar con adjuntos de otras unidades, y servir para propagar el cambio”].

Y del impacto directo de ciertas acciones [GD-AUX “...me parecería genial ya que es una manera de darle un poco más de importancia a nuestro trabajo”].

- Emoción

- Esperanza.

Hablan de la esperanza de poder hacer cambios, y de este proceso también pueda servirles a otros [DC-ENF “Después de tantos meses, ya necesitábamos ver qué íbamos a hacer”], [DC-MED “Esto no se hacen en ningún sitio...”, “Tenemos la oportunidad de ser referentes”], [EO-MED “Sería interesante para corregir errores”], [EO-ENF “Se tomarían decisiones en común”].

- Miedo.

Una vez hechas las propuestas de intervenciones, piensan en cómo arrancarlas, y aparece el miedo al fracaso [GD-ENF “Cuando más participe se sienta todo el mundo, claro...más aceptará, ¿no?”], o que el equipo lo vea como un trabajo extra [GD-ENF “Si ahora sacamos esta línea así de repente y empezamos “ahora tenéis que hacer” ...igual lo van a tomar un poco como más trabajo”], [EO “...esto no debe suponer estar disponible full time...”].

Especialmente el grupo de auxiliares manifiesta sentir miedo legal a ciertos cambios, por la responsabilidad que pasan a asumir [GT-AUX “los auxiliares no deberían hacer comentarios para evitar problemas legales”].

- Compromiso [*Este macro-código se refiere a la acción de los profesionales, en consonancia a un compromiso adquirido*].

Cuando hablan de qué y cómo pueden generar cambios, se evidencia el compromiso que los profesionales tienen con la propia

unidad [GD-ENF “Entonces sí que es verdad que todos ponemos de nuestra parte y hacemos para eso no se debilite”]. Y cuando surgen propuestas de trabajo rápidamente responden [GD-ENF “Yo puedo encargarme sino también un poco de esto”], [DC-IO “...debo hacer partícipe a la máxima parte del equipo, hacer fluir la información e ir viendo estrategias de evaluación”].

5.3.2.2. Investigadora orgánica

La categoría de investigadora orgánica, en la fase tres también se divide en tres subcategorías; reflexión, emoción, habilidades, que se concretan a través de macro-códigos.

- Reflexión

- Tiempos diferentes.

Al finalizar cualquier encuentro marcan unos tiempos muy ajustados. Para mi es complejo seguir con mi dinámica laboral y familiar, y dar respuesta a los tiempos que se marcan [DC-IO “No consigo ir al día”, “Me van apretando, aunque es muy interesante aprovechar el achuchón”]. Ellos necesitan ver resultados de forma más inmediata, y yo estoy más preocupada por la reflexión necesaria que hay que llevar a cabo [DC-IO “Mi sensación es un poco de bajón...Me han escuchado y hecho feedback, pero siento que no se creen nada de lo que hablamos”].

- Provocar vs ofender [*Este macro-código se ha utilizado para mostrar una ambivalencia vivida por la doctoranda.*

Al comentar los documentos que se va generando de consenso, con los profesionales, intento lanzar argumentos para provocar cierta reflexión, y me preocupa traspasar la barrera de provocar cambios y pasar a ofenderles [DC-IO “Estaba francamente nerviosa, preocupada por si les ofendía como lo escribí...”].

- Cambio cultural necesario [*Este macro-código se ha utilizado para presentar los resultados que muestran la necesidad de generar cambios en la cultura hospitalaria que tienen asumida.*

Tras las primeras reflexiones de los profesionales sobre encontrar espacios para hablar entre iguales, hago una reflexión sobre el cambio cultural necesario que debe suceder para sustentar la transformación [DC-IO “Esto me hace pensar que iniciamos un proceso de cambio de cultura, además de iniciar el cambio más instrumental. Proceso necesario para hacer sostenible el cambio instrumental, sino no tendremos éxito”], [DC-IO “Lo principal es que creo en lo que vamos a hacer. Creo que, si el equipo consigue trabajar mejor, el usuario estará mejor atendido”].

- Integración [*Este macro-código se refiere al hecho de pasar a formar parte de un nuevo grupo*].

A partir del aumento de visitas al office, para garantizar una mejor comunicación y fomentar la participación, me siento mucho más cercana al equipo [DC-IO “Curioso, porque los enfermeros y auxiliares de la unidad son muy amables, y me saludan con cercanía”].

- Emoción

- Miedo.

A medida que el proyecto avanza aparecen nuevos miedos, esta vez relacionados con si seré capaz de identificar cambios de proceso [DC-IO “Con esto ha surgido un nuevo miedo, que es si seremos capaces de identificar el cambio de las intervenciones”].

- Sacar partido [*Se utiliza este macro-código como un sinónimo de “aprovecharse de”, es decir, intentar obtener un beneficio a través de otra persona o grupo*].
- En diferentes ocasiones reflejo el miedo a estar aprovechándome del equipo como investigadora [DC-IO “A veces tengo la sensación de que de alguna manera me aprovecho de ellos...”], ya que para mí este trabajo supone el proyecto de doctorado, y todavía no estoy segura de que obtendrán ellos a cambio.

- Aprovecho una de las visitas al hospital, para comentarlo abiertamente con ellos, les planteo si sienten que soy la única que saca partido de esto, si me aprovecho más de lo que ellos obtienen, y su respuesta resulta clara, explicándome que aquí ganamos todos, denominan el proyecto como un win&win.
- Habilidades
 - Des-control.

Sigo trabajando con dejar fluir el propio proceso de la unidad, y ser paciente con el ritmo de reflexión [DC-IO “Tengo que ser paciente, y dejar emerger su discurso, sin tratar de hacerlos ir por donde yo quiero”].
 - Creatividad [*Es macro-código se refiere a la capacidad de generar nuevas ideas y conceptos*].

Cuando se plantean dificultades para mantener una buena difusión de información, he de ser capaz de proponer nuevas estrategias, de bajo coste de inversión de tiempo para los profesionales. Cada vez que se plantea alguna dificultad esperan que haga propuestas de nuevas estrategias, ya que parece que, en este sentido, les da miedo no ser metodológicamente correctos.
 - Provocación [*Es macro-código se refiere a la acción de incitar a otra persona o grupo, a través de la confrontación para llevarlo/s a re-pensar las cosas de otro modo*].

En esta fase se hace necesario, en diferentes ocasiones, lanzar preguntas a modo de reflexión, sobre si consideran que se podrían hacer propuestas, o si están cómodos con el funcionamiento marcado. Para mí es un ejercicio difícil, ya que por naturaleza soy una persona que no busca el conflicto, y ahora entendía que sólo a través del conflicto con el cotidiano serían capaces de ver nuevas estrategias y necesidades de cambio.
 - Seducción.

En diferentes ocasiones, principalmente los médicos, retoman la reflexión sobre “para qué cambiar si así funciona”, que resituó

con argumentos sobre la importancia de revisar lo que hacemos y cómo lo hacemos, como herramienta de mejora. Opto por seducirles con el hecho de que este tipo de proyecto no se está llevando cabo en ninguna otra unidad, y que esto hará que los pacientes estén mejor en esta unidad, y se conviertan en referentes. Este ejercicio de naturalidad “controlada” supone todo un ejercicio personal para la investigadora, ya que implica romper con la timidez y acercarse a nuevas formas de seducción.

5.4. FASE 4. IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES

Se arranca con la implementación de 3 de las 4 intervenciones propuestas, y aunque cada una de ellas sigue una temporalidad diferente, en esta fase se habla de su proceso de implementación. Además, a partir de la reunión de equipo mensual, van surgiendo otras propuestas de intervención, que se han denominado acciones derivadas. El trabajo de diseño de estas nuevas propuestas aparece descrito en esta fase, aunque realmente deberíamos hablar de una nueva fase de diseño e implementación para cada una de ellas, pero he considerado que seguir el hilo cronológico de desarrollo del proyecto, facilitaría la comprensión y análisis de lo acontecido en el trabajo de campo.

A continuación, se describe el proceso de implementación de las tres intervenciones;

1. Calendario de localizaciones:

En la unidad se colgó el calendario de localizaciones para que los profesionales pudieran localizarse rápidamente y así compartir información de forma más eficaz y rápida.

2. Reuniones de equipo:

Discutimos bastante sobre la idoneidad de esperar a septiembre, pero el equipo plantea cierta celeridad para empezar las reuniones, así que aprovechando el ingreso de un paciente con el que los profesionales plantean múltiples conflictos, la jefa de servicio propone llevar a cabo la primera reunión para el mes de julio, con un único orden del día; “Manejo de familias conflictivas”.

Los profesionales sienten que el paciente en cuestión les manipula, explican cómo les da informaciones contradictorias a médicos, enfermeras y auxiliares, consiguiendo que se confronten. Esto hace que se generen tensiones entre ellos, ya que cada uno piensa que el otro no está siguiendo los acuerdos a los que llegan en el pase de visita.

Tras consensuar el protocolo de reunión de equipo, se lanza la convocatoria de la reunión vía un mail y también se cuelga en el corcho. El coordinador de la unidad dirige la reunión de forma natural, a la que acudimos 20 personas, es decir, acuden los profesionales de turno y también algunos que tienen libre.

En la reunión se aprueba el protocolo que define la dinámica de las reuniones, y se pone en común la situación con este paciente, que les ha generado tanta tensión, y llegan a la conclusión de que necesitan algún tipo de formación para el manejo y resolución de conflictos.

Ese mismo verano la gerencia comunica a la jefa de servicio y coordinador de la unidad, que debido a los recortes en sanidad que se sufren en la comunidad en ese momento, para disminuir gastos, se cerrará durante el verano la unidad de hospitalización vecina, que asume pacientes de cardiología y neumología. En lugar de contratar a nuevos profesionales para cubrir vacaciones, se combinarán ambas plantillas fijas para ir dando vacaciones. Como nuestra unidad cuenta con una buena red wifi, que garantiza un funcionamiento óptimo de la telemetría que requiere la monitorización de pacientes de cardiología, se decide trasladar a los pacientes de cardiología a nuestra unidad, y bajar a los pacientes de neumología a otra unidad. Esta decisión genera una importante crispación a los profesionales, ya que supone trabajar con compañeros que no conocen, de quienes no conocen su experiencia profesional, los enfermeros y auxiliares asumen la atención a un paciente con una fisiopatología que no controlan tanto, y además sienten poco reconocido por parte de las direcciones y gerencia el trabajado que están haciendo.

El mes de agosto, por tanto, la mitad de la plantilla del equipo es nueva, pero se decide llevar a cabo la reunión mensual. Tanto el coordinador como el enfermero investigador están de vacaciones, y se decide que la doctoranda liderará la reunión, junto con la jefa de servicio, ya que una vez empezada la primera, entienden que sería peor pararlas.

De entre los enfermeros y auxiliares de turno esa mañana, solo uno es de la plantilla de la unidad, y, por tanto, el resto no conoce el proyecto, pero una vez que la doctoranda les explica el objetivo de las reuniones y su enmarque en el proyecto de cambio, se añaden sin problemas, y participan activamente.

Los médicos suben a la hora planificada, aprovechamos esa reunión para aprobar el acta anterior, y se comenta que la jefa de servicio ha buscado formas de subvencionar la actividad formativa que se quería llevar a cabo, aunque de momento sin éxito. Se propone revisar la normativa de convivencia de la unidad, especialmente para las camas ICTUS, a petición de un médico, y deciden conformar un grupo de trabajo. Al finalizar la reunión uno de los enfermeros que no es de la plantilla de la unidad comenta [DC-IO “Esto que hacéis es súper interesante”].

La segunda quincena de septiembre, tras finalizar periodo vacacional, se reabría la unidad de forma habitual, tras pasar por una semana de movilidad de pacientes y profesionales. Este verano les ha desgastado en gran medida y manifiestan sentirse cansados. En esos momentos es el enfermero investigador es el que propone que hay que seguir adelante, y asume el liderazgo del grupo de revisión de la normativa de convivencia. Trabaja en su revisión y diseño junto a 3 enfermeras, una auxiliar de enfermería, y uno de los médicos. Se reúnen en dos ocasiones, comentan cuestiones durante turno, y preparan una propuesta de tríptico para la siguiente reunión.

En una de las siguientes reuniones se retoma el tema de la formación sobre resolución conflictos. Les ayudo a dar forma a la actividad formativa sobre resolución de conflictos que les gustaría llevar a cabo, diseñando objetivos, temporalidad y contenido. La jefa de servicio había solicitado una ayuda al EBAP (Escola balear d’Administració Pública), que le fue denegada porque queríamos que los asistentes al curso fueran médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería. Esta entidad organizadora de formación en el ámbito de salud, denegó la posibilidad de subvencionar un curso dirigido a los diferentes colectivos profesionales. Así que, para poder llevar a cabo la acción formativa, la doctoranda plantea al equipo la posibilidad de utilizar parte del remanente de la ayuda para proyectos de investigación del COIBA concedida al proyecto (Anexo 12).

Tras solicitar permiso para redirigir una parte del presupuesto a este objetivo, justificándolo a partir de la naturaleza flexible de la propia IAP, el COIBA acepta nuestra solicitud, y nos ponemos en contacto con dos docentes que aceptan nuestra propuesta formativa.

El Hospital, finalmente decide apoyar esta formación, y nos ofrece usar un aula del área de docencia gratuitamente. Llevamos a cabo el seminario formativo de 4h de duración, en dos turnos iguales, es decir, en el turno de mañana y tarde se realizaba la misma formación, con el objetivo de que todo el mundo pudiera hacerla, independiente de estar trabajando en turno de mañana, tarde o noche. Se entregó un certificado de asistencia a todos los profesionales, y se envió la documentación necesaria a la CFC (Comissió de Formació Continuada de les Illes Balears) solicitando créditos de formación que los profesionales la pudieran acreditar en la bolsa de trabajo.

Otra de las acciones derivadas que surge de las reuniones, se propone tras una discusión sobre la dificultad de dar información a los pacientes, especialmente de las camas ICTUS, garantizando cierto grado de intimidad y confidencialidad. Se recuerda que este espacio también sería útil para mejorar la dinámica del pase de visita. En estos momentos, ambas cosas se hacen en el pasillo, fuera de las habitaciones, así que proponen solicitar de nuevo a gerencia el uso compartido del aula ubicada en la unidad, que usan los anestesiistas.

Se realiza una solicitud de espacio, fundamentada en la necesidad percibida por los profesionales, detectada en el marco del proyecto, que se reajusta en extensión y forma y se envía a Dirección de Enfermería, Dirección Médica y Gerencia del centro (Anexo 13).

Meses más tarde recibimos una carta de rechazo a la solicitud de compartir el uso de esa aula, además, durante esas semanas, suceden varias reuniones informales entre la gerencia y el coordinador y la jefa de servicio para pedirles que vuelvan atrás la solicitud.

Tras esta negativa, el equipo decide volver insistir, y tras un cambio de Gerente en el centro, por un cambio de gobierno en la Comunidad Autónoma, y por tanto un cambio de Gerente en el centro, reciben una aceptación a su solicitud casi dos años más tarde. Una vez finalizada

la evaluación del proyecto, se cierra con tabique de yeso laminado un espacio frente al hall del ascenso, en el que se coloca una mesa, 5 sillas, y algunas fotos para hacerlo más acogedor.

3. Pase de visita:

En el marco de este proyecto no se ha llegado a revisar esta intervención, ya que la construcción de la sala de información se materializa una vez finalizado el trabajo de campo.

4. Comentarios auxiliares en historia clínica:

Tras el trabajo con el grupo de auxiliares, solicitamos a la Dirección de Enfermería del centro un acceso nominal para las auxiliares al registrar comentarios en la historia clínica de los pacientes. Tras cierta resistencia inicial, y miedos legales, unos meses después, se activó este acceso nominal al programa.

Coincidiendo con esta época, el hospital hace un cambio de servidor, y abre un correo institucional para todos los profesionales, sin límite de almacenaje. A priori, pensamos que esto podría ser una ventaja para mejorar la triangulación de la información. Sin embargo, pocas semanas después, los enfermeros y auxiliares nos explican que el acceso a este correo es tan complejo que siguen sin usarlo. El acceso al correo requiere saber un código de personal CAIB (trabajadores públicos del Govern de les Illes Balears) muy largo, que no se puede modificar y caduca con alta periodicidad, así que no lo utilizan. Sin embargo, a lo médicos les ha venido bien una ampliación de la capacidad del correo.

A lo largo de la fase de implementación hacemos dos intentos de retomar el proyecto con el otro equipo médico que trabaja en la unidad. Pero en ambos casos los intentos resultan fallidos [DC-ENF “Son un buen grupo, pero trabajan como satélites”], así que finalmente decidimos focalizar esfuerzos y seguir trabajando con un único equipo médico.

5.4.1. Los resultados de contenido en la cuarta fase

5.4.1.1. Dinámicas de trabajo en equipo

En esta fase, la categoría de dinámicas de trabajo en equipo, se subdivide en 3 subcategorías, que muestran los resultados sobre factores que modulan estas dinámicas; espacio o TIC, confianza y respeto, y organización.

- Espacio o TIC

El problema con el correo electrónico persevera, a pesar de haber cambiado el servidor, y aumentado su capacidad. Los enfermeros y auxiliares comentan [DC-ENF “Ahora el acceso es súper complicado, necesitamos un número súper largo y no es fácil”], mientras que los médicos lo usan sin dificultades. El equipo hace una reflexión sobre este tema, y comentan [DC-ENF “Lo del mail es una cuestión de ubicación”]. Piensan que el problema es que los enfermeros y auxiliares no tienen un punto de trabajo personal, que garantice la confidencialidad cuando abren una sesión de trabajo durante el turno.

- Confianza y respeto

A lo largo de las reuniones se evidencia que hablan con mucha comodidad entre ellos, independientemente de la categoría profesional, discuten sin problemas, usan un tono y unas formas excelentes. Aunque cabe destacar que principalmente dialogan enfermeras y médicos, y las auxiliares casi no participan aportando nuevos temas.

- Organización

El hecho de que la Dirección decida cerrar una unidad, fusionando plantillas durante el verano, sin previo acuerdo, y sin preguntar si esto afectaba a alguna dinámica del desarrollo del proyecto, resulta muy duro, principalmente para los líderes de la unidad.

Por otro lado, toman la misma actitud de silencio ante la solicitud del espacio físico que realiza el equipo, respondiendo finalmente con una negativa para evitar el conflicto con otras especialidades [DC-ENF “Sabéis que es la sala de los anestesiistas...y ya sabéis como son...”].

En último lugar, la solicitud al acceso nominal para las auxiliares a la historia clínica, genera una tensión importante. La dirección da una respuesta rápida [DC-ENF “Me han dicho que era ilegal, que la responsabilidad de esos comentarios era de la enfermera”], aunque poco tiempo después verifican que no es así, y validan el acceso. En todo caso lo hacen sin mantener un feedback positivo con el grupo.

5.4.1.2. Capital

La categoría de capital, en esta cuarta fase, se divide en cinco subcategorías; de nuevo, liderazgo, misión, rigor, compromiso, y pragmatismo.

- Liderazgo

La evidencia sobre la importancia del liderazgo en las dinámicas de trabajo del equipo se muestra en que ha sido imposible trabajar con la otra especialidad médica, ubicada en la misma unidad, debido a la falta de liderazgo.

Por otra parte, los líderes del equipo médico incluido en el proyecto, y del equipo enfermero, son conscientes de que cumplen un papel importante en la sostenibilidad de ciertas acciones, principalmente en las reuniones de equipo [DC-MED “Es que al final somos nosotros quienes tiramos del carro”], [DC-ENF “Si yo no propongo tema para la reunión, nadie lo hace...”].

- Misión

En el desarrollo de las reuniones mensuales se evidencia cómo el equipo cree que su trabajo es importante, y cómo creen, de verdad, que necesitan al resto de profesionales, dando importancia a lo que hacen los otros.

- Rigor

Siguen escrupulosamente las dinámicas que acuerdan. En el caso de las reuniones de equipo, se deja constancia de las reflexiones y decisiones en un acta que como indican en el protocolo, se envía por mail y se cuelga en el corcho.

- Compromiso

Una vez iniciadas las reuniones, está asistiendo todo el personal de turno, y a casi todas las reuniones acude algún profesional enfermero o auxiliar, que no está de turno.

A pesar de que el mes de que este periodo vacacional ha resultado complicado, deciden mantener la convocatoria mensual de reuniones, tal y como habían propuesto.

- Pragmatismo [*Esta subcategoría se utilizar para describir el estilo que caracteriza a los profesionales clínicos, que responde a una cultura de la inmediatez, buscando resultados a corto-medio plazo*].

Cuando realizan una propuesta de acción, rápidamente piensan en cómo articularla, y ponerla en marcha, para poder dar respuesta a las necesidades que surgen, en el corto-medio plazo. Además, entienden que una vez puesto en marcha algo, se debe mantener.

5.4.2. Los resultados de proceso de la cuarta fase

5.4.2.1. Equipo asistencial

La categoría de equipo asistencial, en esta cuarta fase, se subdivide de nuevo, en dos subcategorías; reflexión y emoción, que se concretan a partir de macro-códigos.

- Reflexión
 - Proponentes [*Este macro-código se refiere a la actitud de hacer nuevas propuestas, de acción, de reflexión...*].

Por un lado, al contar con un nuevo espacio conjunto de reflexión en las reuniones de equipo, generan de forma espontánea y continua, nuevas propuestas de acciones de cambio, como; como la revisión de la normativa de convivencia, deciden invitar a la trabajadora social, y en un caso concreto, antes de dar el alta al paciente, deciden invitar a una reunión al equipo de cruz roja para que les asesore sobre dispositivos de alerta en domicilio.

Toman la iniciativa de buscar subvenciones para la actividad formativa [NR-MED “Yo miraré cómo era lo de poder solicitar cursos para los médicos que nos envían cada año”].

- Pensamiento crítico.

Utilizan la reflexión crítica, para retar a la organización. Ante la negativa de compartir el aula con los anestesistas, toman una actitud muy crítica, y proponen seguir presionando hasta que se les dé una respuesta argumentada.

Al plantear el problema de que se sienten manipulados por ciertos pacientes [NR-MED "...son personas conflictivas"] revisan su falta de competencia para gestionar el conflicto, y proponen formación al respecto.

- Repensando el equipo [*Se utiliza este macro-código para mostrar los resultados que evidencian como va transformándose la concepción de equipo*].

Cuando hablan de la necesidad de formarse para gestionar mejor el conflicto con los pacientes, plantean que es mejor hacerlo todos juntos, y emergen las primeras reflexiones que muestran cómo está cambiando su concepto de equipo [NR-MED "! No lo entiendo!", " ..pero si trabajamos juntos aquí, ¿cómo quieren que resolvamos conflictos por separado?"].

- Emoción

- Crispación y cansancio [*Estos macro-códigos se refieren a sentimientos de enfado y cansancio que aparecen cuando uno persevera en una acción, y no ve reconocido el esfuerzo*]; ante la decisión de unificar las dos unidades durante el periodo vacacional, sin tener en cuenta si esto afectaba al desarrollo del proyecto, genera un importante enfado en los profesionales [NR-MED "No se tiene ningún tipo de consideración con los profesionales que se esfuerzan por trabajar bien"], además comentan [DC-MED y ENF "Si ahora vinieras para hablar del proyecto, te diríamos que no..."].

5.4.2.2. Investigadora orgánica

La categoría de investigadora orgánica, en la cuarta fase se divide en cuatro subcategorías; reflexión, que se concretan a través de macro-códigos. La cuarta subcategoría, que emerge en esta fase, es la de **transformación**. Esta categoría permite mostrar los resultados que evidencian el proceso de transformación, en este caso, de la doctoranda.

- Reflexión

- Tiempos diferentes

Se toman notas en el diario de campo, que muestran la tensión que genera la diferencia de concepción de tiempos necesarios para la reflexión y la acción, entre la doctoranda y los clínicos [DC-IO “El equipo plantea otros tiempos. Ellos creen que no es necesario madurar tanto la reflexión”].

- Integración

La fase de implementación me pone en contacto muy periódico con la unidad, y esto resulta muy agradable, además me da lugar a participar de las discusiones clínicas sin problemas [DC-IO “...me encanta el hecho de que el trabajo cercano con la unidad me haya re-enganchado a una perspectiva más clínica”]

- Emoción

- Des-control

A lo largo del proyecto aprendo a convivir con la sensación de descontrol, genero estrategias de adaptación, que finalmente acaban apaciguando mi rol de facilitadora [CD-IO “Me he cortado el pelo muy corto, cosa que hace más de diez años que no hacía, con la intención de descolocarme de lo habitual. Hace que me sienta más cómoda con el propio proceso de descontrol que vivo como investigadora.”].

- Reafirmación [*Este macro-código se utiliza para describir cómo determinados sucesos actúan de refuerzo positivo frente a una decisión tomada*].

En las últimas fases del proyecto, recibimos la visita de una investigadora que trabaja con nosotros en el desarrollo de un proyecto de cooperación con una universidad en Bolivia, y supone un punto de reafirmación en lo que hacemos. Me sienta bien porque siento que vivo un camino lleno de incertidumbres que a veces me hacen cuestionar si debo seguir adelante [DC-IO “El hecho de que Ruth haya estado aquí esta semana, presentando el trabajo de empoderamiento que hacen con la comunidad,

que debe saber cómo enfrentarse y gestionar la malaria, y qué creencias populares desechar, me ha hecho pensar, y de algún modo confirmar que he elegido bien el tema. Me apasiona saber que aquello en lo que estoy trabajando generará un cambio visible en la práctica clínica, aunque sea minúsculo”].

También me reafirmo en la línea de investigación en la que estoy trabajando, a pesar de que no sea la más rentable en términos académicos [DC-IO “...esto me hace cuestionar las reglas del juego académicas. Este tipo de investigación se vende mal en las revistas de impacto”].

- Habilidades

- Seducción

Es necesario seducir a los profesionales asistenciales, para mantener la activación del campo, y especialmente durante el periodo vacacional, a los profesionales que no son de la unidad, para que participen de la discusión.

- Transformación

Durante el periodo de desarrollo del proyecto, participo como profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia en la comisión de metodología de la Facultad de Enfermería. Se trata de un espacio en el que discutimos con diferentes expertos cuestiones sobre cómo plasmar el proceso de atención de enfermería a un paciente en la historia clínica.

Debo contextualizar el desarrollo de la profesión, que como la disciplina enfermera ha luchado por visibilizar un espacio de actuación, y consolidar una identidad propia. A nivel práctico y metodológico, esto ha llevado a diferenciar problemas de salud del paciente según el abordaje disciplinar que requieren, problemas de abordaje autónomos o problemas de colaboración.

Ahora, esto empezaba a parecerme innecesario, es como si ahora no siento que debo defender una identidad propia, siento como si hubiéramos perdido la perspectiva profesional, olvi-

dando que los problemas de salud son del paciente, no de los profesionales que los abordan. Los problemas de salud deben abordarse en todos los casos desde una perspectiva de equipo interprofesional, no disciplinar [DC-IO " Ahora creo que las barreras disciplinares que creamos entre los profesionales, resultan perjudiciales para el trabajo en equipo, y por tanto tienen efectos negativos para los pacientes"]. Para mí ha sido sorprendente este cambio de perspectiva disciplinar y profesional que he ido transformando [DC-IO "Me estoy dando cuenta de que estoy cambiando radicalmente mi punto de vista"].

5.5. FASE 5. EVALUACIÓN

A lo largo de la fase de implementación de intervenciones, que se alarga prácticamente un año y medio, nos reunimos periódicamente el enfermero investigador, el coordinador de la unidad, y la doctoranda. En las reuniones comentamos cuestiones que les preocupan, avances, atascos, compartimos información sobre el hospital, la unidad, y reflexionamos y proponemos ideas de nuevas estrategias para captar la máxima participación de los profesionales, que identificamos como lo que resulta lo más complejo.

En una de estas reuniones, el enfermero investigador hace la demanda de hacer una "foto" del momento. Es decir, ahora que llevamos casi dos años con el proyecto en marcha, hay varias intervenciones implementadas, y ellos tienen la sensación de que el día a día les "come", y no saben qué queda pendiente, o por acabar... y piden hacer un breve resumen de estado.

Esta parte del proyecto queda incluida en la fase de evaluación ya que entiendo que forma parte de cómo ellos empiezan a evaluar los resultados. Además, en este apartado también se exponen los datos relativos al cierre, y a la evaluación final propiamente entendida.

Para dar respuesta a esta demanda, la doctoranda opta por hacer un montaje audiovisual, en formato vídeo, que permite repasar fases y objetivos del proyecto, y visualizar todo lo que se está haciendo hasta el momento.

Las reuniones van fluyendo sin problemas hasta ahora, pero llegamos a la del mes de enero de 2015, para la que no se acuerda ningún orden del día.

Al valorar el estado de la unidad, les veo tensos, los profesionales se sienten cansados, y sienten falta de reconocimiento por parte de la dirección, sobre su participación en lo que siguen entendiendo como un proyecto de mejora para la unidad.

También el coordinador de la unidad manifiesta sentirse cansado, comenta que le parece que el esfuerzo que invierte en mejorar el trabajo en la unidad pasa totalmente desapercibido por la Dirección, quien parece que nos vive como un foco de activismo-rebelde en el hospital. De algún modo nos permiten seguir adelante con el proyecto, pero parece que miden esfuerzos para no empoderarnos.

Para dar respuesta a la reunión de enero, propongo añadir como orden del día la reflexión sobre cómo llevaremos a cabo la evaluación del proyecto. Finalmente se trata de una reunión difícil, en la que el ambiente está enrarecido, y los ánimos bajos. Entramos en una época dura, se trata de un momento crítico, porque ellos se sienten cansados.

Tras varias semanas, un espacio para reflexión, tutorías de doctorado, y contacto vía mail con el coordinador y el enfermero investigador, para ir tomando el pulso al equipo, damos forma al seminario formativo, al que solo se apuntan 4 personas, imaginamos que por el bajón anímico del momento.

Diseño un cartel informativo para difundir de nuevo, por mail y colgado en el corcho de la unidad, y en unos días se hubo 11 personas apuntadas a la sesión de la mañana y 16 a la de tarde.

Dada la elevada asistencia confirmada decidí aprovechar para hacer una evaluación global del proyecto, y al finalizar la sesión formativa, se le pasó a cada participante, una evaluación de la actividad formativa (Anexo 14), y una evaluación del proyecto (Anexo 15).

El desarrollo del curso es buenísimo con una participación activa por parte de los profesionales. Se organizaron dinámicas de rol playing muy acertadas. La valoración de éste por parte de los profesionales fue excelente. Se trató de un punto clave, fundamental para la reconexión del equipo, ya que se relajaron, disfrutaron, lo pasaron bien trabajando juntos. Y gracias a la evaluación de proyecto que pudimos hacer en ese momento, también sirvió para re-conectar todo lo acontecido e implementado, con la participación en el proyecto y evaluar su percepción sobre el proceso de cambio.

Tras el seminario formativo el ambiente en la unidad parecía otro. En una de las reuniones que intento tener con cierta periodicidad con el coordinador y enfermero investigador, unas semanas después, me comentan que han pensado dejar de convocarme a las siguientes reuniones de equipo, y sólo avisarme puntualmente, si me parece bien.

Para finalizar esta fase de evaluación se llevan a cabo dos entrevistas individuales en profundidad a dos médicos, y dos grupos triangulares, uno con auxiliares y otro con enfermeras. El objetivo es matizar cierta información que se obtiene en la evaluación global del proyecto, tras la actividad formativa.

Las visitas periódicas al centro provocan que otros coordinadores se interesen por lo que vamos haciendo en la unidad, y los coordinadores de las tres unidades implicadas en el trabajo del campo del FIS me comentan lo interesante que sería devolver los resultados del proyecto, recordemos, anterior al que nos ocupa, a los profesionales, de una forma diferente a la memoria que elaboramos con dicho objetivo. Además, a lo largo del trabajo de campo, y sobre todo cuando empezamos a hablar sobre la evaluación del proyecto, los profesionales de la unidad me plantean la misma demanda sobre los resultados del proyecto FIS anterior.

A partir de esta necesidad, le propongo a la IP (investigadora principal) del proyecto FIS ponernos a trabajar la transferencia de los resultados, intentado ir más allá de enviar la memoria de investigación y que, además, no requiera el uso de correo institucional. Decidimos empezar a trabajar con un dibujante de cómics que, tras una inmersión en los datos, y el asesoramiento de la investigadora principal del FIS, plasmó los resultados a través de unas tiras cómicas que permitieran ser críticos a la vez que respetuosos con la dinámica de trabajo en equipo en la práctica clínica.

Para lograr explicar los resultados desde el rigor, el respecto y usando el humor, se pensó en un dibujo para representar la figura de cada profesional, intentado huir de estereotipos estéticos y de género. El médico es un personaje de color azul y con cabeza exagonal, el enfermero de color naranja y cabeza triangular, y el auxiliar de color amarillo y cabeza redonda. A partir de los resultados obtenidos se diseña una tira de cómic conformada por un total de 5 viñetas redondas; la primera incluye el título y código del proyecto FIS, y los logos institucionales pertinentes. En las tres viñetas

siguientes se representan escenas observadas de las dinámicas de trabajo en equipo entre los profesionales de la salud, buscando mostrar aquello que no funciona. Y en la quinta escena se representa un ideal de trabajo en equipo a partir de la revisión de la literatura.

Se diseñaron un total de tres escenarios o tiras cómicas diferentes, debido a la falta de presupuesto para seguir con la edición e impresión de más escenarios que podríamos plasmar con los datos recogidos. Decidimos titular este trabajo de transferencia con el título “(CO)ordinar, (CO)laborar, (CO)mpartir: salvan vidas”.



De forma espontánea los profesionales me piden que participe en la última reunión del año, para poder compartir un primer análisis de resultados de nuestro proyecto actual. Como esta propuesta coincide con la finalización del trabajo de edición de las tiras cómicas, decidimos preparar por un lado un vide-montaje con el análisis preliminar de resultados del proyecto, y llevar una impresión en formato vinílico de las viñetas cómicas, para saber si les parece buena idea este formato de transferencia de resultados. La asistencia a la reunión resulta un éxito, ya que acuden todos los profesionales de turno, y 5 personas vienen de casa teniendo libre. Al equipo le encanta la visualización del video, y comentan que se les parece buena la forma de difusión de los resultados para los resultados del FIS.

Al finalizar la reunión de equipo, la Directora de Enfermería del centro me llama, para proponerme hacer difusión de las viñetas en el hospital. Inicialmente el equipo de la unidad piensa que esta difusión puede proyectar una imagen de soporte institucional que no se ha dado, así que en la siguiente reunión de equipo se plantea el tema, y se decide aceptar la difusión de las tiras de cómic, vinculándolas como proyecto de continuidad al proyecto actual. El equipo pone como condición aparecer en las fotos que se difundirán por la red interna del centro, junto a la Dirección y Gerencia. Finalmente se publica la noticia en la web del Hospital, en varios periódicos de tirada local, y también en la web institucional de la UIB (Universitat de les Illes Balears).

En la siguiente visita que hago a la unidad me comentan que a nivel nacional les han dado el premio TOP 20 al equipo del área del sistema nervioso. Se trata de un premio que se da a una unidad por los resultados en indicadores de estancia y complicaciones clínicas de los pacientes ingresados, que se establece a partir de los datos de 2015.

A pesar de la satisfacción por el premio, comentan que se sienten decepcionados, ya que la gerencia no les informó con tiempo y forma correcta, lo que no les permitió organizarse para recoger el premio en Madrid. Además, el equipo cuenta una pequeña mesa, situada en la sala de reuniones, en la que colocan los premios de investigación y muestras de agradecimiento de los pacientes. Al solicitar la estatuilla del premio para colocarla en la mesita de permios la gerencia se niega, y queda en el área de dirección.

Al finalizar la fase de evaluación elaboré un informe analítico de resultados para la Dirección, Gerencia y Comisión de Investigación del centro, que se aprovechó como memoria de cierre de la ayuda de investigación del COIBA. Este informe se trianguló, como dinámica habitual del proyecto con los profesionales de la unidad, y se envió formalmente una vez añadidos ciertos matices que aportaron (Anexo 16).

El proyecto no se ha dado aún por finalizado, ya que ellos van generando intervenciones que responden a sus necesidades concretas, y han solicitado colaboración de la doctoranda en determinadas acciones, planteando nuevos retos de transferencia. Pero este momento se describe como un parón en el trabajo de campo de la doctoranda, para poder llevar a cabo el trabajo de análisis interpretativo, discusión y construcción del documento de tesis.

5.5.1. Los resultados de contenido de la quinta fase

5.5.1.1. Dinámicas de trabajo en equipo

En esta fase, la categoría de dinámicas de trabajo en equipo, se subdivide en 3 subcategorías, que muestran los resultados sobre factores que modulan estas dinámicas; organización, empoderamiento y sostenibilidad.

- Organización

A lo largo del proyecto entienden que el permiso institucional para el desarrollo del proyecto en el fondo supone también una constricción [DC-MED “Haz mientras no molestes”], hablan de [E-MED “Silencio institucional”]. Además, comentan [E-MED “Tampoco es que nos pongan trabas, pero tampoco nos van a ayudar mucho ni van a hacer que esto pase en otros servicios”].

- Empoderamiento [*Esta subcategoría se utiliza para referir la obtención de poder del grupo de personas que trabajan juntas, para incrementar el control sobre los sucesos en los que están involucrados* (Sosa Lorenzo et al., 2013)].

El equipo adquiere autonomía en el proyecto, que se evidencia por la demanda de la foto de estado que, implica que necesitan saber cómo se está desarrollando el proceso. Además, toman decisiones autónomas y solicitan respuestas.

Al decirme que ya no es necesario que asista a las reuniones de equipo, excepto de forma puntual, cuando me inviten, implica que ya tienen la dinámica asumida, y no requieren ningún tipo de una dinamización externa.

La jefa de servicio y coordinador, comentan que ahora sería muy interesante trabajar en la transferencia de los resultados de este nuestro proyecto dentro del centro [NR-MED “Explicar lo que hemos hecho puede dar ideas a otras unidades”].

- Sostenibilidad [*Esta subcategoría se refiere a cómo determinadas acciones se mantienen a lo largo del tiempo* (Hernández-Ponce, 2010)]

Revisan el procedimiento de las reuniones que se han consolidado y les ha dado espacio para compartir conocimiento. Al hablar de las reuniones comentan [CD-ENF “Las reuniones han sido un embrión...”].

Al finalizar el trabajo de campo, todas las intervenciones implementadas se siguen llevando a cabo.

5.5.1.2. Capital

La categoría de capital, en esta quinta fase, se divide en dos subcategorías; de nuevo, liderazgo, y rigor. Pero dada la existencia de diferentes matices de los resultados de la subcategoría liderazgo se ha subdividido en tres macro-códigos, que facilitan su comprensión: reconocimiento, cansancio y compromiso.

- Liderazgo

- Reconocimiento

El equipo reconoce el buen trabajo del coordinador [GT-ENF “Nosotros tenemos a Jaime. Jaime nos tiene mal acostumbrados. Cuando hay alguna cosa importante que tenemos que saber, importante, lo imprime y nos lo cuelga”], [GT-ENF “Es perro viejo y sabio”].

- Cansancio.

Ambos líderes se sienten cansados [NR-ENF “...me siento desgastado”, “...se trata de muchas pequeñas cosas”, “pequeños detalles que hacen el todo”].

- Compromiso.

De cara al año que viene, deciden incorporar en el contrato de gestión de la unidad, el objetivo de asistencia a las reuniones. Quien venga, teniendo libre, opta directamente a un 5% de la remuneración económica vinculada al cumplimiento de esos objetivos.

- Rigor

El propio equipo decide revisar el protocolo de reuniones; se decide que todo el mundo participe vía mail, proponiendo temas para el orden del día. Incluyen a la trabajadora social del centro. Proponen incluir sesiones formativas...es decir, entran en la dinámica de reflexionar y planificar lo que quieren llevar a cabo.

5.5.2. Los resultados de proceso de la quinta fase

5.5.2.1. Equipo asistencial

La categoría de equipo asistencial, en esta quinta fase, se subdivide en tres subcategorías; de nuevo reflexión y emoción, que se concretan a partir de macro-códigos. Y emerge una tercera subcategoría, de nueva identidad, en la que se muestra visibilizar los resultados que evidencian cómo se va transformando su identidad de grupo.

- Reflexión

- Pensamiento crítico.

Manifiestan que la elevada carga asistencial no les deja tiempo para reflexionar sobre aspectos que no sea la propia asistencia clínica [DC-MED "...nos pasa por encima"]. Esto, en el fondo, implica que empiezan a ser conscientes de la importancia de reflexionar sobre el desarrollo del proyecto, ya no es solo tomar decisiones, sino evaluar qué resultados están obteniendo.

Cuando la dirección solicita hacer difusión de los datos en el hospital el equipo se posiciona críticamente, ya que no quieren que se proyecte una imagen de respaldo institucional que no sienten que se haya producido a lo largo del proyecto [DC-ENF "No juguemos al juego de colgarse medallas por un trabajo que no han hecho"].

- Reconocimiento.

No sienten ningún reconocimiento por parte de la dirección y gerencia, y esto les frustra [DC-ENF "...lo teníamos todo, y nos han ido quitando. Ahora no tenemos nada"], [NR-MED "¿Ellas

saben cómo estamos?, ¿saben cómo está el panorama en el hospital?"]], [NR-ENF "La gente necesita motivación externa y ahora no la hay..."].

Cuando la gerencia les solicita difundir los resultados por todo el centro no lo viven bien [DC-ENF "Hay que pagar el peaje"].

También hay que comentar el reconocimiento que muestran hacia mi papel de facilitadora del proceso y doctoranda. Entienden sin dificultades que mi presencia en la unidad disminuirá porque debo construir el documento de tesis.

- Inmovilismo [*Responde a uno de los elementos descritos en el trabajo de Reeves, en la categoría de disposición individual, para referirse al hecho de que la voluntad de trabajar de forma colaborativa no es asumida naturalmente, sino que depende de cada profesional*].

Cuando se reflexiona sobre las dificultades de participación comentan [NR-ENF "...participan en cosas si se les da todo masca-do"], [DC-MED "La gente que viene a la reunión participa porque viene a "mesa puesta", nadie se rompe la cabeza pensando temas interesantes para discutir"].

No se puede olvidar que dos profesionales de la unidad siguen manteniendo una actitud destructiva hacia el proyecto, y cualquier acción que implique compromiso [GT-ENF "...vengo a hacer mis siete horas, a preocuparme de los pacientes y me da igual hablar más o menos con los médicos.", "...no te hacen caso, ellos quieren ir a la suya, pues que allá ellos.", "...ni te reconocen a lo mejor, ni te agradecen, así que vengo a hacer lo mío y ya está."], [GT-AUX "Esto no se puede cambiar"].

- Emoción

- Tensión [*Este macro-código permite describir una situación de alto nivel de cansancio, en la que cualquier pequeño suceso, puede desencadenar un enfado*].

El día de la reunión mensual solo acuden los profesionales de turno, no vienen nadie que esté de turno libre. La jefa de servi-

cio, que se siente cansada y poco respaldada por la organización comenta [DC-MED “¿Los tuyos dónde están?”]. Ambos líderes se sienten cansados, y se percibe cierto nivel de tensión.

- Satisfacción y sorpresa [*Estos macro-códigos hacen referencia a sentimientos de bienestar respecto a los resultados obtenidos, y a su vez, de asombro respecto a ellos*].

Los profesionales manifiestan sentirse sorprendidos por todo lo que se ha ido haciendo, e incluso uno de los enfermeros comenta [NR-ENF “Así como lo dices parece que hemos hecho un montón de cosas”], [NR-MED “Del proyecto salen cosas”].

En la evaluación final comentan cuestiones como [E-MED “... positivo, que está ayudando a la mejor relación médico-enfermero y con el paciente y la organización”, “Las propuestas han sido muy prácticas”], [E-ENF “...nos esforzamos para que mejore la comunicación”], [E-ENF “...favorece la cohesión”].

- Protección [*Este macro-código se refiere a la sensación de haber podido quedar al margen de problemas que afectan a personas o entornos muy cercanos, gracias a la activación de alguna acción que ha resultado preventiva*].

El feedback es muy positivo, y en la ronda de conclusiones la jefa de servicio apuntaba [DC-MED “Es como si participar en el proyecto este tiempo nos hubiera protegido del ambiente del hospital, ya sabes cómo está el resto”].

- Nueva identidad [*Esta subcategoría, al igual que la categoría de transformación que emerge en el proceso de la investigadora orgánica, en la fase anterior, permite explicar el proceso de transformación del equipo, que, en este caso, les ha llevado a construir una nueva identidad de equipo*].

En esta fase de evaluación se muestra un nuevo elemento en el equipo, que es una nueva identidad de grupo, que antes no evidenciaban. Ahora se llaman la 4B, de hecho cuando se hacen la foto para la difusión del proyecto solicitan salir todos, y cuando hablan de lo que se ha hecho comentan [NR-MED “Comentaran, mira lo que hacen en la 4B”].

5.5.2.2. Investigadora orgánica

La categoría de investigadora orgánica, en la quinta fase se divide en tres subcategorías; reflexión, emoción y habilidades, que se concretan a través de macro-códigos.

- Reflexión

- Integración.

A lo largo del trabajo de campo, dando el tinte etnográfico de éste, me siento integrada, de hecho, las anotaciones en el diario de campo aparecen tomados como si yo fuera parte del equipo.

- Compromiso.

Me resulta muy complejo plantearles la salida del trabajo de campo, porque necesito escribir el documento de tesis [DC-IO "...si me salgo del campo siento que les fallo"].

- Emoción

- Satisfacción y frustración [*Estos macro-códigos hacen referencia a sentimientos de bienestar respecto a los resultados obtenidos, a la vez que se es consciente de no haber logrado los mejores resultados posibles*].

Ssatisfecha con los resultados obtenidos [DC-IO "Hemos cambiado algunas pequeñas cosas, y eso era lo que buscaba"]. El premio TOP 20 me parece una gran noticia, que incluso podía pensar en asociar más allá de una relación estadística a los buenos resultados del proyecto.

Sin embargo, también siento frustración frente a la actitud de algunos profesionales que sostienen una posición inmovilista.

- Cansancio.

Mantener la tensión en el campo para mantenerlos activos todo este tiempo requiere inversión de energía, que, junto al trabajo a demanda de tiempos establecidos por el equipo, me genera un

importante agotamiento. Pero, además, resulta agotador sentir de forma cíclica que puede dejar de funcionar [DC-IO "... ¿y si se cae el campo??", "Tengo miedo a que lo que hemos hecho ahora no sirva de nada"].

- Habilidades
 - Esperanza.

Al salir de la reunión de enero, que resulta dura y tensa, hago la siguiente anotación en el diario de campo [DC-IO "Al salir del hospi he hecho una foto al arcoíris, que asomaba entre las nubes mientras caía un tormentón. Se la he reenviado por whatsapp a los chicos³, diciendo "tiene que llover para ver el arcoíris"]].

5.6. FASE 6. TRANSFERENCIA

Durante los casi tres años de trabajo de campo, hemos tenido la posibilidad de llevar a cabo diferentes acciones para visibilizar y difundir el proyecto, en la que la doctoranda ha participado junto a diferentes profesionales de la unidad en cada caso. El compendio de estos trabajos de difusión conforma esta fase que denominado transferencia, siendo conscientes que queda pendiente llevar a cabo la transferencia real de resultados a otros equipos de salud.

Contando que la primera acción de trasferencia y detonante de la puesta en marcha del proyecto, es la propia Tesis, adjunto la reseña de las diferentes acciones de difusión llevadas a cabo durante este tiempo;

- En 2014 llevamos a cabo;
 - La presentación del diseño del proyecto en una sesión de la II Jornada del IdiSPa (Instituto de Investigación Sanitaria de Palma), celebrada en HUSE (Hospital Universitario Son Espases) Palma de Mallorca.

3. Uso este término en el diario de campo, al referirme al coordinador de la unidad y el enfermero investigador.

- Una comunicación oral breve en el XVIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, INVESTEN, celebrado en Vitoria, titulada “Propuestas de cambio del trabajo en equipo. Una IAP en la UH médica”.
- Una ponencia en el 1er Encuentro de Investigación en Cuidados de la Salud, celebrado en Hospital Son Llatzer, Palma de Mallorca, titulada “Promoción de la colaboración interprofesional a través de una Investigación Acción Participativa”.
- En 2015;
 - Una comunicación oral en el XIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, INVESTEN, celebrado en Cuenca, titulada “Cambios en las dinámicas de trabajo en equipo en una unidad de hospitalización. Una Investigación Acción Participativa”.
 - Una comunicación en el ISIH 6th International Conference Challenging Health Inequity: A call to action, celebrado en la UIB (Universidad de las Islas Baleares), Palma de Mallorca, titulada “Some Keys to change. The role of organic researcher and facilitator in a Participatory Action Research”.
 - Una ponencia invitada en las Jornadas profesionales organizadas por el SATSE (Sindicato de Enfermería de Euskadi) y FUNDEN (Fundación para el desarrollo de la Enfermería) en Donostia, titulada “Práctica Colaborativa”.
- En 2016;
 - La presentación de un póster en el Certamen de Enfermería de las Islas Baleares, organizado por el COIBA, con el título “Promoción de la práctica colaborativa a través de una investigación-acción participativa en una Unidad de Hospitalización”.
- En 2017;
 - Una comunicación invitada en las II Jornadas de Investigación del Hospital de Manacor, Mallorca, titulada “Sostenibilidad y

repercusión de los cambios de dinámicas de trabajo en equipo en una unidad de hospitalización”.

- Una ponencia en una sesión-debate sobre Práctica Colaborativa, celebrada por el COIBA, en Palma de Mallorca, titulada “La práctica colaborativa en salud. ¿Qué es y qué se está haciendo?”.
- Una comunicación en el I Congreso Internacional de Investigación e Innovación en Cuidados: Evidencia, Enfermería de Práctica avanzada y Seguridad Clínica, en Palma de Mallorca, titulada “Estrategias de redistribución y reconocimiento como herramientas de cambio de la dinámica de trabajo en equipo en una unidad de hospitalización”, por la que obtuvimos el premio a la segunda mejor comunicación oral.

5.6.1. Los resultados de contenido de la sexta fase

La fase de transferencia no cuenta con la categoría de dinámicas de trabajo en equipo ya que no resulta pertinente.

5.6.1.1. Capital

La categoría de capital, en esta sexta y última fase del proyecto, se divide en una subcategoría, la de rigor.

- **Rigor**

Los profesionales de la unidad que han participado como co-autores en la elaboración de los resúmenes para enviar a congresos, han hecho una triangulación de las propuestas de la doctoranda, llevando a cabo pequeñas aportaciones, en todos los casos.

En dos ocasiones los profesionales que han participado como co-autores también han participado en la comunicación conjunta del trabajo.

5.6.2. Los resultados de proceso de la sexta fase

5.6.2.1. Equipo asistencial

La categoría de equipo asistencial, en esta sexta y última fase del proyecto, se subdivide en dos subcategorías; de nuevo reflexión y emoción, que se concretan a partir de macro-códigos.

- Reflexión
 - Investigación [*Este macro-código permite mostrar los resultados que emergen del trabajo de difusión de los datos*].

A medida que maduro el análisis interpretativo de los resultados, se van modificando las propuestas en los títulos de las presentaciones, ante lo que el enfermero investigador plantea dudas sobre el sobre este cambio que se va dando, y esto permite ir compartir con ellos también, el proceso de doctorado y construcción de tesis.

- Emoción
 - Ilusión [*Este macro-código se refiere al sentimiento que proyectan los profesionales en las expectativas de los resultados de una acción*].

Solicitan triangular abstrats i presentaciones porque creen que es importante, les supone un reto ilusionante contar a otros servicios y profesionales, lo que se ha hecho en la unidad.

5.6.2.2. Investigadora orgánica

La categoría de investigadora orgánica, en la sexta fase del proyecto, se divide en tres subcategorías; reflexión, emoción, y habilidades, que se concretan a través de macro-códigos.

- Reflexión
 - Conciencia el impacto

Los cambios acontecidos en este tiempo son evidentes. Ahora es importante poder analizar con rigor el proceso, y transferir correctamente los resultados, discusión y conclusiones.

- Compromiso.

El compromiso con el equipo y el centro perdura. En el proceso de construcción del documento, he acudido a diferentes eventos personales y asistenciales, relacionados con profesionales de la unidad.

- Emoción

- Satisfacción.

Es muy gratificante evidenciar mi papel como facilitadora en proceso de cambio.

- Habilidades

- Investigación.

Ha sido necesario localizar congresos/espacios en los que ir dando visibilidad al desarrollo del proyecto. En cada presentación hemos analizado y mostrado los datos pertinentes a cada fase.

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN





DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en las diferentes fases del proyecto, permiten corroborar la premisa de que actualmente existen factores del propio sistema sanitario, hospital y unidad, e intrínsecos a los propios equipos, que dificultan que los profesionales de la salud lleven a cabo un trabajo en equipo que responda a una verdadera colaboración interprofesional, que les permita dar la mejor atención a la salud de la población.

El problema no radica en la falta de literatura científica que informe de cuáles son los beneficios para los pacientes, para los profesionales y para el propio sistema, de una práctica colaborativa interprofesional. Sino que la forma en la que están distribuidos los espacios, las agendas, la organización y conformación de las plantillas, la gestión de las unidades y centros, fomenta, a día de hoy, que el trabajo en equipo no se tenga en cuenta como una competencia a desarrollar en las agendas de los profesionales y los gestores, y pasa a ser entendido como una iniciativa a nivel individual que depende de la voluntad y la predisposición de cada profesional.

Esta investigación persigue comprender cómo se ha producido este proceso que ha conducido al cambio en las dinámicas de trabajo entre los profesionales del equipo, para lo que se ha llevado a cabo un análisis de esta transformación de la forma más rigurosa y ordenada posible, estructurando este capítulo de discusión en cinco grandes apartados, que me permiten dar respuesta a los objetivos específicos de esta tesis.

En el primer apartado llevo a cabo una discusión de los datos sobre cómo es el trabajo en equipo entre médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería de la unidad.

En el segundo apartado, y a partir de la caracterización inicial del trabajo en equipo paso a discutir los rasgos que definen un modo de interactuar, que facilitan o dificultan la interacción entre profesionales.

En el tercer apartado analizo el tipo de estrategias que el equipo de profesionales pone en marcha en el marco del proyecto con el objetivo de aumentar el nivel de colaboración interprofesional.

En el cuarto apartado planteo una discusión sobre los catalizadores del proceso de transformación y la sostenibilidad del cambio, cuáles han sido los facilitadores y barreras, del proceso de transformación que finalmente ha acontecido.

Y finalizo este capítulo con el quinto apartado, en el que apporto una discusión de los resultados a partir de los elementos teóricos expuestos en los capítulos anteriores con el objetivo de dar respuesta a la pregunta de investigación del proyecto sobre cómo se ha logrado la transformación en el equipo.

6.1. CÓMO ES EL TRABAJO EN EQUIPO ENTRE LOS PROFESIONALES DE SALUD DE LA UNIDAD

En relación a las dinámicas de trabajo en equipo, los resultados obtenidos muestran que los profesionales trabajan de forma jerárquica y vertical, y existe una clara dificultad para encontrar espacios y tiempos de comunicación, donde se da una evidente desigualdad en la distribución de recursos y el reconocimiento arraigadas en procesos y prácticas que perjudican a algunos grupos de personas, ya sean profesionales, pacientes o familias frente a otros. Es decir se generan formas de injusticia dentro de las organizaciones sanitarias que inducen al distanciamiento y lucha entre los profesionales fomentando una atención a la salud de la población alejada de un marco más plural del conocimiento y de la experiencia interprofesional que garantice una mayor equidad y calidad en su atención.

6.1.1. Trabajo en vertical

Los profesionales definen el trabajo en equipo como interacciones en cadena entre médico-enfermero-auxiliar de enfermería, aunque tal como

apuntan otros autores, la jerarquía está condicionada por la veteranía, (Hui, 2010; Scott Reeves et al., 2009) como un valor que otorga mayor reconocimiento a un profesional, independientemente de su categoría profesional.

El médico es el profesional que finalmente reúne la información necesaria para tomar decisiones en base a las valoraciones de los pacientes y los datos de valoración que recibe de los enfermeros. Por tanto, ocupa una posición de liderazgo y autoridad en la toma de decisiones naturalizada por él mismo y por el resto de profesionales.

Los enfermeros trabajan con la información clínica procedente de sus propias valoraciones de los pacientes y de la que obtienen de los auxiliares. Ocupan una posición intermediadora entre auxiliares y médicos, y pacientes y médicos. Y el auxiliar ocupa una posición muy cercana al paciente, que le permite obtener ciertos datos clínicos básicos y transmitirlos a los enfermeros (Miró-Bonet, Bover-Bover, Moreno-Mulet, Miró-Bonet, & Zaforteza-Lallemand, 2014).

En definitiva, los profesionales no toman decisiones conjuntas, sino que aportan información para que el médico tome las decisiones finales, ya que es el profesional que cuentan con el reconocimiento para esto. El resto de profesionales del equipo tiene muy claro quién debe tomar la decisión final, y en ningún momento cuestionan que pudiese hacerse de otra manera (Campbell-Heider & Pollock, 1987; DiPalma, 2004).

Son los médicos quienes exigen que los enfermeros deberían tener mayor manejo de la información clínica, y cuestionan el hecho de que realizan un trabajo un tanto mecánico y rutinario, y, además, se muestran generalmente desinteresados a las explicaciones clínicas.

Sin embargo, los médicos no comparten información clínica con el objetivo de que resulte de interés para el trabajo del resto de profesionales (Braaf, Manias, & Riley, 2013), sino que comentan datos clínicos que dan respuesta a su área competencial sin el objetivo de que esa información resulte útil en la atención que ofrecen los otros profesionales.

Por otro lado, es cierto, que, en estos momentos, la actividad clínica de los enfermeros y auxiliares de la unidad responde a objetivos vinculados a resultados, y a las intervenciones que se llevan a cabo para ir resolviendo

tareas, problemas o necesidades concretas y no a los resultados del proceso de salud del paciente.

Esto hace que los enfermeros queden inmersos en un círculo vicioso, ya que no cuentan con el reconocimiento competencial, ni con el espacio común de intercambio de información necesarios para participar en la toma de decisiones respecto al proceso de salud global, y solo participan asumiendo un papel ejecutor (Galletta, Portoghese, Battistelli, & Leiter, 2013).

Es evidente como la hegemonía o dominancia de la profesión médica marca esta jerarquía vertical de trabajo. Los médicos del equipo son conscientes de su posición de poder (DiPalma, 2004), sin embargo, no la atribuyen a una elección personal, sino a factores ajenos a ellos, derivados del funcionamiento marcado por la organización, como el hecho de que sus agendas de trabajo condicionen la rutina de la unidad (Tang, Chan, Zhou, & Liaw, 2013).

Los huecos de sus agendas desencadenan visitas esporádicas a la unidad de hospitalización, lo que no permite planificar la actividad asistencial de forma eficaz. Los enfermeros se sienten incómodos porque siempre están a la espera y consideran que es difícil responder correctamente a las necesidades de atención y demandas de información de los pacientes ingresados (Atwal & Caldwell, 2006).

Los médicos no parecen tomar conciencia de cómo este poder disciplinar, fomentado social e institucionalmente condiciona el tipo de colaboración profesional que mantienen con enfermeros y auxiliares (Miró-Bonet et al., 2014), y por tanto en ningún momento hacen una demanda explícita para redistribuirlo.

Sin embargo, es importante señalar que a lo largo de las fases del proyecto aparecen evidencias de cómo esta posición de dominancia médica se va diluyendo a nivel local. A medida que el equipo va transformándose y (re) conceptualiza su funcionamiento interno como equipo se relajan a nivel individual y disciplinar, y tiene lugar una cierta redistribución natural del poder y de reconocimiento competencial mutuo. Pasan a poner en común opiniones clínicas y tomas decisiones terapéuticas desde posiciones más complementarias.

No obstante, en general podemos señalar que los profesionales no están situados en el reconocimiento de las diferencias interdisciplinares o com-

petenciales, sino que se movilizan en la defensa, lucha o tensión entre los intereses de cada una de la profesiones o colectivos.

La dominación o naturalización cultural de unos discursos sobre otros generan un contexto de desigualdades en cuanto al acceso a recursos y al reconocimiento, a la visibilidad y al respeto de las distintas aportaciones o valores interprofesionales, lo cual genera consecuencias, en las expectativas y satisfacción de los profesionales, en la eficiencia del propio sistema sanitario y en la seguridad y calidad de la atención recibida por los pacientes y las familias.

En este sentido, considero importante que los profesionales de la salud desarrollen una visión o posición crítica, que los profesionales que gestionan las organizaciones identifiquen y propugnen aquellas iniciativas de reconocimiento, visibilidad, valor y respeto de las diferencias profesionales e igualdad interprofesional para que combinadas puedan de manera coherente crear comunidades o contextos clínicos y profesionales socialmente justos.

Es decir, se deben promover reivindicaciones basadas en la identidad de grupo o grupal, por tanto, supra-profesional y supra-individual. Es lo que Seyla Benhabib denomina la “identidad colectiva” del grupo mediante el reconocimiento de su especificidad, ya que sino, la falta de reconocimiento o el reconocimiento inadecuado pueden constituir formas de opresión, confinando a algunos profesionales, o incluso a los propios pacientes en una manera de ser falsa, distorsionada o disminuida. Más allá de la simple falta de respeto, esto puede infligir un grave daño, encasillando a ciertos profesionales en un sentimiento abrumador de auto-desprecio. Como señala Charles Taylor (1992), prestar reconocimiento no es un mero acto de cortesía, sino una necesidad humana vital (Taylor & Gutmann, 1992).

6.1.2. Hablemos, pero... ¿dónde y cuándo?

La falta de un espacio físico y de tiempo adecuado para poner en común la información sobre los pacientes que atienden son dos factores que condicionan el trabajo en equipo en la unidad, y de los que además, todos los profesionales son conscientes (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010).

Las interacciones entre los profesionales en un turno, son puntuales y con interrupciones, se producen de forma esporádica, no planificada, y habitualmente en espacios públicos, como el pasillo o las propias habitaciones, utilizando la comunicación verbal (Scott Reeves et al., 2009). Son interacciones breves, cuya duración pudimos acotar en la observación no participante del proyecto FIS anterior a esta tesis, de entre 1 y 7 minutos.

Esta dificultad logra matizarse un poco a lo largo del desarrollo del proyecto cuando deciden trabajar en hacer más efectiva la localización de los médicos aunque hay que destacar que resuelven el problema sin actuar sobre la causa, la adecuación de las agendas a la actividad asistencial de la unidad.

A pesar de trabajar en una unidad de hospitalización en la que la actividad asistencial está muy organizada, el equipo asume el factor de la imprevisibilidad como un elemento que deben gestionar continuamente (Thomson, 2010), lo que se refleja en el diseño de nuevas acciones en las plantean cómo resolver las demandas, urgencias y sucesos imprevisibles de la asistencia clínica que puede darse en cualquier momento del día.

Reeves cataloga la actividad clínica que se lleva a cabo para resolver una situación de urgencia vital como una de las pocas situaciones en las que se da un verdadero trabajo en equipo (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010). En este sentido, podría apuntarse que estas situaciones de urgencia en las que los profesionales trabajan de forma jerarquizada, son fruto de un acuerdo o consenso de criterios de actuación, principalmente de conocimiento y reconocimiento mutuo de competencias que cada uno de los profesionales lleva a cabo en una misma dirección con la finalidad de resolver de forma efectiva y eficaz las situaciones. Aunque, en mi opinión no se trata de un escenario en el que toman decisiones contando con el conocimiento y competencia profesional de los implicados, sino que se trata de una escena que responde a una práctica en la que cada sujeto, acorde a su categoría profesional, tiene asignadas una serie de actuaciones que han sido acordadas previamente.

Los resultados muestran que los profesionales utilizan principalmente la comunicación verbal en sus interacciones (Randell, Wilson, & Woodward, 2011). Al igual que la literatura señala, reconocen el valor de comunicación escrita, pero a ésta le dan un valor de matiz más legal, es

decir, la oral les permite dar soluciones inmediatas, y la escrita permite no perder información, garantizar seguridad y continuidad, e identificar al responsable en cada caso (Gillespie, Gwinner, Chaboyer, & Fairweather, 2013).

El equipo le da un valor fundamental a la comunicación entre ellos y explican que con la incorporación de las nuevas tecnologías les resulta fácil perder el contacto directo, lo que les obliga a buscar nuevos espacios de comunicación “real” frente a los virtuales (Scott Reeves et al., 2009) (Swinglehurst, Greenhalgh, Myall, & Russell, 2010).

Reconocen algunas ventajas de la incorporación de las nuevas tecnologías a la práctica clínica, como el hecho de resultar herramientas útiles para garantizar la seguridad, ya que no hay errores de lectura e interpretación, y garantiza la atribución de la responsabilidad directa sobre lo pautado o escrito en la historia clínica (Bartunek, 2011). Aunque también identifican fácilmente sus limitaciones, con respecto al uso del correo institucional como una de las TIC de fácil acceso, detectamos que se trata de un recurso que no está dando respuesta a las necesidades de todos los profesionales, aunque probablemente no es un problema de la TIC, sino del tipo de espacio de los profesionales para trabajar con dicha tecnología (Lanham, Leykum, & McDaniel Jr., 2012).

Los enfermeros y auxiliares comparten tres ordenadores para 6 personas que trabajan en un turno, que además son usados esporádicamente por los médicos y otros profesionales clínicos que pueden visitar la unidad. Estos ordenadores están colocados en un espacio abierto, a exposición pública, lo que condiciona el tipo de información que consultan en un turno.

El hecho de no contar con un punto de trabajo individual para enfermeros y auxiliares, en el que se pueda consultar la documentación clínica con cierta confidencialidad, fomenta que estos profesionales no cuenten con las mismas condiciones para participar en la toma de decisiones que finalmente se lleva a cabo de forma unidireccional por parte de los médicos. Éstos si cuentan con un punto de trabajo individual en el que poder reflexionar y trabajar los datos clínicos para plantear estrategias terapéuticas.

La falta de tiempo o espacio que los profesionales viven en su práctica diaria y que tienen un impacto sobre su satisfacción profesional o incluso sobre la calidad de la atención que prestan a los pacientes, siguiendo la teoría de Nancy Fraser puede ser considerada una forma de injusticia socioeconómica arraigada en la estructura económica y política del hospital. La privación o negación de los recursos adecuados, espacio, tiempo, tecnología... implica que los profesionales no cuenten con las mismas capacidades para trabajar de forma óptima o excelente.

6.1.3. Mismo contexto y diferentes condiciones de trabajo

En este apartado pretendo discutir sobre aquellos factores/recursos principalmente de tipo socioeconómico, que debido a una distribución desigual, colocan a algunos profesionales del equipo en situaciones desde las que resulta difícil participar de la toma de decisiones contando con una posición de igualdad respecto a la aportación de otros profesionales (Collins, 2007; Fraser, 2008).

En este apartado me refiero a aquellos aspectos más vinculados a la dimensión laboral de los profesionales, como la carga asistencial y la turnicidad, que modulan el tipo de colaboración interprofesional que se da en estos momentos.

Está demostrado que una carga asistencial elevada le otorga mayor complejidad a la actividad clínica, afectando al trabajo en equipo (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010). De forma constante en el desarrollo del proyecto los tres grupos profesionales reflexionan sobre la importante presión asistencial que sufren, lo cansado que esto resulta para ellos, cómo ésta se convierte en un obstáculo para participar en otras actividades vinculadas a la unidad, fuera del turno.

La falta de actuaciones institucionales necesarias para resolver la presión asistencial refuerza el sentimiento de falta de reconocimiento. Además, a lo largo del proyecto, esta sensación aumenta cuando la gerencia decide fusionar temporalmente los equipos asistenciales de las dos unidades vecinas sin mantener un espacio previo de diálogo, ante lo que sienten que se ignoran sus esfuerzos de mejora. Para enfermeros y auxiliares la continuidad asistencial está supeditada a la turnicidad, es decir a una jornada

laboral distribuida en turnos rotatorios de mañana-tarde y noche, que garantizan cubrir la atención durante las 24h.

La remuneración de su jornada laboral responde al número de horas totales, y sólo se incrementa con un complemento ligado al número de noches que realiza cada profesional. Además, su actividad está supeditada a la rutina de la unidad de hospitalización, es decir, ni enfermeros ni auxiliares pueden trabajar fuera de la unidad, ya que deben responder a las necesidades de los pacientes de forma inmediata, y sienten que salir de la unidad sobrecargaría al resto de compañeros.

Sin embargo, los médicos, que también valoran el hecho de garantizar una asistencia de 24h, trabajan en un turno de mañana fijo, y tienen una remuneración extraordinaria cuando hacen una guardia para cubrir el resto de turnos, que implican horas extras de jornada laboral que no generan un turno rotatorio. Además, cuentan con la posibilidad de trabajar fuera de la unidad en un espacio de trabajo individual, ya que no deben dar una respuesta inmediata a las demandas de los pacientes.

El hecho de que las tres categorías profesionales perciban una remuneración ordinaria sometida a condiciones desiguales, refuerza el diferente nivel de reconocimiento de su responsabilidad en la toma de decisiones de un proceso de salud, dando mayor valor a la aportación del médico, que a su vez fortalece la hegemonía médica y el trabajo jerárquico.

Esta distribución desigual también fomenta que los profesionales que menos cobran, desarrollen su actividad asistencial dentro una zona de confort, en la que pueden optar por no asumir más responsabilidades que las derivadas de intervenciones concretas. Lo que en el fondo les mantiene inmersos a un círculo vicioso de subordinación competencial y económica (Iglesias, 2012).

Aunque la dinámica de trabajo entre los profesionales de la unidad no responde a un espacio de colaboración interprofesional, ya que el entorno institucional y cultural permiten injusticias de redistribución y reconocimiento que condicionan el tipo de interacciones, ciertos aspectos en relación a la verticalidad de la toma de decisiones que también se matizan a lo largo del proyecto, ya que logran llevar a cabo un ejercicio de reconocimiento mutuo que les lleva a redistribuir y asumir nuevas responsabilidades.

6.2. FACTORES Y BARRERAS: DINÁMICAS, INERCIAS Y CAPITAL CULTURAL DEL TRABAJO EN EQUIPO

De los resultados correspondientes al eje de contenido, en este apartado discuto cómo algunos suponen una barrera, o, al contrario, suponen un facilitador, para la colaboración interprofesional del equipo en la unidad. Para ello, he decidido organizar esta discusión a partir de factores que responden a, las dinámicas del equipo, las inercias que les mueven y sus actitudes y estilo, que denomino capital cultural, tanto en un sentido facilitador como obstaculizador.

6.2.1. Dinámicas

El hecho de que la plantilla que compone el equipo sea relativamente pequeña y estable, ha resultado determinante para el desarrollo del proyecto, y un facilitador para el trabajo colaborativo, ya que ha favorecido la cohesión de grupo (McGrail, Morse, Glessner, & Gardner, 2009) (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010). El hecho de trabajar muchas horas juntos, y a priori, por mucho tiempo, en nuestro caso, hace que a los profesionales les parezca interesante mejorar las dinámicas de trabajo en equipo.

En cuanto a las dinámicas de trabajo los profesionales identifican que se sienten más seguros atendiendo a pacientes de su especialidad médico-quirúrgica, ya que son los procesos fisiopatológicos sobre los que tienen más conocimiento. Los médicos confirman que los enfermeros y auxiliares de otras unidades no controlan tanto el proceso de monitorización en el caso de estos pacientes.

Sin embargo, entiendo que el problema que identifican los profesionales responde a un problema de estabilidad. Ambos se sienten inseguros cuando se ven obligados a trabajar con profesionales a quienes apenas conoce ya que pierden el reconocimiento mutuo con el que cuentan en su equipo habitual, y un elemento valorado como facilitador de la colaboración interprofesional.

El trabajo con un equipo de profesionales requiere del manejo de emociones que pueden facilitar o dificultar las dinámicas de trabajo. En los resultados

obtenidos, se muestra cómo éste equipo maneja la confianza y el respeto como facilitadores para la colaboración interprofesional (Bartunek, 2011).

Ambos valores están relacionados con la antigüedad de un profesional, que en la unidad se entiende como un símil asociado a su nivel de competencia clínica. Es decir, las personas más antiguas en la unidad son reconocidas como las más competentes, incluso a veces, valorando más la antigüedad o veteranía por encima de la disciplina profesional (Chreim, Langley, Comeau-Vallee, Huq, & Reay, 2013).

En las emociones que maneja el equipo en sus interacciones diarias no incluyo el uso del humor, que algunos autores sí evidencian como una estrategia que facilita la colaboración interprofesional (Thomson, 2010), ya que no he obtenido evidencias sobre su uso en la cotidianidad. Sin embargo, cabe evidenciar que en la observación no participante del proyecto FIS anterior a esta tesis, sí obtuvimos datos del uso del tacto y del humor (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010) en las interacciones diarias entre profesionales como una estrategia más de relación entre ellos, que permite, en determinados momentos, acercar a dos profesionales que interaccionan y gestionar la tensión.

El manejo de emociones como la confianza y respeto mutuo, que manejan los profesionales, se muestra como un importante facilitador del trabajo en equipo (S. Reeves et al., 2013), ya que les permite hablar con respeto de cuestiones profesionales, ha ayudado a la difusión de la información vinculada y derivada del proyecto, facilitando un member-checking efectivo para garantizar el consenso en el desarrollo de cada fase (Birt, Scott, Cavers, Campbell, & Walter, 2016; Havens, Vasey, Gittell, & Wei Ting, 2010)

El curso sobre resolución de conflictos permitió que los profesionales mejorara en el manejo de sus emociones en las interacciones diarias, lo que fomentó un ambiente más relajado y una mayor cohesión en la dinámica colectiva (Burzotta & Noble, 2011).

6.2.2. Inercias

La hegemonía médica naturalizada por la organización, por el equipo y la propia sociedad es, en mi opinión la inercia más difícil de romper, y actúa

como una importante barrera para la verdadera colaboración interprofesional (Rice et al., 2010).

La interpretación de esta posición de dominancia por parte de la disciplina médica, da lugar a una jerarquía de valores que desemboca en una dinámica de trabajo en cadena y vertical, es decir, reproduce un sistema de clases (Fraser, 2008).

Provoca que los profesionales que se encuentran en la zona de menor reconocimiento, fácilmente asuman un rol de carácter mucho más procedimental, trabajando para dar respuestas a objetivos, no a procesos, sin asumir un papel con responsabilidad propia. El funcionamiento del propio sistema atenúa la voz de algunos profesionales, y hace invisible su participación (D'amour et al., 2005).

Otra importante inercia es el hecho de que la mejora del trabajo en equipo no es una prioridad estratégica para la organización, y tampoco para los órganos de representación profesional (S. Reeves et al., 2013).

Respecto a la organización las negativas en la negociación del espacio físico, la demora en la validación de la normativa de convivencia, la negativa a computar en jornada las horas invertidas en la participación de actividades del proyecto, y la falta de previsión que permitiera a los profesionales de la unidad organizarse para ir a recoger el premio TOP 20, todas ellas son respuestas institucionales que tienen, en su conjunto, un efecto demoledor sobre la motivación del equipo (Willard & Luker, 2007). La autonomía inicial que se nos otorga, acaba siendo una herramienta de constricción por omisión.

El silencio o falta de respuesta institucional supone una barrera importante para fomentar dinámicas de colaboración interprofesional, ya que ellos entienden que la gerencia y direcciones les ignoran. Los profesionales perciben una injusticia de reconocimiento por falta de apoyo y valoración del esfuerzo en la implicación en el proyecto, como una acción de mejora de su trabajo, cuya participación del equipo debería ser fomentada como interés de la organización.

Los profesionales hablan muy poco de los órganos de representación, tanto a nivel sindical como a nivel colegial, y en todo caso, consideran que el trabajo en equipo no es una línea que interese potenciar o promocionar, ya que éstos representan intereses disciplinares e individuales.

Estas fronteras disciplinares, históricamente construidas con el objetivo de clarificar la aportación de cada profesional, a partir de su disciplina (Miró-Bonet et al., 2014) hoy en día se encuentran muy ligadas a la marcada jerarquía, que caracteriza el trabajo entre los profesionales de la salud.

En estos momentos, en la práctica asistencial, no se reconoce la competencia clínica de los profesionales situados en la zona baja de esta cadena jerárquica de trabajo, y evidentemente tampoco se reconoce la responsabilidad asociada al desempeño de esa competencia. Esto provoca que los enfermeros y auxiliares se sitúen dentro de los límites disciplinares y profesionales establecidos, más allá de sus posibilidades como clínicos competentes. Se sitúan en una zona de confort, tanto legal, como identitaria, lo que, en el fondo actúa como una barrera en el proceso conjunto de toma de decisiones clínicas.

Los profesionales están más preocupados por hacer lo que les toca hacer por ser quienes son, que por asumir el máximo nivel de responsabilidad posible en el proceso de salud de un paciente.

6.2.3. Capital cultural

El concepto de capital que he utilizado en el análisis de resultados podría asimilarse al factor contextual que Reeves et al. en su trabajo denominan cultura (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010).

Me refiero al conjunto de los valores y estilo de trabajo o liderazgo que caracteriza al equipo, y es explicado a partir de diferentes elementos; la misión, la responsabilidad, y el liderazgo, el rigor y el pragmatismo, que definen su estilo. La discusión sobre estos elementos la he organizado en los apartados relacionados con los valores, actitudes, y el estilo de trabajo que facilitan, o no, la colaboración interprofesional.

6.2.3.1. Valores

Los resultados muestran que los profesionales de este equipo tienen un claro objetivo asistencial que define su misión común y determina una actitud de trabajo hacia el paciente y su familia, a quienes atienden que deben ofrecer una atención segura y de calidad. Lo que, en el fondo, actúa como un facilitador del trabajo colaborativo, ya que todos trabajan por lograr el mismo objetivo.

La misión es el trabajo, función o encargo que se da alguien, para desempeñar un cometido (Diccionario de la Lengua Española, 2017), es decir la misión de una institución es la estrategia o línea de trabajo que marca para sus trabajadores.

En esta investigación es el equipo el que muestra compartir una misión común, aunque los profesionales no son conscientes ello, y, además, no saben si se corresponde con la misión institucional.

Cuando los profesionales trabajan desde la misión y no desde la función, logran dar sentido a lo que hacen y trabajan desde una perspectiva más global (Ligioiz, 2007). Trabajar desde la misión hace que lo hagan con pasión, lo que supone un importante facilitador para el trabajo en equipo, ya que fomenta un sentimiento de pertenencia a un mismo proyecto, en el que, consecuentemente, deja de marcarse tanto la jerarquía de status.

En cuanto a la responsabilidad como la actitud que cada profesional adquiere y asume en su actuación para dar respuesta a los objetivos de salud del paciente, curiosamente, aparecen diferencias entre médicos, enfermeros y auxiliares.

Son los médicos quienes exigen a los enfermeros que asuman un mayor nivel de responsabilidad en el proceso de salud del paciente. Sin embargo, no se cuestionan qué papel asumen los enfermeros y auxiliares en el proceso de toma de decisiones. Deberíamos analizar qué tipo de responsabilidad debe asumir y se le debe exigir a una profesional, que en este momento actúa como un eslabón informativo de una escalera vertical, y que, por tanto, no participa en ningún proceso de consenso en la toma de decisiones. En ningún caso los médicos cuestionan el hecho de que sea necesario compartir el poder y la responsabilidad de la toma de decisiones sobre el proceso de salud del paciente (McGrail et al., 2009).

Los resultados también muestran el miedo de los profesionales a asumir nuevas responsabilidades (Atwal & Caldwell, 2006). Enfermeros y auxiliares se cuestionan el impacto, riesgos y beneficios posibles, y sólo aquellos que buscan reconocimiento de su trabajo presionan para salir de la zona de confort, mientras que otros se resisten.

En este sentido sus opiniones se encuentran divididas entre aquellos que quieren ser reconocidos por su aportación propia y demandan asumir la responsabilidad que conlleva tomar decisiones, y aquellos profesionales que creen que las cosas funcionan bien así, y les parece cómodo poder venir a cubrir un turno de trabajo, sin ir más allá.

Los diferentes posicionamientos respecto al trabajo con los otros profesionales evidencian que la actitud colaborativa es individual, no de grupo. La disposición individual de cada profesional determina la ausencia o nivel de presencia de la actitud colaborativa, que resultará una barrera o facilitador para el trabajo en equipo (Curran, Sharpe, & Forristall, 2007). Sin embargo, aunque debo reconocer que he sido una escéptica hasta que lo he vivido, hay que recordar, que tal y como indica la literatura, cuando un grupo empieza a tomar decisiones, quien quiere quedarse al margen lo tiene difícil, y finalmente acaba asumiéndolas (Buljac-Samardzic, Dekker-van Doorn, van Wijngaarden, & van Wijk, 2010; Weaver, 2008), lo que en el fondo muestra que una actitud individual tiene menor potencia que la decisión del grupo.

El hecho de que los profesionales se hayan ido implicando, comprometiendo con el proyecto a lo largo de su desarrollo, ha resultado un elemento clave para fomentar dinámicas colaborativas, ya que las resistencias que han persistido a nivel individual no han sido suficientemente potentes para romperlas.

6.2.3.2. Estilo de liderazgo

Considero que el tipo de liderazgo transformacional que se desarrolla en la unidad, es un valor intrínseco, uno de los elementos que caracteriza el estilo de equipo (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2011).

Al hablar de liderazgo, me refiero al liderazgo formal del coordinador de enfermería y de la jefa de servicio, y al liderazgo informal, que desarrollan ambos junto al enfermero investigador. Estas tres figuras resultan esenciales en el desarrollo del proyecto, y se muestran como elementos facilitadores para el trabajo en equipo. Todos asumen, sin ninguna duda el beneficio que tendrá sobre la atención de salud de los pacientes, el hecho de mejorar las dinámicas de trabajo interprofesional (MacPhee,

Wardrop, & Campbell, 2010; Wolf et al., 2012a), por lo que fomentan el diseño e implantación de nuevas dinámicas de equipo. Además, el hecho de que los tres cuenten con el reconocimiento del resto del equipo otorga valor a sus opiniones, lo que probablemente también haya potenciado la disposición individual de algunos profesionales hacia la práctica colaborativa (O'Leary, Sehgal, Terrell, & Williams, 2012) senior leadership from the American College of Physician Executives (ACPE, por el hecho de responder a propuestas hechas por ellos.

El equipo asistencial se ha caracterizado por un nivel alto de pragmatismo (Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarestein, 2010), para ellos es importante buscar aquello que resulta útil, soluciones que resuelvan problemas, y hacerlo a corto-medio plazo es mucho mejor que a largo plazo. Además, este pragmatismo, lo articulan a través de un estilo de trabajo sistemático y riguroso (Tang et al., 2013; Weaver, 2008), por lo que tienden a protocolizar las actuaciones para garantizar su cumplimiento, hacen propuestas de difusión de documentos que garanticen la triangulación de cada decisión, reflexionan sobre la importancia de cuidar el tiempo de dedicación y revisan todas las presentaciones para congresos.

En conjunto, su estilo de trabajo ha sido un facilitador para la colaboración interprofesional.

6.3. ESTRATEGIAS QUE SE DISEÑAN E IMPLEMENTAN PARA MEJORAR LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL

Inicialmente el equipo lleva a cabo 4 propuestas de intervención para mejorar las dinámicas de trabajo en equipo entre los profesionales de la unidad: a) el calendario de localizaciones, b) las reuniones de equipo, c) incluir los comentarios de auxiliares en historia clínica, y d) mejorar el pase de visita. Aunque, finalmente, solo se trabaja en el diseño e implementación de las tres primeras ya que consideran que para mejorar la dinámica del pase de visita es necesario contar con un espacio físico que garantice la confidencialidad de la transmisión de información, y la construcción de dicho espacio se lleva a cabo una vez finalizado el proyecto.

Las intervenciones que los profesionales proponen y diseñan están dirigidas a los resultados, lo que Fraser denomina estrategias afirmativas. Están enfocadas a objetivos concretos a mejorar, sin plantear cambios de las estructuras subyacentes que sería el objetivo de estrategias, que la autora cataloga como transformativas (Fraser, 2008).

En coherencia con su estilo pragmático, con estas intervenciones los profesionales buscan solución a algunos de los principales problemas que identifican para poder llevar a cabo una buena colaboración interprofesional.

La propuesta del calendario de localizaciones, está dirigido a solucionar un problema causado por las agendas, ubicaciones dispares de los profesionales del equipo, y para disminuir la inversión de tiempo que dedican a encontrarse los unos con los otros, que, en un contexto de alta carga asistencial, aumenta el nivel de tensión.

La propuesta de la reunión de equipo está dirigida a encontrar, de nuevo espacio y tiempo, para hablar, aunque esta vez, buscan un espacio de interacción entre iguales. Es decir quieren intercambiar información como un ejercicio bidireccional en el que cada profesional explique su opinión.

Y, la propuesta de incluir los comentarios de los auxiliares en la historia clínica responde al objetivo de encontrar un espacio que garantice que no se pierda información transmitida en la comunicación oral con el resto de profesionales.

Es evidente que todas las intervenciones tienen implícita la búsqueda y mejora de espacios de intercambio de información. Los profesionales buscan localizarse rápidamente para hablar de pacientes, buscan nuevos espacios para hablar de temas de la unidad, y buscan formas de no perder la información que se obtiene. Pero además, también cuentan con un trasfondo común en su diseño desde el respeto por la diferencia (Peñaranda, 2015), es decir, de respeto por las diferentes identidades profesionales.

El calendario de localización, junto a la pizarra colgada en la unidad, ofrece información sobre quién es cada profesional referente del paciente, lo que los profesionales pretenden que facilite la interacción entre ellos. Las reuniones mensuales se plantean con el objetivo de ofrecer un espacio de intercambio e interacción en el que todos puedan participar con su opinión individual.

En el caso de la incorporación de los comentarios de las auxiliares en la historia clínica persiguen visibilizar la información del único grupo de profesionales que no contaba con un espacio en el que hacer constar información escrita.

Todas ellas responden a la intención de visibilizar la aportación de cada profesional en el proceso de salud del paciente, es decir, buscan nuevos espacios de colaboración en su proceso de atención. Se trata de estrategias que persiguen la paridad de participación de los profesionales en la toma de decisiones (Fraser, 2010). Se buscan pequeños acuerdos a través de los que desmantelan los obstáculos que impiden una adecuada colaboración interprofesional en la actividad clínica, como el hecho de superar las dificultades que suponen las agendas y los espacios, buscando nuevas formas de interacción que les permitan participar a partir del respeto de las aportaciones individuales.

Los profesionales plantean intervenciones afirmativas, dirigidas a resultados, pero con un claro matiz transformativo de fondo. Creo que no podemos hablar de estrategias puramente transformativas, tal y como la autora las define (Máiz, 2009), porque los profesionales no han buscado el cambio en la estructura de la organización provocando la desestabilización necesaria de su funcionamiento para replantearlas de nuevo. Sin embargo, aquellas intervenciones, inicialmente dirigidas a la consecución de resultados, han logrado ir transformando la identidad del equipo de profesionales, empoderándolos para tomar nuevas decisiones que responden a un mayor nivel de colaboración.

Podemos afirmar que en el marco del proyecto se ha llevado a cabo una reforma no reformista, que Nancy Fraser define como la situación en la que ciertas intervenciones dirigidas a la consecución de resultados concretos, debido a su sostenibilidad e impacto acaban provocando cambios estructurales, aunque solo sean a nivel local (Fraser, 2008; Máiz, 2009).

Siguiendo la teoría de justicia social de Fraser las soluciones a las injusticias generadas por una inadecuada redistribución deben pasar por alguna reestructuración político-económica de las organizaciones hospitalarias. Estas pueden consistir en una (re)organización de la división del trabajo, en el sometimiento de las inversiones a la toma democrática de decisiones, o en la transformación de otras estructuras básicas de la gestión hospitala-

ria. Para resolver las injusticias de reconocimiento, es decir aquellas generadas por el dominio simbólico y cultural, se deberían plantear soluciones que supongan una reevaluación dinámica de las identidades devaluadas o invisibilizadas o bien de sus productos profesionales. También implicaría reconocer y valorar de manera positiva la diversidad profesional, y por tanto la igualdad de la valía moral de los distintos profesionales. Una perspectiva aún más global precisaría de la transformación total de los modelos sociales de representación, interpretación y comunicación de modo que se pudiera cambiar el sentido que cada cual tiene de sí mismo y de los otros grupos profesionales.

6.4. CATALIZADORES DE LAS TRANSFORMACIONES Y DE LA SOSTENIBILIDAD

Hasta el momento, en este capítulo de discusión, he analizado cómo es el trabajo entre los profesionales de la unidad, cuáles son los facilitadores y barreras para la colaboración interprofesional entre ellos, y cuáles han sido las estrategias que han decidido activar para cambiar sus dinámicas de trabajo en equipo.

Es evidente que se han logrado cambios, tanto de contenido como de proceso, y en este apartado trato de discutir sobre cuáles han sido los catalizadores de los cambios y de su sostenibilidad.

6.4.1. (Re)conocerse

Los profesionales de la unidad, reconocen que, de forma aislada, no pueden resolver problemas de salud de forma íntegra, e identifican perfectamente las consecuencias de una colaboración deficiente, como errores, complicaciones, tensiones con pacientes... (Brooten, Youngblut, Hannan, & Guido-Sanz, 2012; Larson, 1999; Rosenstein & Naylor, 2012).

Se obtienen resultados que muestran como reconocen la importancia del trabajo de los otros profesionales en la atención al paciente (Merkeley Keith & Fraser Askin, 2008), sin embargo, todos asumen el desarrollo de un rol profesional muy delimitado entre fronteras (MacDonald et al., 2010). Es decir, cada uno es muy consciente de los límites disciplinares y legales de sus

acciones, más que de las potencialidades de sus competencias clínicas, y esto les lleva a asumir una estructura de trabajo jerárquica, en la que un profesional delega tareas y acciones al siguiente, en la cadena.

En este sentido, durante las primeras fases del proyecto, también se muestra un nivel importante de socialización disciplinar, es decir, una socialización muy ligada a la disciplina, como elemento de lealtad al grupo de los profesionales que la conforman (S Reeves et al., 2011; Weaver, 2008).

Sin embargo, el desarrollo del proyecto acaba diluyendo este en-marque de trabajo y proceso de socialización presente en el equipo. Seguramente los cambios que provocan el tipo de intervenciones que deciden activar como el hecho de exponerse, en las reuniones de equipo a las opiniones y críticas de los otros, y el hecho de que rápidamente se identifique quién es el profesional responsable de un paciente con quien poder discutir un problema acontecido, va provocando que los profesionales se vayan re-conociendo de otra manera.

La confianza y respeto que caracteriza su estilo de interacción, junto a la estabilidad del equipo, hacen que cada profesional sea reconocido por los otros, en relación a las habilidades y conocimientos que demuestra en la práctica clínica (Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Ritchie, Lamothe, & Doran, 2012), y todo ello permeabiliza las fronteras existentes entre ellos, y empieza a darse un reparto de cierto poder hegemónico individual a poder colectivo.

Las dinámicas conjuntas en el cotidiano, hacen que el equipo adquiera nuevas competencias (S. Reeves et al., 2013; Scott Reeves et al., 2009), y seguramente, un de las razones por las que el equipo médico que se descuelga del proyecto en las primeras fases, no continua, es porque no participan de las intervenciones, y por tanto, no se involucran en los pequeños cambios que conllevan transformaciones de otro calado.

6.4.2. (Re)pensarse

6.4.2.1. Proceso dialógico-reflexivo

En la malla de análisis de los resultados sobre el proceso del equipo asistencial, se puede observar cómo va construyéndose la capacidad reflexi-

va del equipo. Pasan de la resignación y el escepticismo, al pensamiento crítico, que les convierte en proponentes de nuevas acciones y retadores de la organización. Toman consciencia de las desigualdades y barreras que dificultan una verdadera colaboración interprofesional y se empoderan para denunciarlas.

Este proceso de conciencia crítica es desencadenado por el proceso reflexivo en el que se sumergen, gracias a la capacidad de diálogo que mantienen. La comprensión, la incomprensión, el acuerdo y el desacuerdo se entrecruzan y actúan en las conversaciones que mantienen los profesionales, y que les pueden encaminar a una solución, o no, pero en todo caso, les fuerza a llegar a acuerdos democráticos (Campos, 2015; Máiz, 2009).

Este proceso dialógico-reflexivo, es lo que podríamos llamar, según Seyla Benhabib, democracia deliberativa.

Entendiendo como deliberativos, las conversaciones entre los profesionales en relación a un interés común, que forman parte de un proceso democrático de toma de decisiones (Campos, 2015). Al abordar los problemas generados por los factores de tiempo, agenda, ubicación, hegemonía y jerarquía... que limitan y condicionan sus oportunidades de interactuar, a partir de un proceso de diálogo y de reflexión, los profesionales dan forma a un proceso de cambio democrático-deliberativo.

Esta nueva forma de re-pensarse a sí mismos resulta fundamental para empoderarles a llegar a acuerdos democráticos, a partir del cuestionamiento de las normas que sacrifican la participación de otros compañeros porque potencian desigualdades que dificultan el trabajo en equipo.

El hecho de validar las normas aprobadas por los implicados a partir de espacios de participación y diálogo, responde al principio universalista de justicia, la reciprocidad igualitaria o paridad participativa (Máiz, 2009) que Fraser entiende como el fin último por el que se debe luchar cuando se buscan cambios en una estructura social.

El objetivo del cambio debe ser el de buscar un espacio de interacción entre profesionales que cuentan con las mismas oportunidades de participar en las decisiones sobre el plan terapéutico de los pacientes.

Este diálogo abierto que mantienen los profesionales, que les fuerza a ponerse en el lugar del otro, favorece que desarrollen una “mentalidad ampliada” (Campos, 2015). Este concepto, que maneja Hannah Arendt, se refiere a la capacidad de los profesionales de asumir la necesidad de entender al otro como un interlocutor válido y necesario. Entendiendo que resulta esencial incorporar la perspectiva de los otros para garantizar un diálogo que dará fuerza y validez a los acuerdos (Campos, 2015).

6.4.2.2. Grupidad

Seguramente este proceso dialógico-reflexivo que les mueve hacia una mentalidad ampliada les acompaña en el proceso que Seyla Benhabib (Benhabib, Flynn, Fritsch, & Forst, 2015) denomina, la reconstrucción de la colectividad (Campos, 2015).

La política de identidad de Benhabib censura la idea de que el individuo busque la autenticidad a través de la identidad colectiva, ya que habitualmente las demandas del colectivo suelen dificultar la expresión de la identidad individual, imponiéndose a ella (Máiz, 2009). Sin embargo, reconoce que, si se aplica el principio de reciprocidad igualitaria que garantiza la participación de todos los profesionales en la re-significación democrática de sus normas culturales, es factible trazar nuevos límites identitarios.

En este proyecto he denominado grupidad, a esta nueva identidad colectiva, que les proporciona cohesión, y sensación de protección. Una nueva identidad que emerge y se conforma a partir del respeto de las identidades individuales y disciplinares de todos los miembros del equipo, que resulta fundamental en el proceso de adquisición de las capacidades y el empoderamiento que planteo a continuación, como otros elementos facilitadores del cambio.

6.4.2.3. Capacidades

Considero que el simple hecho de aceptar formar parte de un proyecto de mejora de dinámicas de trabajo en equipo significa que asumen que se puede trabajar mejor, lo que lleva implícita una actitud humilde y crítica, que es fundamental para poder evaluar los resultados.

Los profesionales han sido capaces de llevar a cabo una auto-evaluación sin tensión, sin sentirse fiscalizados, sino entendiendo cada paso y propuesta como una herramienta de mejora.

Además, en el caso de los profesionales más implicados en el desarrollo del proyecto, creo que cabe destacar la mejora de su competencia investigadora, ya que no habían participado antes en un proyecto de este tipo, y se han generado espacios de intercambio de reflexión sobre información científica muy interesantes.

Los profesionales del equipo se han ido empoderando a lo largo del proyecto. El proceso dialógico-reflexivo que ponen marcha les proporciona una mentalidad ampliada que les permite (re)pensarse como grupo, generando una nueva identidad a partir de la suma de identidades individuales. Esta nueva identidad colectiva, o grupidad, les posiciona en un papel crítico frente a la organización (D'Amour et al., 2005) que da lugar a ese empoderamiento que les convierte en proponentes de nuevas acciones (Wright et al., 2013).

En las últimas fases del proyecto los profesionales toman decisiones de forma autónoma sobre las intervenciones, asumen un papel mucho más retador a la organización, frente a un cierto papel de resignación que muestran en las primeras fases, y además proponen transferir su experiencia a otras unidades del hospital, lo que muestra que se sienten satisfechos del trabajo que han llevado a cabo.

Este empoderamiento que adquieren en la fase final de la investigación resulta un elemento esencial para la sostenibilidad de los cambios acontecidos (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martín Rodríguez, & Beaulieu, 2005).

6.4.3. (Re)presentarse

Finalmente, los problemas de representación, que entiendo como la dimensión política del equipo tiene que ver con las reglas de funcionamiento a través de las que se estructura la confrontación (Fraser, 2000). Es decir, se refiere a los factores que componen el escenario en el que se dan los problemas de distribución de recursos, y de falta de reconocimiento o reconocimiento fallido que se ha identificado.

De forma diferente al planteamiento que hace Fraser en su trabajo, analizo la dimensión política a nivel muy local. No he llevado a cabo un análisis político a nivel macro, de servicio público de salud, o de conserjería de salud y gobierno autonómico o estatal, que serían los niveles de representación fallida y des-enmarque que describe Fraser (Iglesias, 2012).

Entiendo, por tanto, que el escenario político local adquiere tres dimensiones, por un lado, la organización, como marco de funcionamiento, por otro lado, el liderazgo de la unidad, como voz política que representa al equipo de profesionales en la organización, y por último, la agenda política de cada profesional.

He analizado el escenario local, en el que la institución tiene descrita su misión y visión de la atención de salud pública a un paciente, sin embargo los resultados muestran que no logra que sus profesionales la entiendan como una misión común.

Esto supone una barrera para potenciar cambios, ya que los profesionales no sienten que se comparta un objetivo de proyecto institucional.

A lo largo de proyecto, los factores relacionados con las reglas de funcionamiento organizacional emergen como elementos de tensión para el cambio, suponiendo un obstáculo que dificulta la participación de los profesionales en la toma de decisiones y acuerdos. La gestión de la organización no responde a las necesidades de reconocimiento y revisión de distribución de recursos que perciben los profesionales.

En cuanto al papel que juega el liderazgo ejercido por el coordinador y la jefa de servicio, el análisis local de la dimensión política, muestra que son un facilitador esencial del proceso de cambio. Tal y como la literatura muestra, los líderes de un equipo pueden trabajar desde diferentes estilos de liderazgo (Cummings et al., 2010), pero para lograr ser reconocidos por el equipo, también como líderes informales, deben hacerlo desde un estilo democrático que potencie participación de todos los profesiones en la toma de decisiones (Galletta et al., 2013).

En este contexto el liderazgo ejerce una correcta representación de la voz de los profesionales de la unidad frente a la organización. Defienden y argumentan las necesidades que se detectan, y lo transmiten a la gerencia y direcciones, a pesar de ser conscientes que no será fácil su resolución.

El reconocimiento de su liderazgo transformacional por parte del equipo les permite desarrollar su competencia de representación política.

Favorecer el desarrollo de la competencia política de los profesionales es competencia del líder de un equipo. Los profesionales empiezan a trabajar su agenda política, es decir, a definir su posicionamiento y aportación respecto a las reglas de funcionamiento del sistema, cuando adquieren la capacidad de mirar el mundo incluyendo diversos puntos de vista.

En el fondo la transformación que se acaba produciendo en los profesionales apunta en esa dirección, en que desarrollan de una mirada crítica y plural, que mejora las dinámicas de colaboración interprofesional, con el objetivo de mejorar la atención que ofrecerán a la comunidad desde el sistema de salud.

6.5. CAMBIAR ES POSIBLE

Los hallazgos del proyecto muestran cómo es posible lograr cambios en las dinámicas de trabajo, y transformaciones en la forma de (re)conocerse los unos a los otros, que provocan una (re)distribución de los recursos y una nueva (re)presentación de la identidad de grupo (re)formulando un nuevo modelo de trabajo colaborativo.

El equipo ha demostrado cómo para lograr estas transformaciones no ha resultado necesario plantear grandes estrategias de cambio estructural en la organización o la unidad, sino que las estrategias dirigidas a resultados concretos, dado su potencial transformador han fomentado el diálogo y la reflexión compartida entre los profesionales, que han roto la inercia en la que el equipo estaba inmerso moviéndolos a un nuevo escenario más igualitario de colaboración interprofesional.

El análisis transversal de los datos recogidos durante estos tres años de proyecto, permite reconstruir el proceso de transformación vivido por el equipo e identificar cuáles han sido los detonantes del cambio.

En la entrada al campo se evidencian diferentes barreras que dificultan el trabajo en equipo. A través de la mirada de la Teoría de la justicia social (Fraser, 2008), asimilo estas dificultades a **conflictos** que adquieren tres di-

menciones diferentes; aquellos que tienen relación con el reconocimiento de las diferentes aportaciones de los profesionales, o dimensión cultural. Aquellos factores relacionados con la distribución de recursos, o dimensión económica. Y aquellos asociados a la voz de los profesionales, a su representación en este escenario concreto, o dimensión política.

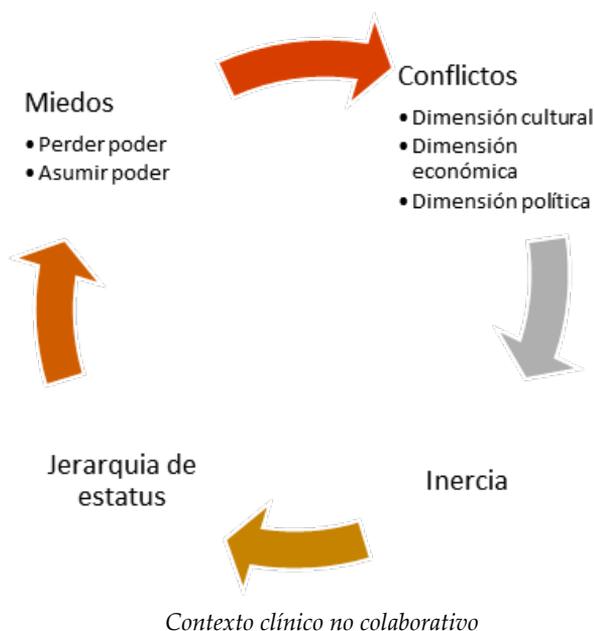
La presencia de estos conflictos que en muchos casos acaban siendo naturalizados por los profesionales, por la organización, y por los pacientes, generan una **inercia** en el funcionamiento del equipo, una forma de hacer y pensar en el día a día que, como al final funciona, se perpetúa en el tiempo. Una inercia que impide la colaboración real e igualitaria entre profesionales, pero que los profesionales llegan a entender, incluso, como necesaria para seguir funcionando.

Esta inercia, a su vez, sostiene y consolida una forma de interactuar entre los profesionales, que responde a una **jerarquía de estatus**. Esta concepción de trabajo en cadena, asumida en la unidad y presente en el hospital, fomenta que entre los profesionales se establezcan relaciones asimétricas de poder en lugar de instarles a establecer relaciones más igualitarias.

Estas relaciones no paritarias entre los profesionales retro-alimentan **miedos**, que perpetúan este tipo de interacciones entre ellos. Por un lado, alimentan el miedo de aquellos profesionales que cuentan con el reconocimiento, los recursos, y el espacio de participación, de perder poder. Y por otro lado, también alimentan el miedo de asumir poder, y de la responsabilidad implícita a éste, por parte de aquellos profesionales que no cuentan con un espacio visible en la toma de decisiones en el proceso de salud del paciente, y por tanto, asumen un papel, en ocasiones, de carácter más instrumental y con un nivel menor de responsabilidad.

De nuevo, la persistencia de este miedo de perder una posición en la que cada uno se encuentra confortable sostiene los conflictos culturales, económicos y políticos que los profesionales identifican como algunas de las razones por las que no pueden llevar a cabo dinámicas colaborativas de trabajo en equipo interprofesional.

En mi opinión, la situación de conflicto que dificulta el trabajo en equipo en la unidad, responde a un proceso cíclico.



Las estrategias propuestas por el equipo de profesionales de la unidad con la intención de generar cambios que potencien la colaboración interprofesional, tal y como hemos comentado, responden a lo que Fraser denomina una Reforma no reformista (Fraser, 2008). Es decir, se trata de un conjunto de intervenciones dirigidas a objetivos concretos, que, dada su sostenibilidad, acaban contando con poder de transformación estructural.

Las intervenciones implementadas logran generar pequeños cambios en las dinámicas cotidianas de los profesionales y son el detonante de la activación de las estrategias con poder de transformación.

Los pequeños cambios, como las reuniones mensuales, mejorar su localización, y visibilizar la aportación de todos los profesionales, logran colocar a los profesionales en nuevos escenarios de interacción común que les permite desarrollar nuevas habilidades, que suponen el detonante de las transformaciones profundas.

El equipo demuestra cómo empieza a manejar nuevos elementos en la interacción interprofesional; el diálogo, la reflexión, la mentalidad ampliada o reconocimiento "del otro" como un interlocutor necesario. A lo largo del proyecto toman consciencia de que comparten una misión común, más allá de la que les plantea la organización, sino como grupo humano. Con esto lo-

gran dar un sentido común a lo que hacen, y pasan a trabajar desde la mera función a trabajar desde la pasión.

Todo ello va promoviendo un cambio en la identidad colectiva. Una nueva identidad, que ahora resulta más necesaria porque clarifican un objetivo que tienen todos en común, su misión como equipo, y además lo hacen desde una posición de cierta re-distribución de poder en la que, a partir del respeto por las identidades individuales, va emergiendo una nueva forma de entenderse a sí mismos. Quedan inmersos en un nuevo funcionamiento de equipo que responde a un estilo mucho más democrático, sostenido en la reflexión y el diálogo entre iguales, lo que podríamos denominar un sistema de democracia deliberativa (Campos, 2015).

Estos cambios en la dimensión más profunda, han permitido detener la inercia, dando lugar a nuevas posiciones de los profesionales, entre ellos, y frente a la organización. A nuevas dinámicas y a una nueva percepción de asunción de la responsabilidad y reparto de poder en la toma de decisiones.

Es decir, se mueven hacia un nuevo contexto en el que asumen la paridad participativa como una herramienta necesaria para mantenerse en un modelo de estatus, que como define Fraser, responda a un mayor equilibrio y colaboración entre los profesionales de la salud frente a la jerarquía establecida y asumida.



En esta investigación se ha evidenciado cómo el equipo cuenta con el poder suficiente para generar cambios que conllevan transformaciones más profundas, a partir de estrategias que no buscan inicialmente un cambio estructural, sino a partir de intervenciones dirigidas a objetivos con un potencial muy alto de cambio.

Es extrapolable a otros contextos, el hecho de buscar transformaciones planteando una reforma no reformista, acciones dirigidas a resultados que tienen otra dimensión en cuanto al coste de recursos y energía, que las intervenciones dirigidas objetivos estructurales o transformativas.

El potencial de cambio de la reforma no reformista es elevado si logra abordar los conflictos asociados a injusticias de redistribución, reconocimiento y representación presentes en el contexto. Es esencial llevar a cabo un buen diagnóstico de situación que permita identificar los conflictos o injusticias presentes en el contexto, y diseñar intervenciones que permitan tomar consciencia de éstas y de cómo atenuarlas o resolverlas.

El proceso de toma de consciencia y diseño de acciones conjuntas es otro elemento clave para que la reforma no reformista se sostenga en el tiempo, y adquiera potencial de transformación.



CAPÍTULO 7

(IN)CONCLUSIONES





(IN)CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

En este último capítulo, que intencionadamente denomino in-conclusiones, pretendo plantear pensamientos que se encuentran en constante reconstrucción. No pretendo plantear evidencias definitivas, pero a través de la reflexión sobre los principales hallazgos y enseñanzas extraídos de un proceso de investigación-transformación dinámico, complejo y que necesariamente continúa abierto, planteo cuáles son las grandes dimensiones de cambio para lograr una transformación del sistema de salud que fomente una atención interprofesional a la población.

El presente capítulo se estructura en cuatro grandes apartados a través de los que articulo la conclusión y consideraciones finales de esta investigación.

En el primer apartado planteo a modo de conclusión, las diferentes dimensiones del cambio necesario que debe darse en el sistema de salud. En el segundo apartado, que denomino, investigar, aprender y cambiar, recojo las transformaciones de la investigadora orgánica y doctoranda. En el tercer apartado del capítulo se señalan las limitaciones de la investigación. Y en el cuarto y último apartado del capítulo, denominado posibilidades y retos de la práctica colaborativa en salud, planteo las implicaciones del proyecto y propuestas de futuro.

7.1. LA TRANSFORMACIÓN NECESARIA DEL SISTEMA DE SALUD

La modificación de estas dinámicas de verticalidad resulta muy compleja en contextos institucionales y sociales, como un hospital, que no favorece

los espacios de reflexión y diálogo entre profesionales. Es un contexto en el que, además, los profesionales se acomodan con cierta facilidad a situaciones que, aunque entienden que son mejorables, si se quieren cambiar, implican asumir responsabilidades, y de momento la propia organización no articula estrategias que impidan esto.

La organización cumple un papel muy importante como incentivadora o bloqueadora de estos cambios, por tanto, entiendo que es necesario revisar y reformular el tipo de gestión que tradicionalmente se ejerce en las instituciones sanitarias.

Para afirmar que es necesaria una reformulación del funcionamiento de las instituciones sanitarias parto de la propuesta hecha por Daisy Michell Princeton sobre la transformación del sistema de salud actual (Princeton, 2015), que entiende que el objetivo del sistema de salud debe ser, lograr una atención bien organizada, segura y holística a los pacientes.

En esta época de grandes avances tecnológicos en la que contamos con un rápido acceso a la información clínica se da un aumento de las necesidades de la población que deben resolverse de la forma más eficaz y eficiente posible. Para ofrecer una respuesta a la salud desde una perspectiva interprofesional y de colaboración que responda a las necesidades que surgen de la rápida evolución social se debe trabajar a tres niveles diferentes, a nivel de los profesionales, de las instituciones, y de la academia y la ciencia (Princeton, 2015).



Ejes de reformulación del funcionamiento de las instituciones sanitarias

Trabajar para generar cambios a nivel de los profesionales clínicos:

Diluir las fronteras disciplinares entre profesionales les permite trabajar desde una posición más democrática y más crítica, ya que empiezan a poner en común el conocimiento clínico que manejan desde sus diferentes perspectivas, y activan un proceso de toma de decisiones mucho más complementario y menos unidireccional.

El hecho de diluir los muros que separan a dos sujetos, no significa que uno de ellos deba renunciar a su espacio identitario para asumir el del otro, sino al contrario, diluir fronteras implica que los profesionales son capaces de (re)conocer al otro como un sujeto necesario en la interacción y eso permite permeabilizar los límites disciplinares que les separan para trabajar desde los límites competenciales que les acercan.

Para lograr que los profesionales trabajen desde la suma de las identidades individuales es necesario el reconocimiento del otro como un igual, a partir de la necesaria redistribución equitativa de recursos y oportunidades de participación en el escenario clínico.

A nivel institucional:

Las organizaciones sanitarias deben (re)inventarse, fomentando el trabajo entre profesionales desde un modelo de status, facilitando los recursos y dinámicas que garanticen que la toma de decisiones que afectan a sus equipos pasen a ser resultado de un proceso de deliberación democrático, entre personas que cuentan con la misma consideración moral y política, pasando de ser sujetos a ser autores de sus normas.

“En la medida en que las futuras colectividades se reconstituyan mediante la re-significación democrática de sus legados culturales, en la que puedan participar todas las personas afectadas, es factible trazar nuevos límites y fronteras y re-imaginar nuevas instituciones de representación, gobierno y participación en el poder”.

Syela Benhabib (Campos, 2015).

La posibilidad de ir diluyendo las fronteras disciplinares que existen entre los profesionales, y entender a “los otros y a uno mismo” como interlocu-

tores necesarios para diseñar el mejor plan terapéutico de los pacientes, hace que el sistema de clases fomentado por el hospital cada vez tenga menos sentido.

Si estos cambios perseveran y logramos que se contagien a otros equipos, finalmente la organización del hospital deberá ir incorporando estrategias que faciliten la colaboración interprofesional, para dar respuesta a las necesidades y demandas de los propios equipos y pacientes.

Los hallazgos del proyecto muestran que no es necesario iniciar proyectos de cambio provocando grandes cambios estructurales a nivel de organización, sino que trabajar desde una reforma no reformista puede suponer una estrategia de transformación sólida que tiene su origen en la micropolítica de los equipos.

La gestión de las instituciones sanitarias que quieran dar respuesta a las nuevas exigencias sociales deberá contemplar la participación de los equipos en la (re)construcción de las nuevas directrices de su funcionamiento.

A nivel académico y científico:

Esta dimensión tiene dos vertientes sobre las que trabajar, que al igual que el resto, se encuentran muy imbricadas.

Por un lado, la formación de grado de los futuros profesionales de la salud debe ser una formación complementaria. Si formamos a estudiantes que naturalizan la defensa de su territorio disciplinar como una herramienta en el trabajo diario, perdemos la oportunidad de generar sinergias entre ellos, de complementar y contrastar conocimiento que permita consensuar mejores intervenciones para lograr los objetivos de salud de la población.

Debemos ser capaces de formar conjuntamente a profesionales de la salud, que desde sus identidades disciplinares, reconozcan el valor de la aportación de los otros en la construcción de una identidad colectiva.

Si logramos que los profesionales de la salud mantengan interacciones profesionales desde la colaboración y el respeto, también fomentaremos que sus perspectivas y abordajes de la salud sean plasmados y valorados de forma igualitaria en el ámbito de la producción científica.

7.2. INVESTIGAR, APRENDER Y CAMBIAR

En este apartado persigo el objetivo de reflexionar sobre la sinergia entre la transformación que acontece en el campo y la que sufre la investigadora orgánica de una IAP.

El hecho de ser una investigadora orgánica que conoce bien la institución ha resultado un elemento muy facilitador, ya que en algunas ocasiones ha permitido descargar de acciones de tipo más burocrático a los líderes y profesionales. Me ha permitido moverme con facilidad en el contexto, hacer cierta difusión informal del proyecto a través de la red de coordinadores y jefes de servicio, y mantener una relación cordial con la Dirección de Enfermería del centro, que ha evitado importantes resistencias por parte de la gerencia.

Mi vinculación con el mundo académico también ha supuesto un elemento facilitador, ya que ha permitido dar una respuesta rigurosa a la demanda de la actividad formativa sobre manejo de conflictos, y me ha permitido devolver los resultados de la investigación, sorprendiendo al equipo en cuanto a la forma, ya que cuento con habilidades docentes diferentes a las suyas. Ser capaz de aportar elementos diferentes a los que están presentes en el contexto es muy enriquecedor y motivador para ambos.

En todo caso, la figura de un facilitador externo a la unidad clínica resulta esencial, ya que, en determinados momentos de ofuscación y cansancio que han manifestado los profesionales asistenciales resulta mucho más fácil y efectivo tomar distancia de los problemas y plantear nuevas opciones, estando fuera de la unidad, que si uno se encuentra inmerso en la tensión diaria. Además, la adquisición de nuevas habilidades que resultan necesarias para ir gestionando el desarrollo del proyecto te hacen mejor facilitador para futuros proyectos de este calado.

Este doctorado ha supuesto un aprendizaje de habilidades y gestión de emociones intenso a nivel persona, como investigadora, como enfermera y como docente. He sufrido algunas transformaciones, tal vez una de las más pequeñas y curiosas, ha sido re-conceptualizar el termino discusión, considero que mal utilizado en nuestro país.

Para mí, discutir, implicaba tensión, y en muchas ocasiones prefería no discutir para evitar ofender o hacer daño "al otro". Sin embargo, y curio-

samente, casi sin ser consciente, he pasado a disfrutar mucho de discutir cualquier tema, entendiendo que la discusión es un intercambio de opiniones ejercido desde la libertad y el respeto.

También he adquirido mayor capacidad de escucha, de observación, de paciencia, y de entender con cierta normalidad el des-control necesario como paso previo a una transformación.

Debo destacar la transformación de mi identidad profesional, que como explico en el capítulo de análisis de resultados, ha acontecido de forma progresiva y natural.

Se ha transformado mi identidad profesional y ahora creo firmemente que, como enfermera, no debo defender ningún territorio propio, ni en el ámbito asistencial, ni académico, ni investigador.

Entiendo que si desarrollo mi trabajo con rigor y asumiendo la responsabilidad implícita, mis compañeros del ámbito académico, clínico, investigador y sindical, que trabajen bajo las mismas premisas, asumirán cuál es mi aportación en cada momento, entendiendo que es necesaria para mejorar el resultado.

Creo que, si todos tenemos menos miedos a perder o a asumir poder y responsabilidad, trabajando con una misión común, no serán necesarias las fronteras que hemos construido para defendernos.

Estas transformaciones que he sufrido como doctoranda no se encuentran al margen del proceso de transformación del equipo, sino que son sinérgicas, y de nuevo responden a un proceso cíclico de cambio. Los procesos cíclicos y dinámicas que caracterizan este proyecto no responden a una forma circular, sino a la espiral que caracteriza a la IAP en la que los procesos de reflexión-acción son continuos y no son uno solo.

Dar respuesta a sus necesidades ha ido provocando pequeños cambios en mi forma de relacionarme y de trabajar con ellos. Esto, a su vez, ha ido alimentando un nuevo tipo de relación fundamenta en un diálogo de respeto mutuo y sinceridad que nos ha llevado a crear importantes espacios de reflexión. Es como si las transformaciones que van aconteciendo al equipo potenciaran mis transformaciones, que a su vez retroalimentan, de nuevo, a las de los profesionales.

Entiendo que la figura del facilitador debe pasar, necesariamente, por transformaciones individuales que retroalimenten las del grupo con quien trabaja buscando cambios. Si ambos sufren cambios en diferentes direcciones, tal vez no resulte posible lograr la sinergia necesaria para lograr un cambio profundo y sostenible.

7.3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El desarrollo de este proyecto cuenta con algunas limitaciones, que podrían tenerse en cuenta en futuras investigaciones.

En primer lugar, se debe tener en cuenta que los resultados, las discusiones y conclusiones de esta investigación son transferibles a otros contextos, siempre y cuando se de una combinación de circunstancias, valores sociales, políticos, culturales e institucionales similares (Mercado, Gastaldo, & Calderón, 2002).

En segundo lugar, apuntar que el análisis de los resultados se ha llevado a cabo desde una lente teórica particular conformada por diferentes elementos desde los que me ha parecido interesante analizar el fenómeno. He optado por llevar a cabo un análisis de las desigualdades y propuestas de acción bajo la mirada de la teoría de la justicia social, a la que hemos incorporado elementos de diferentes autoras. Podrían haberse analizado los resultados desde una única perspectiva, desde la mirada del marco institucional o gestor, de las relaciones de poder entre los profesionales, u otras miradas también interesantes del fenómeno.

Esta lente ha visualizado un modelo embrionario para la ruptura de las inercias que asumo necesita ser enriquecido con otras perspectivas, que será un ejercicio de continuación a llevar a cabo en el post-doctorado.

En último lugar, en relación a la evaluación de los resultados, no se ha llevado a cabo una evaluación post-intervenciones, respondiendo a la misma metodología que la utilizada en la fase de diagnóstico de situación, y tal vez esto hubiera dado lugar a resultados que respondieran a un análisis de la sostenibilidad a dos años vista.

7.4. POSIBILIDADES Y RETOS DE LA PRACTICA COLABORATIVA EN SALUD

En este último apartado resalto brevemente cuáles son las diferentes implicaciones de este proyecto, desde un nivel macro, de investigación y política en salud, nivel meso, de formación de grado de los profesionales de la salud y, micro, en la práctica clínica y, finalizo señalando las propuestas de futuro.

7.4.1. Aportaciones de la teoría de la justicia social a la investigación en salud

El uso de los elementos de la teoría de la justicia social ha aportado una perspectiva global desde la que situar la discusión, permitiendo situarme más allá del contexto local de la unidad, teorizando sobre elementos que se han vinculado a una forma de entender las disciplinas profesionales de la salud y que seguramente debemos (re)construir.

Esta mirada teórica me ha permitido comprender el funcionamiento de los equipos de profesionales de la salud como un grupo social sometido a reglas de funcionamiento que generan desigualdades. Ha permitido analizar la disposición individual de los profesionales y cómo este proceso individual acaba adquiriendo una dimensión colectiva.

El marco teórico de la justicia social desde las diferentes aportaciones incorporadas a la investigación, me ha facilitado un marco a través del que articular la discusión y conclusión del proyecto estableciendo relaciones entre los tipos de conflicto presentes en la unidad y los tipos de estrategias implementadas. Y cómo las transformaciones desencadenadas por los pequeños cambios, conforman la micro-política, que cuenta con el potencial suficiente para promover cambios a otros niveles, institucional y profesional.

7.4.2. Implicaciones en el diseño de las políticas públicas de salud

Las políticas públicas de salud deben diseñarse y articularse con el objetivo de superar desigualdades que en este momento siguen fomentando. La

atribución legal de prescripción farmacológica debe revisarse, respondiendo a lo que sucede en la asistencia de la práctica clínica, no a sus espaldas, como resulta actualmente.

La legislación debe revisarse, también respondiendo a un proceso democrático en el que no se tengan miedos a perder y a asumir poder, y bajo la premisa de cómo resolver de la forma más segura y eficaz posible los problemas de salud de la población.

Resolver problemas de salud de la población desde una perspectiva interprofesional, debe convertirse en una exigencia política por parte de las instituciones y los gobiernos.

7.4.3. Implicaciones en la formación de grado de los profesionales de la salud

Debemos formar a los profesionales de la salud incluyendo transversalmente una perspectiva interprofesional desde la que asuman que no luchan por un espacio propio, sino que necesitan trabajar con otros para resolver los problemas de salud de la población.

Debemos trabajar con los estudiantes para que adquieran competencias en la toma de decisiones conjuntas, democráticas y basadas en la evidencia y el consenso, a responsabilizarse de sus acciones, y defender y argumentar sus opiniones clínicas.

7.4.4. Implicaciones en la práctica clínica

Los profesionales de la salud y los gestores de las instituciones sanitarias deben asumir que nos encontramos en un momento en el que resulta necesario un cambio en el funcionamiento organizacional, que garantice una atención interprofesional capaz de dar respuesta a necesidades que responden a diferentes dimensiones de la comunidad.

Es importante tomar conciencia del sistema de clases que estamos fomentando en los hospitales, que no tienen ningún sentido económico, ni social. Hay que romper con estas dinámicas fomentando el diálogo entre los profesionales, y facilitando espacios de reflexión compartidos a través de estrategias que garanticen el reconocimiento mutuo.

Hay que replantar estrategias de funcionamiento que dificulten que los profesionales trabajen como ejecutores de tareas sin formar parte del proceso de salud del paciente. Estas estrategias deben ir dirigidas a la revalorizar las identidades individuales a partir del reconocimiento de sus aportaciones, facilitando que confluyan en nuevas identidades colectivas, con mayor potencial de transformación.

Es fundamental revisar la distribución igualitaria de recursos, que se encuentra muy ligada al reconocimiento profesional y competencial en los equipos.

También es importante trabajar para que los pacientes sean conscientes de cómo un buen trabajo en equipo garantiza su seguridad, lo que les colocará en posición de exigir que los equipos que les atienden lo hagan desde una perspectiva interprofesional que aumente la calidad de su cuidado. La comunidad a la que se atiende debe poder exigir a los profesionales mayor responsabilidad en su implicación en el plan terapéutico diseñado para resolver un proceso de salud, lo que acabará visibilizando su aportación individual y colectiva.

7.4.5. Propuestas de futuro

En el post-doctorado considero una auto-exigencia el hecho de devolver la discusión, más interpretativa, y la conclusión final de los resultados al equipo de profesionales de la unidad. Además, en el contacto con el equipo durante estos meses de construcción del documento de tesis algunos profesionales me han lanzado propuestas de difusión de los resultados a las que debo dar respuesta.

Creo que es importante mejorar la transferencia y retorno de resultados de investigación a los profesionales asistenciales de forma que logremos una mayor difusión e impacto de éstos. Las viñetas elaboradas para la difusión del proyecto FIS anterior a esta tesis han tenido un calado importante entre los profesionales, y hay que pensar en cómo transferir estos resultados buscando el mayor impacto posible.

Una de las dimensiones de la transferencia de los resultados de este proyecto de investigación, debe ser el de acercar a la formación de grado de los profesionales sanitarios los argumentos y evidencias que muestren cómo

una buena colaboración interprofesional entre ellos, tiene la fuerza de mejorar resultados de salud de la población a la que atienden juntos.

Es necesario promover investigaciones en salud que fomenten procesos crítico-reflexivos con equipos de profesionales de modo que logremos transformar el sistema a partir de la micro-política individual y colectiva.



Estas han sido mis palabras, mis ideas y mi esencia, que también he querido transmitir a través de la ilustración que acompaña esta tesis...



...y representa.

En primer lugar, lo personal. Un dibujo hecho por una amiga, que refleja un proceso acompañado de muchas conversaciones, en las que amigos y seres queridos han compartido y, espero que también comprendido, este proceso de investigación.

Un dibujo lleno de color, como rasgo personal de la doctoranda. Colores que indican la disciplina profesional de origen de cada miembro del equipo, que se combinan cuando se cruzan. El cruce de los colores cambia los tonos iniciales, lo que indica que se suman, como el hecho de generar una nueva identidad a partir de la suma de los colores individuales.

En segundo lugar, lo simbólico. El cruce de los diferentes colores adquiere en la parte central, la forma de una triqueta, símbolo de origen indoeuropeo, localizado principalmente en estelas celtas. Alude a la triple dimensión de la divinidad femenina; hija, madre y hermana, que representa mi figura como doctoranda y mujer. A lo largo de la historia, este símbolo se ha asociado a múltiples significados, desde perspectivas más mágicas en las que se le atribuían poderes de sanación, a interpretaciones más modernas que la asocian al significado de eternidad, igualdad e indivisibilidad.

La igualdad y la indivisibilidad son elementos presentes en mi discusión. Igualdad entendida como paridad participativa (Fraser, 2010), e indivisibilidad como concepto de grupidad y fortaleza de cambio implícita en esta nueva forma de colectividad (Campos, 2015).

En tercer lugar, el movimiento. La triqueta, intencionalmente dibujada en el folio que separa cada uno de los capítulos de esta tesis, adquiere cierto movimiento al pasar las hojas. Movimiento que me permite transmitir simbólicamente el dinamismo que ha caracterizado este proceso de aprendizaje como investigadora, y que espero haber reflejado con el mayor rigor y claridad posibles.

En definitiva, tanto la ilustración, como la conclusión de mi trabajo, giran en torno a un concepto mayor, el de equilibrio. Un equilibrio que se debe lograr siendo críticos con las estructuras y normas de funcionamiento actualmente naturalizadas en las instituciones, por los propios profesionales de la salud y los pacientes, transformándolas a partir del diálogo, la reflexión, y la acción que permitan construir nuevos espacios democráticos de toma de decisiones.

CAPÍTULO 8

BIBLIOGRAFIA





BIBLIOGRAFIA

- Abad, E., Delgado, P., & Cabrero, J. (2010). Una forma de investigar en la práctica enfermera. *Invest Educ Enferm*, 28(3), 464-474.
- Abad, E., Calderon, C., Castillo, MD., Pujalte, ML., Ruzafa, M. (2014). *Lectura crítica de una investigación cualitativa en salud*. Retrieved from https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136632-capitulo_13.pdf
- Adams, J. S. (2010). Utilizing evidence-based research and practice to support the infusion alliance. *Journal of Infusion Nursing*, 33(5), 273-277. <http://doi.org/10.1097/NAN.0b013e3181ee037e>
- Ashoori, M., Burns, C. M., d'Entremont, B., & Momtahan, K. (2014). Using team cognitive work analysis to reveal healthcare team interactions in a birthing unit, 57(7), 973-986. <http://doi.org/10.1080/00140139.2014.909949>
- Atwal, A., & Caldwell, K. (2006). Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 359-65. <http://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00595.x>
- Ausserhofer, D., Schubert, M., Engberg, S., Blegen, M., S, D. G., & Schwendimann, R. (2012). Nurse-reported patient safety climate in Swiss hospitals. *Swiss Medical Weekly*, (January), 1-9. <http://doi.org/smw.2012.13501>
- Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. (E. Morata, Ed.). Madrid. Retrieved from <https://books.google>.

es/books?hl=ca&lr=&id=oZ9yAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT7&d-q=grupos+discusión+cualitativa&ots=-ZOi_QUMsR&sig=014C-zzb1yqMCM5_fBN9ISoHSDUg#v=onepage&q=gruposdiscusión+cualitativa&f=false

- Bartunek, J. M. (2011). Intergroup relationships and quality improvement in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 20(SUPPL. 1), i62-6. <http://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.046169>
- Benhabib, S., Flynn, J., Fritsch, M., & Forst, R. (2015). The Right to Justification by Rainer Forst. *Political Theory*, 43(6), 777-837. <http://doi.org/10.1177/0090591715607259>
- Bergold, J., & Thomas, S. (2012). Participatory Research Methods : A Methodological Approach in Motion. *Forum: Qualitative Social Research*.
- Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C., & Walter, F. (2016). Member Checking. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1802-1811. <http://doi.org/10.1177/1049732316654870>
- Bleakley, A. (2013). The dislocation of medical dominance: Making space for interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 27(S2), 24-30. <http://doi.org/10.3109/13561820.2013.791672>
- Bourgeault, IL; Dingwall, R; De Vries, R. (2010). *The sage handbook of Qualitative Methods in Health Research*. (S. Publications, Ed.) (First). London.
- Bover-Bover, A. (2013). Estrategias de posicionalidad y reflexividad en investigación social. *Enfermería Clínica*, 23(1), 33-37.
- Bover-Bover, A. (2004). *Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género y a la generación*. Universitat de les Illes Balears.
- Braaf, S., Manias, E., & Riley, R. (2013). The “time-out” procedure: An institutional ethnography of how it is conducted in actual clinical

- practice. *BMJ Quality and Safety*, 22(8), 647–655. <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001702>
- Brooten, D., Youngblut, J. M., Hannan, J., & Guido-Sanz, F. (2012). The impact of interprofessional collaboration on the effectiveness, significance, and future of advanced practice registered nurses. *Nursing Clinics of North America*, 47(2), 283–294. <http://doi.org/10.1016/j.cnur.2012.02.005>
- Buljac-Samardzic, M., Dekker-van Doorn, C. M., van Wijngaarden, J. D. H., & van Wijk, K. P. (2010). Interventions to improve team effectiveness: A systematic review. *Health Policy*, 94(3), 183–195. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.09.015>
- Burzotta, L., & Noble, H. (2011). The dimensions of interprofessional practice. *British Journal of Nursing*, 20(5), 310–315. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-79952529170&partnerID=40&md5=23c7d3dc70a67259a16b845466adfeba>
- Calderon, C. (2011). El papel de la reflexividad en la investigación cualitativa en salud. *Revista Electrónica En Atención Primaria*, 19, 1881–4215. Retrieved from https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2011m7n19/rceap_a2011m7n19a3.pdf
- Calderón, C. (2002). Criterios de Calidad en la Investigación en Salud. *Revista Española de Salud Pública*, 76(3)(Ic), 473–482. <http://doi.org/10.1590/S1135-57272002000500009>
- Calderon, C. (2009). Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), 17. Retrieved from <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/rt/printFriendly/1294/2766>
- Campbell-Heider, N., & Pollock, D. (1987). Barriers to physician-nurse collegiality: an anthropological perspective. *Social Science & Medicine* (1982), 25(5), 421–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3672144>

- Campos, M. (2015). La democracia deliberativa de Seyla Benhabib: los sujetos políticos y la construcción del diálogo en el espacio público. *Barcelona: Institut de Ciències Polítiques I Socials. Universitat Autònoma de Barcelona*. Retrieved from http://ddd.uab.cat/pub/worpaper/2015/hdl_2072_256748/ICPSWP340.pdf
- Carbonero Gamundí, M. A., & Valdivielso, J. (2011). *Dilemas de la Justicia en el siglo XXI. Género y globalización*. (Edicions UIB, Ed.) (Primera). Palma de mallorca.
- Chiu, Y.-W., Weng, Y.-H., Lo, H.-L., Hsu, C.-C., Shih, Y.-H., & Kuo, K. N. (2010). Comparison of evidence-based practice between physicians and nurses: A national survey of regional hospitals in Taiwan. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 30(2), 132–138. <http://doi.org/10.1002/chp.20070>
- Chong, W. W., Aslani, P., & Chen, T. F. (2013). Shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare: A qualitative study exploring perceptions of barriers and facilitators. *Journal of Interprofessional Care*, 27(5), 373–379. <http://doi.org/10.3109/13561820.2013.785503>
- Chreim, S., Langley, a., Comeau-Vallee, M., Huq, J.-L., & Reay, T. (2013). Leadership as boundary work in healthcare teams. *Leadership*, 9(2), 201–228. <http://doi.org/10.1177/1742715012468781>
- Chung, V. C. H., Ma, P. H. X., Hong, L. C., & Griffiths, S. M. (2012). Organizational Determinants of Interprofessional Collaboration in Integrative Health Care: Systematic Review of Qualitative Studies. *PLOS ONE*, 7(11). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0050022>
- Collins, R. (2007). Rawls, Fraser, redistribution, recognition and The World Summit on the Information Society. *International Journal of Communication*, 1, 1–23. Retrieved from <http://oro.open.ac.uk/6937/1/Collins-Rawls.pdf>
- Conde, F. (1996). Grupos Triangulares como “espacios transicionales” para la producción discursiva: un estudio sobre la vivienda en Huelva. Huelva: Junta de Andalucía.

- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., ... Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 363–385. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006>
- Curran, V. R., Sharpe, D., & Forristall, J. (2007). Attitudes of health sciences faculty members towards interprofessional teamwork and education. *Medical Education*, 41(9), 892–896. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=26314030&site=ehost-live>
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martín-Rodríguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 188. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San, L., Rodríguez, M., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., ... Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19 Suppl 1(May), 116–31. <http://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- Darragh, M., Traynor, V., & Joyce-McCoach, J. (2016). Effectiveness of interventions for the development of leadership skills among nurses. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(6), 3–13. <http://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-001990>
- De la Cuesta Benjumea, C. (2003). El Investigador Como Instrumento Flexible de la Indagación. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(4), 1–27.
- Deneckere, S., Euwema, M., Van Herck, P., Lodewijckx, C., Panella, M., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2012). Care pathways lead to better teamwork: results of a systematic review. *Social Science & Medicine* (1982), 75(2), 264–8. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.060>
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., & Denzin, Norman K. Lincoln, Y. S. (2005). *Participatory Action Research. Communicative Action and the Public Sphe-*

- re. *Virtual Culture: Identity & Communication in Cybersociety* (Third, Vol. 23). <http://doi.org/10.1145/2505515.2507827>
- Diccionario de la Lengua Española. (2017). RAE- Real Academia Española. Retrieved February 22, 2018, from <http://dle.rae.es/?id=POYSszU>
- DiPalma, C. (2004). Power at work: navigating hierarchies, teamwork and webs. *The Journal of Medical Humanities*, 25(4), 291–308. <http://doi.org/10.1007/s10912-004-4834-y>
- Dowling, M. (2007). From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 131–142. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.11.026>
- Abad, E., Calderon, C., Castillo, MD., Pujalte, ML., Ruzafa, M. (2014). *Lectura crítica de una investigación cualitativa en salud*. Retrieved from https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136632-capitulo_13.pdf
- Estrada, J. H., Valencia, M., & Betancuth L, D. P. (2015). Teoría crítica en salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Publica*, 33(1), 87–89.
- Farías, L., & Montero, M. (2005). De la transcripción y otros aspectos artesanales de la investigación cualitativa. *International Journal of Qualitative Methods*, 4(March), 1–14.
- Fewster-Thuente, L., & Velsor-Friedrich, B. (2008). Interdisciplinary Collaboration for Healthcare Professionals. *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), 40–48. <http://doi.org/10.1097/01.NAQ.0000305946.31193.61>
- Fraser, N. (2000). Rethinking Recognition. *New Left Review*, 3(June), 107–120. <http://doi.org/Article>
- Fraser, N. (2008a). *Escalas de Justicia* (1era ed.). Barcelona: Herder Editorial, SL.
- Fraser, N. (2008b). La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. *Revista de Trabajo*, 4(6), 83–99.

- Fraser, N. (2010). ¿Quién cuenta? Dilemas de la justicia en un mundo post-wesfaliano. *Anales de La Cátedra Francisco Suárez*, 44, 311–328.
- Fraser, N. (2014). De cómo cierto feminismo se convirtió en criada del capitalismo. Y la manera de rectificarlo. (Spanish). *Debate Feminista*, 50, 131–134. [http://doi.org/10.1016/S0188-9478\(16\)30133-5](http://doi.org/10.1016/S0188-9478(16)30133-5)
- Fraser, N., & Honneth, A. (2006). *¿Redistribución o reconocimiento?* (Morata, Ed.) (Primera ed). Madrid.
- Freire, P. (1970). *Cambio*. (A. Latina, Ed.). Bogotá.
- Freire, P. (2005). *Pedagogía de la esperanza. Un reencuentro de la pedagogía del oprimido*. (Siglo XXI, Ed.). Mexico.
- Fulop, L., & Mark, A. (2013). Relational leadership, decision-making and the messiness of context in healthcare. *Leadership*, 9(2), 254–277. <http://doi.org/10.1177/1742715012468785>
- Galletta, M., Portoghese, I., Battistelli, A., & Leiter, M. P. (2013). The roles of unit leadership and nurse-physician collaboration on nursing turnover intention. *Journal of Advanced Nursing*, 69(8), 1771–84. <http://doi.org/10.1111/jan.12039>
- Gamboa Araya, R. (2011). El papel de la teoría crítica en la investigación educativa y cualitativa. *Revista Electrónica Diálogos Educativos*, 11(21), 48–64.
- Gillespie, B. M., Gwinner, K., Chaboyer, W., & Fairweather, N. (2013). Team communications in surgery-creating a culture of safety. *Journal of Interprofessional Care*, 27(5), 387–393. <http://doi.org/10.3109/13561820.2013.784243>
- Gittell, J. H., Godfrey, M., & Thistlethwaite, J. (2013). Interprofessional collaborative practice and relational coordination: Improving healthcare through relationships. *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), 210–213. <http://doi.org/10.3109/13561820.2012.730564>

- Gómez, T. G. (2015). *Antología. Paulo Freire. Pedagogía Liberadora Clasicos del pensamiento critico*. (Catarata, Ed.) (Primera). Madrid.
- Gooden, A., & Gastaldo, D. (2009). Partnerships for participatory action research: The case of recent immigrant women in Toronto, Canada. *The Collaborative Turn: Working Together in Collaborative Research*.
- Guirao Goris, S. J. A. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene*, 9(2), 0–0. <http://doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002>
- Hall, B. L. (1983). Investigación Participativa, conocimiento popular y poder: una reflexión personal. Mexico: Biblioteca Digital CREFAL.
- Hauck, S., Winsett, R. P., & Kuric, J. (2013). Leadership facilitation strategies to establish evidence-based practice in an acute care hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), 664–74. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06053.x>
- Havens, D. S., Vasey, J., Gittell, J. H., & Lin, W.-T. (2010). Relational coordination among nurses and other providers: Impact on the quality of patient care. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 926–937. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01138.x>
- Henkin, S., Chon, T. Y., Christopherson, M. L., Halvorsen, A. J., Worden, L. M., & Ratelle, J. T. (2016). Improving nurse–physician teamwork through interprofessional bedside rounding, 9, 201–205. <http://doi.org/10.2147/JMDH.S106644>
- Hernández-Ponce, L. E. (2010). La posibilidad del cambio social: aproximación psicosocial a los conceptos de agencia, empoderamiento y participación. *Temas de Coyuntura*, 79–102. Retrieved from <http://revistasenlinea.saber.ucab.edu.ve/temas/index.php/temasdecoyuntura/article/view/1183>
- Hui, E. C. (2010). Perceptions of ethical practices in Hong Kong public hospitals: Inter- and intra-professional similarities and differences. *Journal of Nursing Management*, 18(6), 746–756. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01102.x>

- Iglesias, C. (2012). Justicia como redistribución , reconocimiento y representación : Las reconciliaciones de Nancy Fraser. *Investigaciones Feministas*, 3, 251–269. http://doi.org/10.5209/rev_INFE.2012.v3.41149
- Jagosh, M., Macaulay, A., Pluye, P., Salsberg, J., Bush, P., HENDERSON, J., ... Greenhalgh, T. (2012). Uncovering the Benefits of Participatory Research: Implications of a Realist Review for Health Research and Practice. *Milbank Quarterly*, 90(2), 311–346. <http://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2012.00665.x>
- Jansen, L. (2008). Collaborative and interdisciplinary health care teams: ready or not? *Journal of Professional Nursing : Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 24(4), 218–27. <http://doi.org/10.1016/j.profnurs.2007.06.013>
- Jensen, H. I., Ammentorp, J., Erlandsen, M., & Ørding, H. (2011). Withholding or withdrawing therapy in intensive care units: An analysis of collaboration among healthcare professionals. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1696–1705. <http://doi.org/10.1007/s00134-011-2345-7>
- Jurdak, M; Boujaoude, S. (2011). TAMAM Project The Impact of Collaborative Action Research on Inquiry, (July).
- Kazanjian, A., Green, C., Wong, J., & Reid, R. (2005). Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: a systematic review. *J Health Serv Res Policy*, 10(2), 111–117. Retrieved from <http://jhsrp.rsmjournals.com/cgi/content/abstract/10/2/111>
- Kemmis, S. (2013). Critical Theory and Participatory Acion Research. In *The sage handoobk of action research. Participative inquiry and practice* (Second edi, pp. 121–139). London.
- Kemmis, S., & Robin McTaggart. (2005). Participatory Action Research. Communicative Action and the Public Sphere. In *The sage handbook of qualitative research* (Third edit, pp. 559–605). United Kigndom.
- Kenward, L., & Kenward, L. (2011). Promoting interprofessional care in the peri-operative environment., 25(41), 35–39.

- Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Ritchie, J. A., Lamothe, L., & Doran, D. (2012). Boundary work and the introduction of acute care nurse practitioners in healthcare teams. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1504–1515. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05895.x>
- Kincheloe, J. L., & Steinberg, S. R. (2012). *Repensar el multiculturalismo*. (E. Octaedro, Ed.). Barcelona.
- Kitto, S., Goldman, J., Etchells, E., Silver, I., Peller, J., Sargeant, J., ... Bell, M. (2015). Quality Improvement, Patient Safety, and Continuing Education: A Qualitative Study of the Current Boundaries and Opportunities for Collaboration Between These Domains. *Academic*, 90(2), 240–245. <http://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000596>
- Kydona, C. K., Malamis, G., Giasnetsova, T., Tsiora, V., & Gritsi-Gerogianni, N. (2010). The level of teamwork as an index of quality in ICU performance. *Hippokratia*, 14(2), 94–97. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-77950803952&partnerID=40&md5=e3724a5df72a8ac3d2d91d32c32cc3d1>
- Lanham, H. J., Leykum, L. K., & McDaniel Jr., R. R. (2012). Same organization, same electronic health records (EHRs) system, different use: Exploring the linkage between practice member communication patterns and EHR use patterns in an ambulatory care setting. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 19(3), 382–391. <http://doi.org/10.1136/amiajnl-2011-000263>
- Larson, E. (1999). The impact of physician-nurse interaction on patient care. *Holistic Nursing Practice*, 13(2), 38–46. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10196901>
- Lavoie-Tremblay, M. M., O'Conner, P., Harripaul, A., Biron, A., Ritchie, J., Lavigne, G. L., ... Sourdif, J. (2014). The effect of transforming care at the bedside initiative on healthcare teams' work environments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 16–25. <http://doi.org/10.1111/wvn.12015>

- Leever, A. M., Hulst, M. V. D., Berendsen, A. J., Boendemaker, P. M., Roodenburg, J. L. N., & Pols, J. (2010). Conflicts and conflict management in the collaboration between nurses and physicians - A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 24(6), 612–624. <http://doi.org/10.3109/13561820903550762>
- Légaré, F., Stacey, D., Pouliot, S., Gauvin, F.-P., Desroches, S., Kryworuchko, J., ... Graham, I. D. (2011). Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: A stepwise approach towards a new model. *Journal of Interprofessional Care*, 25(1), 18–25. <http://doi.org/10.3109/13561820.2010.490502>
- Ligioiz, M. (2007). *Curso de vuelo para constructores de sueños*. (RBA Libros, Ed.).
- Lincoln, Y. S., & Denzin, N. K. (2005). *Te sage handbook of qualitaive research* (Third Edit). United Kigndom.
- Lindsey, E. (1998). Significant elements of community involvement in participatory action research : evidence from a community project. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1106–1114.
- Loewenson, R., Laurell, A. C., Hogstedt, C., D'Ambruoso, L., & Shroff, Z. (2014). *Participatory Action Reserch in Health Systems: A Methods Reader*. Ottawa.
- Long, J. C. J., Cunningham, F. C. F., Braithwaite, J., Braithwaite, J., Braithwaite, J., Westbrook, M., ... Pumpuang, P. (2013). Bridges, brokers and boundary spanners in collaborative networks: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 13(1), 158. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-13-158>
- Lorenzano, P., & Abreu Junior, C. (2007). Las teorías de alcance intermedio de Robert K. Merton y las concepciones clásica y estructuralista de las teorías *. Buenos Aires. Retrieved from <https://plorenzano.files.wordpress.com/2008/12/pablo-lorenzano-and-cl-c3a1udio-abreu-jr-las-teorc3adas-de-alcance-intermedio-de-merton-afhic.pdf>

- MacDonald, M. B., Bally, J. M., Ferguson, L. M., Lee Murray, B., Fowler-Kerry, S. E., & Anonson, J. M. S. (2010). Knowledge of the professional role of others: A key interprofessional competency. *Nurse Education in Practice*, 10(4), 238–242. <http://doi.org/10.1016/j.nepr.2009.11.012>
- MacPhee, M., Wardrop, A., & Campbell, C. (2010). Transforming work place relationships through shared decision making. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 1016–1026. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01122.x>
- Magaly, D., & Cadenas, R. (2007). El Rigor en la Investigación Cualitativa : Técnicas de Análisis , Credibilidad , Transferibilidad y Confirmabilidad, 17–26.
- Máiz, R. (2009). *Teorías políticas contemporáneas* (Segunda ed). Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Martí, J. (1999). La Investigación Acción Participativa. Estructura y fases. *Construyendo Ciudadanía*.
- Martí, J. (2008). De las prácticas locales al conocimiento público: La investigación acción como contribucion científica. *Forum: Qualitative Social Research*, 9(3, art 2).
- McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: The meaning of “context.” *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 94–104. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02150.x>
- McGrail, K. a, Morse, D. S., Glessner, T., & Gardner, K. (2009). “What is found there”: qualitative analysis of physician-nurse collaboration stories. *Journal of General Internal Medicine*, 24(2), 198–204. <http://doi.org/10.1007/s11606-008-0869-5>
- McMurray, J., Hicks, E., Johnson, H., Elliott, J., Byrne, K., & Stolee, P. (2013). “Trying to find information is like hating yourself every day”: The collision of electronic information systems in transition with patients in transition. *Health Informatics Journal*, 19(3), 218–232. <http://doi.org/10.1177/1460458212467547>

- Medves, J., Godfrey, C., Turner, C., Paterson, M., Harrison, M., MacKenzie, L., & Durando, P. (2010). Systematic review of practice guideline dissemination and implementation strategies for healthcare teams and team-based practice. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 8(2), 79–89. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-79952114705&partnerID=40&md5=a7e1dfdecac9f23bd0358bc64ea227e0>
- Mercado, F. J., Gastaldo, D., & Calderón, C. (2002). *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud: una antología iberoamericana* (First). Mexico: Universidad de Guadalajara.
- Merkeley Keith, K., & Fraser Askin, D. (2008, January). Effective collaboration: the key to better healthcare. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18536545>
- Meyer, J. (2008). Acción-Investigación. In McGrawHill Edition (Ed.), *Investigación en Enfermería* (5a ed, pp. 275–300).
- Miró-Bonet, M. (2008). *¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976)*. Universitat de les Illes Balears.
- Miró-Bonet, M., Bover-Bover, A., Moreno-Mulet, C., Miró-Bonet, R., & Zaforteza-Lallemand, C. (2014). Genealogy as a critical toolbox: Deconstructing the professional identity of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 768–776. <http://doi.org/10.1111/jan.12236>
- Miro-Bonet, R. (2010). Relaciones interprofesionales en los equipos de salud. Cuestiones pendientes de resolver. *Revista Tesela*, 7.
- Montané, A. (2015). Justicia Social y Educación. *Revista de Educación Social*, (20), 21. <http://doi.org/1698-9097>
- Moreno, JL. Espadas, M. (2003). La Investigacion-accion participativa. Retrieved from <http://10millibrosparadescargar.com/bibliotecavirtual/libros/LETRA L/Lenin, V.I. - Que hacer.pdf>

- Mulvale, G., Embrett, M., & Razavi, S. D. (2016). "Gearing Up" to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Family Practice*, 17. <http://doi.org/10.1186/s12875-016-0492-1>
- Murphy, E., Dingwall, R., Greatbatch, D., Parker, S., Watson, P., Murphy, E ; Dingwall, R. G. D. P. S. W. P., ... Watson, P. (1998). *Qualitative Research Methods in Health Technology assessment: a review of the literature*. (Health Technology Assessment, Ed.) *Health Technology Assessment* (First, Vol. 2). United Kingdom: The National Coordinating Center for Health Technology Assessment. <http://doi.org/10.3310/hta2160>
- O'leary, K. J., Boudreau, Y. N., Creden, A. J., Slade, M. E., & Williams, M. V. (2012). Assessment of Teamwork During Structured Interdisciplinary Rounds on Medical Units. *Journal of Hospital Medicine*, 7(9), 679–683. <http://doi.org/10.1002/jhm.1970>
- O'Leary, K. J., Sehgal, N. L., Terrell, G., & Williams, M. V. (2012). Interdisciplinary teamwork in hospitals: A review and practical recommendations for improvement. *Journal of Hospital Medicine*, 7(1), 48–54. <http://doi.org/10.1002/jhm.970>
- OMS. (2006). Informe sobre la salud en el mundo 2006: colaboremos por la salud: notas de orientación sobre políticas. Ginebra: Ediciones de la OMS. <http://doi.org/978-92-4-359424-8>
- OMS. (2010). Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Ginebra: Ediciones de la OMS. Retrieved from http://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.pdf?ua=1
- OMS. (2017). La travesía de la salud mundial 2007-2017 más sano, mas justo, más seguro. *Health Journey*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259204/1/9789243512365-spa.pdf?ua=1>
- Palacio, M. (2009, March 31). Entrevista con Nancy Fraser: La justicia como redistribución, reconocimiento y representación. *Www.barcelonametropolis.cat*, pp. 1–6. Barcelona.

- Paradis, E., Leslie, M., Gropper, M. A., Aboumatar, H. J., Kitto, S., & Reeves, S. (2013). Interprofessional care in intensive care settings and the factors that impact it: Results from a scoping review of ethnographic studies. *Journal of Critical Care*, 28(6), 1062–1067. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944113001408>
- Peeters, J. (2013). Can research realise a bit of utopia? The impact of action research on the policy of childcare in Flanders. *Early Years*, 33(October), 318–330. <http://doi.org/10.1080/09575146.2012.701196>
- Peñaranda, F. (2015). Sujeto, justicia social y salud pública. *Cien Saud Colet, Apr*; 20(4), 987–96. <http://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00552014>
- Princeton, D. M. (2015). The Critical Theoretical Perspectives and the Health Care System. *Review of Arts and Humanities*, 4(1), 72–79. <http://doi.org/10.15640/rah.v4n1a9>
- Randell, R., Wilson, S., & Woodward, P. (2011). The importance of the verbal shift handover report: A multi-site case study. *International Journal of Medical Informatics*, 80(11), 803–812. <http://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2011.08.006>
- Reason, P.; Bradbury, H. (2013). *The sage handbook of Action Research Participative. Inquiry and Practice*. (S. Publications, Ed.) (Second). London.
- Reason, P., & Bradbury, H. (2001). *Handbook of action research : participative inquiry and practice*. SAGE. Retrieved from https://books.google.es/books?id=v5TQfaZqZxEC&printsec=frontcover&hl=ca&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Reeves, S; Lewin, S; Espin, S; Zwarestein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. (B. P. Ltd, Ed.) (First). United Kingdom.
- Reeves, S; Lewin, S; Espin, S; Zwarestein, M. (2011). *Promoting Partnership for Health. Inteprofessional Teamwork for Health and Social Care*. (Wiley-Blackwell, Ed.) (First). United Kingdom.
- Reeves, S., Goldman, J., Gilbert, J., Tepper, J., Silver, I., Suter, E., & Zwarestein, M. (2011a). A scoping review to improve conceptual clarity of

- interprofessional interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 167–174. <http://doi.org/10.3109/13561820.2010.529960>
- Reeves, S., Goldman, J., Gilbert, J., Tepper, J., Silver, I., Suter, E., & Zwarenstein, M. (2011b). A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 167–174. <http://doi.org/10.3109/13561820.2010.529960>
- Reeves, S., Paradis, E., Leslie, M., Kitto, S., Aboumatar, H. J., & Gropper, M. (2013). Understanding the Nature of Interprofessional Collaboration and Patient Family Involvement in Intensive Care Settings: A Study Protocol. *ICU Director*, 4(5), 242–247. <http://doi.org/10.1177/1944451613498897>
- Reeves, S., Rice, K., Conn, L. G., Miller, K.-L., Kenaszchuk, C., & Zwarenstein, M. (2009). Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), 633–45. <http://doi.org/10.3109/13561820902886295>
- Reid, G., & Et, A. (2007). Change and transformation: the impact of an action-research evaluation on the development of a new service. *Learning in Health and Social Care*, 6, 61–71. Retrieved from <http://www.blackwellpublishing.com/journal.asp?ref=1473-6853>
- Reid R, H. J., & R., M. (2002). Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare. *Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation*.
- Rice, K., Zwarenstein, M., Conn, L. G., Kenaszchuk, C., Russell, A., & Reeves, S. (2010). An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: A comparative qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 24(4), 350–361. <http://doi.org/10.3109/13561820903550713>
- Richardson, A., & Storr, J. (2010). Patient safety: A literative review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration. *International Nursing Review*, 57(1), 12–21. <http://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00757.x>

- Rizo García, M. (2011). Teoría de la comunicación humana. *Razón Y Palabra*, 16(25).
- Rosenstein, A. H., & Naylor, B. (2012). Incidence and impact of physician and nurse disruptive behaviors in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 43(1), 139–148. <http://doi.org/10.1016/j.jemermed.2011.01.019>
- Ross, A. J., Anderson, J. E., Kodate, N., Thomas, L., Thompson, K., Thomas, B., ... Jaye, P. (2013). Simulation training for improving the quality of care for older people: An independent evaluation of an innovative programme for interprofessional education, 22(6), 495–505. <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000954>
- Ruiz Ruiz, J. (2012). El grupo triangular: reflexiones metodológicas en torno a dos experiencias de investigación · The triangular group: methodological reflections on two research experiences. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 0(24), 141. <http://doi.org/10.5944/empiria.24.2012.846>
- Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., & Estabrooks, C. (2015). Ingredient for change: revisiting a conceptual framework. *Qual Saf Health Care, February*(18), 174-.
- Sandoval Casilimas, C. (1996). *Especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Módulo*. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3954178%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:ESPECIALIZACION+EN+TEORIA,+METODOS+Y+TECNICAS+DE+INVESTIGACION+SOCIAL#1%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitl>
- Scambler, G. (2002). *Health and social change* (First). Philadelphia: Open University Press. Retrieved from <http://www.mheducation.co.uk/openup/chapters/0335204791.pdf>
- Scambler, G. (2016). Critical Theory and Health. *Surrey, Six Sociologies. The Blog of the Department of Sociology at the University of Surrey*. Retrieved from <http://www.grahamscambler.com/critical-theory-and-health/>

- Scholes, J., & Vaughan, B. (2002). Cross-boundary working: implications for the multiprofessional team. *Journal of Clinical Nursing*, 11(3), 399–408. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12010538>
- Schultz, E. M., Pineda, N., Lonhart, J., Davies, S. M., & McDonald, K. M. (2013). A systematic review of the care coordination measurement landscape. *BMC Health Services Research*, 13, 119. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-13-119>
- Seidel, J. V. (1998). Qualitative Data Analysis. Retrieved from <ftp://ftp.qualisresearch.com/pub/qda.pdf>
- Shojania, K. G., McDonald, K. M., Wachter, R. M., Kathryn McDonald, I. M., Vandana Sundaram, M., Dena Bravata, M. M., ... Douglas Owens, M. K. (2007). Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies, Volume 7--Care Coordination.
- Siassakos, D., Draycott, T. J., Crofts, J. F., Hunt, L. P., Winter, C., & Fox, R. (2010). More to teamwork than knowledge, skill and attitude: General obstetrics. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117(10), 1262–1269. <http://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02654.x>
- Sidani, S., Collins, L., Harbman, P., Macmillan, K., Reeves, S., Hurlock-Chorostecki, C., ... van Soeren, M. (2014). Development of a measure to assess healthcare providers' implementation of patient-centered care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 248–257. <http://doi.org/10.1111/wvn.12047>
- Sisto, V. (2008). La investigación como una aventura de producción dialógica: *Psicoperspectivas*, 7, 114–136.
- Sosa Lorenzo, I., Pierre Lefèvre, C., Guerra, M., Ñ, F., Rodríguez, A., Herrera, D., ... VAn Der, P. (2013). Empoderamiento comunitario en salud en tres municipios cubanos Community empowerment within health in three Cuban municipalities. *Revista Cubana*, 29(2), 184–191.
- Sutton, G., Liao, J., Jimmieson, N. L., & Restubog, S. L. D. (2011). Measuring multidisciplinary team effectiveness in a ward-based healthcare set-

- ting: development of the team functioning assessment tool. *Journal for Healthcare Quality : Official Publication of the National Association for Healthcare Quality*, 33(3), 10–14. <http://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2011.00138.x>
- Swinglehurst, D., Greenhalgh, T., Myall, M., & Russell, J. (2010). Ethnographic study of ICT-supported collaborative work routines in general practice. *BMC Health Services Research*, 10. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-10-348>
- Tang, C. J., Chan, S. W., Zhou, W. T., & Liaw, S. Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60(3), 291–302. <http://doi.org/10.1111/inr.12034>
- Taylor, C., & Gutmann, A. (1992). *Multiculturalism and "The politics of recognition."* Princeton University Press.
- Thomson, D. (2010). The social meaning and function of humour in physiotherapy practice: An ethnography. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(1), 1–11. <http://doi.org/10.3109/09593980802664893>
- Titchen A. (2003). Critical companionship: Part 1. *Nurs Stand*, Nov 12-18(9), 33–40.
- Tomizawa, R., Yamano, M., Osako, M., Misawa, T., Hirabayashi, N., Oshima, N., ... Reeves, S. (2014). The development and validation of an interprofessional scale to assess teamwork in mental health settings. *Journal of Interprofessional Care*. <http://doi.org/10.3109/13561820.2014.898623>
- Van Houdt, S., Sermeus, W., Vanhaecht, K., & De Lepeleire, J. (2014). Focus groups to explore healthcare professionals' experiences of care coordination: towards a theoretical framework for the study of care coordination. *BMC Family Practice*, 15(1), 177. <http://doi.org/10.1186/s12875-014-0177-6>
- Vargas, H. (2014). *La Importancia del acto de leer. Colección Paulo Freire. Pensamiento Educativo.* (Fundación Editorial El perro y la rana, Ed.) (1a

- edición). Venezuela: Gobierno Bolivariano de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Cultura. Retrieved from http://www.elpeperrroylarana.gob.ve/wp-content/uploads/2017/04/la_importancia_del_acto_de_leer.pdf
- Vega-Angarita, O. M. (2017). Estructura del conocimiento contemporáneo de enfermería. *Revista Ciencia Y Cuidado*, 3(1), 53–68. <http://doi.org/10.22463/17949831.905>
- Villasante, T. R., Montañes, M., & Martí, J. (2000). Algunos cambios de enfoque en las ciencias sociales. In *Contruyendo ciudadanía* (Vol. 1). Barcelona.
- Watts, D. J. (2006). *Seis grados de separación. La ciencia de las redes en la era del acceso*. (E. P. SA, Ed.) (Primera). Barcelona.
- Weaver, T. E. (2008). Enhancing multiple disciplinary teamwork. *Nursing Outlook*, 56(3), 108–114.e2. <http://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.03.013>
- Weinberg, D. B., Cooney-Miner, D., Perloff, J. N., Babington, L., & Avgar, A. C. (2011). Building collaborative capacity: promoting interdisciplinary teamwork in the absence of formal teams. *Medical Care*, 49(8), 716–723. <http://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318215da3f>
- Weller, J. M., Barrow, M., & Gasquoine, S. (2011). Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. *Medical Education*, 45(5), 478–487. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03919.x>
- Willard, C., & Luker, K. (2007). Working with the team: strategies employed by hospital cancer nurse specialists to implement their role. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 716–24. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01560.x>
- WMA. World Medical Association. (2013). Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Brasil. Retrieved from <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>

Bibliografía

- Wolf, A., Ekman, I., & Dellenborg, L. (2012a). Everyday practices at the medical ward: A 16-month ethnographic field study. *BMC Health Services Research*, 12(1). <http://doi.org/10.1186/1472-6963-12-184>
- Wright, M. T., Brito, I., Cook, T., Harris, J., Madsen, W., Springett, J., & Wakeford, T. (2013). What is participatory health research? *ICPHR (International Collaboration for Participatory Health Research)*, Mai(1).
- Wright, M. T., Brito, I., Cook, T., Kleba, M. E., Madsen, W., & Springett, J. (2013). International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR). Position Paper 1: What is participatory health research? *ICPHR*. Berlin.



CAPÍTULO 9

ANEXOS

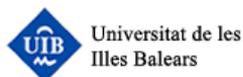




ANEXO 1

**HOJA DE INFORMACIÓN
Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**





Hoja de Información Proyecto

Me dirijo a usted como la investigadora principal del proyecto, Rosa Miró Bonet. Profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears. Contacto: *rosa.miro@uib.es*, para informarle sobre el estudio de investigación en el que se le invita a participar, titulado “Promoción de la práctica colaborativa a través de una Investigación Acción Participativa (IAP) en una unidad de Hospitalización”.

El estudio se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración del Helsinki y a las normas de buena práctica clínica. Nuestra intención con esta carta es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y decidir si quiere o no participar en este estudio.

Esta investigación tiene como objetivo generar cambios para mejorar la práctica colaborativa del equipo de salud (médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería) de la Unidad de Hospitalización¹ XXXX del Hospital XXXX.

Como equipo investigador garantizamos el anonimato y la confidencialidad de los datos recopilados a lo largo del proceso. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal utilizados durante la realización de este estudio se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su entrevistador/a o cualquier miembro del equipo investigador (Tlf 971 259858). Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, por lo que, su identidad no será revelada a ninguna persona ajena al equipo investigador, excepto autoridades competentes. Además, el equipo investigador firmara un compromiso de confidencialidad de los datos recogidos, los cuales solo podrán ser utilizados de forma anónima para la realización de este estudio.

Los profesionales que participen en el estudio no percibirán remuneración económica, aunque se les entregará un pequeño obsequio en agradecimiento a su colaboración y al tiempo dedicado para la entrevista.

Este tipo de investigación no sería posible sin su colaboración, ya que los datos que puede aportarnos son fundamentales para su desarrollo. Si cambia de idea y quiere retirarse del estudio simplemente debe decírselo a la investigadora, ello no conlleva ningún tipo de consecuencias negativas para usted.

Gracias por su colaboración.

¹ Con el objetivo de garantizar el anonimato de la unidad y el centro, no se identifica su nombre en ningún anexo.



Consentimiento Informado Profesionales participantes en el estudio

Estudio: "Promoción de la práctica colaborativa a través de una Investigación Acción Participativa (IAP) en una unidad de Hospitalización

Yo (nombre y apellidos).....

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con Rosa Miró Bonet, IP del estudio
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1º Cuando quiera
 - 2º Sin tener que dar explicaciones.
 - 3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Comprendo que si decido retirarme del estudio los resultados obtenidos hasta ese momento podrán seguir siendo utilizados pero que no se incorporarán nuevos datos.
- Comprendo que tengo los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a mis datos de carácter personal de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

ANEXO 2
GUIÓN DEL PRIMER GRUPO
DE DISCUSIÓN



PREGUNTAS/IDEAS A EXPLORAR EN GRUPO DE DISCUSIÓN. FASE DIAGNÓSTICO

Resituar inicialmente en concepto de colaboración interprofesional y objetivos del estudio

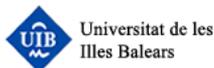
1. R: ¿Cómo describiríais la composición del equipo interprofesional con el que trabajamos en la unidad XXXX?, es decir, el tamaño y estabilidad del grupo, la heterogeneidad u homogeneidad que lo caracteriza, cómo os dirigís entre vosotros, dónde intercambiáis información, y en qué momentos....
2. Pregunta muy general, plantearla de forma introductoria, dando elementos para clarificar y que ayuden a la discusión. Si no profundizan sobre cómo es la colaboración, ir preguntando de forma más directa. El objetivo es que hablen de la composición del equipo. ¿Qué significa colaboración interprofesional? Que describan el tipo de relación. Tener en cuenta uso de humor, gestión de conflicto, feedback emociones...
3. R: ¿Creéis que cada uno tiene claro su rol en el proceso de salud del paciente de XXXX o XXXX?, ¿es importante tener claro lo que uno hace y cuál es su responsabilidad?, ¿hay algún problema cuando se delegan tareas? , ¿quién dirige el proceso?
4. El objetivo es identificar sus roles y estructura. También podrán salir elementos sobre el paciente.
5. P: ¿Cómo describiríais vuestra dinámica cotidiana de práctica interprofesional?, es decir, cómo es el día a día de un profesional que trabaja en un equipo multidisciplinar, con qué dificultades y oportunidades significa que hay que encontrarse.
6. El objetivo es que hablen de las rutinas, rituales, espacios,
7. P: ¿Influyen las agendas diferentes?, ¿espacios y tiempos?, ¿de quién depende?
8. Tal vez salga con la pregunta anterior
9. P: Por otro lado, ¿cómo manejamos el trabajo en equipo interprofesional en situaciones de urgencia?
10. En esta pregunta deberían particularizar sobre cómo se articulan ante imprevisibilidad. Si genera tensión, si es un elemento que refuerza al equipo, o lo desgasta.
11. P: ¿Qué papel ocupan las tecnologías de la información en la colaboración interprofesional en la unidad?
12. Tal vez haya salido con anterioridad, en cómo se comunican. Pero vale la pena valorar si han hablado de ellas como elemento facilitador de comunicación porque rompe barrera espacio/tiempo
13. O: Respecto al trabajo en equipo interprofesional, ¿qué papel creéis que ocupa la organización?, es decir, gerente y dirección del centro.
14. C: ¿Pensáis que las organizaciones profesionales con representación en el centro entienden la colaboración interprofesional como eje de mejora de la atención en salud?
15. C: ¿Creéis que ésta época de crisis y “recortes” en salud que vivimos, tiene efectos sobre cómo trabajamos en equipo los profesionales de la salud?
16. ¿Queréis añadir alguna cosa más que nos sirva como elemento para cerrar esta primera fase de diagnóstico de la unidad?



ANEXO 3

GUIÓN DE ENTREVISTA
CORREO ELECTRÓNICO





Promoción de la práctica colaborativa a través de una investigación-acción participativa en una Unidad de Hospitalización

Os agradecemos la inversión de tiempo que implica responder a las siguientes preguntas., y. Recordaros que las preguntas se refieren al equipo de profesionales clínicos vinculados a la actividad asistencial de la unidad XXXX (XXX, XXXX, enfermeros/as y auxiliares de enfermería), y que no hay respuestas correctas e incorrectas. Vuestra opinión resulta muy valiosa, y nos permitirá hacer una caracterización general.

Si hay alguna cuestión que consideraréis que no queda reflejada la podéis añadir al final de documentó con total libertad, y si os surge alguna duda podéis escribirnos al correo rosa.miro@uib.es sin problemas.

1. ¿Qué significa para ti práctica colaborativa?
2. ¿Qué efectos crees que tiene el trabajo colaborativo? (para el sistema de salud, para el equipo, para el paciente...)
3. En un entorno ideal, ¿qué aspectos crees que facilitan el trabajo colaborativo?, ¿cuáles están presentes en tu entorno?
4. En un entorno adverso, ¿qué aspectos crees que dificultan el trabajo colaborativo?, ¿cuáles crees que están presentes en la unidad?

Muchísimas gracias por vuestra colaboración.
Felices fiestas y próspero año nuevo.

Rosa Miró Bonet



ANEXO 4

GUIÓN ENTREVISTA
EN PROFUNDIDAD INDIVIDUAL



El objetivo de esta entrevista es profundizar en cuestiones que en las encuestas pasaron un poco desapercibidas.

1. ¿Crees que lo que se ha puesto en marcha ha servido en la línea de mejorar la colaboración interprofesional en la unidad?

2. ¿Qué piensas que ha funcionado y por qué?

3. ¿Qué piensas que no ha funcionado y por qué? (indagar sobre participación profesionales)

4. ¿Qué posición crees que mantiene el Hospital respecto a este tipo de investigaciones que buscan la transformación?

5. ¿Piensas que es posible visibilizar los resultados a través de indicadores medibles? Es decir, tal vez una forma de mostrar lo interesantes que son estos procesos de cambio a la institución es poder cuantificar su impacto ¿piensas que sería posible?, ¿cómo?

Gracias por tu tiempo



ANEXO 5
GUIÓN ENTREVISTA ON-LINE



1. La primera propuesta surge tras detectar la complejidad de, localizar y ser localizados con rapidez, MEDICOS por parte de ENF y AUX del equipo. Con el objetivo de poder dar la respuesta más eficaz a las necesidades de los pacientes de la unidad, surge la propuesta de elaborar un CALENDARIO semanal que refleje ubicación y localización por franja horaria
¿Crees que esta propuesta puede ayudar a mejorar la dinámica del trabajo colaborativo en la unidad?
¿Por qué?
2. La segunda propuesta surge tras detectar que no se cuenta con un espacio físico/simbólico/temporal para intercambiar información clínica de los pacientes. Con el objetivo de mejorar la calidad y cantidad de información que se intercambia para poder tomar decisiones en común sobre los pacientes, se propone conformar un grupo que trabaje en el diseño del PASE DIARIO DE INFORMACIÓN ¿Crees que esta propuesta puede ayudar a mejorar la dinámica del trabajo colaborativo en la unidad?
¿Por qué?
¿Te interesa participar en el grupo que trabaje el diseño de esta propuesta?
Si quieres participar, indica tu nombre y dirección de correo electrónico
3. La tercera propuesta surge tras detectar la necesidad de encontrar un espacio de intercambio o discusión de información sobre la unidad, procedimientos, acuerdos de equipo, dificultades detectadas que afectan a la actividad asistencial diaria. Con el objetivo de establecer este espacio de discusión común que permita aumentar la calidad de la atención a los pacientes, se propone conformar un grupo que trabaje en el diseño de "REUNIÓN CONJUNTA". ¿Crees que esta propuesta puede ayudar a mejorar la dinámica del trabajo colaborativo en la unidad?
¿Por qué?
¿Te interesa participar en el grupo que trabaje el diseño de esta propuesta?
Si quieres participar, indica tu nombre y dirección de correo electrónico
4. La cuarta propuesta surge al visibilizar que la información que las AUX manejan del paciente, en ocasiones no queda reflejada en la historia clínica. Con el objetivo de visibilizar las aportaciones de todos los profesionales al cuidado de los pacientes, se propone conformar un grupo que trabaje el diseño de COMENTARIOS EVOLUTIVOS EN GACELA.
¿Crees que esta propuesta puede ayudar a mejorar la dinámica del trabajo colaborativo en la unidad?
¿Por qué?
¿Te interesa participar en el grupo que trabaje el diseño de esta propuesta?
Si quieres participar, indica tu nombre y dirección de correo electrónico
5. En caso de que no quieras participar en el diseño de las propuestas, podrías indicar brevemente cuál es el motivo o dificultades.
6. En último lugar, podrías indicar ¿cuáles son los aspectos, en este momento, que crees que presentan carencias que se podrían paliar mejorando el trabajo en equipo en la unidad?
¿Qué intervenciones crees que mejorarían estas carencias?, incluso de entre las propuestas hechas hasta el momento.
7. El próximo noviembre se organiza en Vitoria-Gasteiz el XVIII Encuentro Internacional de Investigación de Cuidados (Investn-isciii). ¿Te apetece colaborar en la elaboración y presentación de un abstrat sobre el proyecto de investigación?
Si quieres participar, indica tu nombre y dirección de correo electrónico.



ANEXO 6
GUIÓN ENCUESTA EVALUACIÓN



ANEXO 6. GUIÓN ENCUESTA EVALUACIÓN

SESIÓN FORMATIVA UNIDAD: HABILIDADES COMUNICATIVAS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

El siguiente cuestionario tiene el propósito de evaluar si la oferta formativa se ha adaptado a las expectativas de las y los profesionales de la unidad, y recoger su opinión sobre el desarrollo del Proyecto “Promoción de la práctica colaborativa a través de una investigación-acción participativa en una Unidad de Hospitalización”

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS								
SEXO	Hombre		EDAD	18 a 25años		PROFESIÓN	Medica/o	
	Mujer			26 a 40años			Enfermera/o	
			41 a 55años		Aux.de enfermería			
			>55años					

A continuación valora de 1 a 10 los siguientes apartados sobre la actividad y el desarrollo del proyecto (1 valor más negativo y 10 el más positivo), y aprovecha el espacio de observaciones para hacernos llegar aportaciones, críticas o sugerencias en cualquier sentido.

EVALUACION SESIÓN FORMATIVA										
El contenido del curso ha satisfecho mis necesidades de formación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La duración del curso ha sido adecuada a los objetivos y contenidos del mismo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La metodología utilizada ha sido la adecuada a los objetivos y contenidos del curso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La metodología ha permitido una participación activa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Las prácticas, ejercicios prácticos, supuestos, etc, han sido útiles	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
El ambiente de aprendizaje ha sido bueno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
El horario y su distribución han sido adecuados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La formación recibida es útil para mi trabajo con pacientes y familias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La formación recibida es útil para mi trabajo en equipo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La formación recibida es útil para mi formación personal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La calidad y cantidad de la documentación han sido adecuadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
El curso merece una valoración global de...	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
COMENTARIOS/OBSERVACIONES										

ANEXO 6. GUIÓN ENCUESTA EVALUACIÓN

Evaluación del Proyecto “Promoción de la práctica colaborativa a través de una investigación-acción participativa en una Unidad de Hospitalización”

Primera intervención: diseño de un calendario para reflejar la ubicación y localización por franja horaria de los médicos. (Se colgó en la unidad a finales de mayo de 2014)

DISEÑO DE AGENDA/CALENDARIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Crees que agiliza la localización de médicos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Permite resolver de forma más eficaz ciertas cuestiones que surgen en el cotidiano de forma espontánea?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿El calendario ha sido una contribución útil al trabajo en equipo?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
COMENTARIOS/OBSERVACIONES										

Segunda intervención; consenso sobre la información que los/as auxiliares de enfermería reflejan en “comentarios” de GACELA. (En octubre se trabajó con un grupo la propuesta de datos a escribir, que no podría ser nominal, ya que la responsabilidad legalmente es del/la enfermero/a.)

COMENTARIOS EN GACELA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Ayuda a visibilizar más la aportación de los/as auxiliares en la historia clínica del paciente?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Crees que esta propuesta ha contribuido a mejorar la información que contiene la historia clínica?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Esta intervención es una contribución útil al trabajo en equipo?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
COMENTARIOS/OBSERVACIONES										

Tercera intervención; reunión mensual para generar un espacio de discusión sobre cuestiones de unidad; equipo, procedimiento y acuerdos generales. (La primera fue en julio.)

REUNIONES MENSUALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Crees que este espacio facilita el intercambio real de opiniones entre los profesionales respecto al funcionamiento global de la unidad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Las reuniones mensuales son una contribución útil al trabajo en equipo en la unidad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Cómo crees que se puede mejorar la planificación de las reuniones; propuestas sobre temas a discutir?										
COMENTARIOS/OBSERVACIONES										

Cuarta intervención; con el objetivo de mejorar la calidad y cantidad de información del pase de visita, se propuso revisar esta acción. No se ha puesto en marcha, a la espera de respuesta por parte de Gerencia a la solicitud de un espacio que garantice la confidencialidad de la información.

ANEXO 6. GUIÓN ENCUESTA EVALUACIÓN

PASE DE VISITA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Consideras útil revisar la dinámica del pase de visita diario?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
COMENTARIOS/OBSERVACIONES										

DESARROLLO GENERAL PROYECTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Cómo es tu experiencia como profesional de una unidad, en la que hay en marcha una propuesta de revisión/cambio de dinámicas de trabajo en equipo?										
¿Qué aspectos del trabajo que se está haciendo crees que están funcionando, y por qué?										
¿Qué aspectos del crees que no están funcionando, y por qué?										
¿Crees que el trabajo que estamos haciendo al revisar y/o modificar algunas dinámicas de trabajo en equipo se reflejará en mejores resultados de salud de los pacientes y familias que atendemos en la unidad?										
¿Cuáles crees que son algunas de las dificultades que hacen tan complicada la participación activa de los/as profesionales clínicos en proyectos de investigación participativa?										
¿Qué otras acciones de cambio propondrías con el objetivo de fomentar o facilitar el trabajo en equipo?										
Comentarios/opiniones:										

(Te agradeceríamos que si no has firmado el consentimiento informado como participante en la investigación, lo hagas hoy, con el objetivo de poder usar tus respuestas como datos de evaluación del proyecto)



ANEXO 7

GUIÓN DIARIO DE CAMPO
CO-INVESTIGADORES





Promoción de la práctica colaborativa a través de una investigación-acción participativa en una Unidad de Hospitalización

Indicaciones para el Diario de Campo de los Representantes

La metodología cualitativa subraya la importancia del trabajo interpretativo en el proceso de investigación, poniendo de manifiesto el papel de la “reflexividad”. Si pretendemos conocer el significado de las percepciones y vivencias de “los otros” mediante el análisis de sus discursos o comportamientos, no podemos obviar el revisar nuestro marco interpretativo de partida y cómo éste influye y se ve influido por las relaciones con “los otros” (Calderón, 2011). Este proceso transforma al investigador en un sujeto situado y reconocible, en la posición desde la que puede extraer nuevas interpretaciones del fenómeno estudiado. (Bover, 2013)

El diario de campo es la técnica de recogida de datos, reconocida como la más indicada, para plasmar este proceso de posicionalidad y reflexividad. Es una herramienta que no tiene un diseño rígido, aunque a modo orientativo, se suele componer de dos partes: una más descriptiva y espontánea, en la que el participante refleja la realidad que le rodea tal como la ve y la siente. Y otra más analítica, en que el participante interpreta y reflexiona a partir de los elementos de la parte descriptiva.

En esta primera fase de la investigación, el objetivo del diario, es reflejar el proceso de reflexión de cada uno sobre el trabajo cotidiano que lleva a cabo con el resto del equipo de profesionales de la unidad; médicos, enfermeros y auxiliares.

Es habitual que al principio cueste escribir y parezca que lo poco que se escribe es irrelevante. Sin embargo, todo lo que se escribe es importante y valioso para la investigación, poco a poco se va cogiendo soltura y uno se siente más seguro.

Se recomienda establecer una pequeña rutina de escritura, de forma que el diario sea lo más regular posible y siempre conviene registrar la fecha de cada entrada.

En ocasiones, las ideas para el diario de campo aparecen en momentos en los que no tenemos mucho tiempo para escribir. Con el fin de que no se nos olviden, es una buena idea tener el cuaderno a mano y apuntarlas de forma telegráfica o en forma de esquema, para desarrollarlas en otro momento.

A continuación proponemos un guion para la parte más descriptiva y espontánea, con la intención que ayude a arrancar;

- Qué actividades se realizan con otros profesionales (médicos, enfermeros y auxiliares) de forma rutinaria
- Cómo son las conversaciones que mantienes con otros profesionales (médicos, enfermeros y auxiliares)

- Qué sensaciones/emociones/sentimientos suscita el trabajo con otros profesionales (médicos, enfermeros y auxiliares)
- Qué piensas sobre el proceso de investigación que estás llevando a cabo
- Qué estás aprendiendo

Para la parte más analítica:

- Qué ideas/hipótesis te genera esta reflexión sobre tu experiencia diaria
- Qué crees que favorece/dificulta la colaboración interprofesional en la asistencia clínica
- Líneas de actuación

No es necesario escribir sobre todos estos temas cada vez que abras el diario, ni tampoco se trata de preguntas a las que debas dar respuesta. Sobre todo recordar que no hay opiniones “adecuadas” o “inadecuadas”. Se trata de una propuesta para ayudar a organizar la escritura en torno a unos ejes que nos ayuden a comprender y transformar el trabajo en equipo interprofesional.

Por último y muy importante; es posible que el proceso reflexivo que proponemos te lleve a pensar sobre aspectos que no estén recogidos en el guion. Todas esas ideas nuevas son extremadamente valiosas y será de mucha utilidad que las plasmes en tu diario.

Referencias:

- Calderon, C. El papel de la reflexividad en la investigación cualitativa en salud. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria* 2011: 19 (art 2)
- Bover, A. Herramientas de reflexividad posicionalidad para promover la coherencia teórico-metodológica al inicio de una investigación cualitativa. *Enferm. Clínica*. 2013; 23(1):33-37
- Zaforteza, C. (2010). *Promoción de los cuidados al paciente crítico a través de una investigación acción participativa*. Tesis doctoral no publicada, Universitat de les Illes Balears, Espanya

ANEXO 8

DOCUMENTO CONSENSO
DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN





Promoción de la práctica colaborativa a través de una investigación-acción participativa en una Unidad de Hospitalización

Diagnóstico de situación

Tras el primer grupo de discusión desarrollado en la unidad, se ha llevado a cabo el análisis de su contenido. Para ello, se ha utilizado el marco conceptual descrito por Reeves et al¹, que establece cuatro dimensiones determinantes de la práctica colaborativa: aspectos relacionales, procesuales, organizacionales y contextuales. A continuación, se exponen algunos de los resultados.

El equipo de profesionales de la unidad de XXXX considera que la práctica colaborativa permite aumentar la eficiencia del sistema, ofrecer una mayor calidad asistencial y mejorar su satisfacción como trabajadores.

Cuando interactúan los tres profesionales (médico/a-enfermero/a-auxiliar²) se evidencia un patrón de comunicación en cadena, donde el médico informa a la enfermera, y éste al auxiliar. En la mayoría de las ocasiones las interacciones responden a un patrón jerárquico de transmisión de saberes, conocimientos y prácticas. El médico transmite la información a la enfermera, y ésta al auxiliar. En general el médico interactúa con la auxiliar, cuando la enfermera no está presente y/o para resolver algún tipo de cuestión puntual.

El médico maneja la información más global sobre los pacientes y toma, de forma unilateral, las decisiones sobre el plan terapéutico. La enfermera aporta información, monitoriza la evolución del paciente y ejecuta prescripciones. Informa al auxiliar sobre datos de la evolución del paciente, adoptando un papel de intermediadora. En ocasiones se apunta a que la enfermera puede desarrollar un trabajo más procedimental sin manejar información global del proceso, a pesar de que cuando no está presente el médico, es reconocida como responsable del paciente. La auxiliar maneja datos aislados sobre; la dieta, el peso, las deposiciones, lesiones en la piel o alguna constante vital. Suele ser quien responde de forma directa a las demandas de los pacientes/familiares y controla cuestiones relativas a la logística; stock y limpieza de material y habitaciones.

El patrón de transmisión de información piramidal es asumido como natural por los profesionales que atienden a los pacientes, llevándolos a tomar decisiones sin pactar, de forma unidireccional y unipersonal. No cuentan con un espacio físico, temporal, ni simbólico para la discusión, intercambio, acuerdo o pacto entre los diferentes profesionales.

Las interacciones tienen lugar durante un turno en repetidas ocasiones, pero de forma puntual, son de corta duración, no se dan en un lugar determinado; office, pie de cama, pasillo, farmacia...y principalmente se usa el canal de comunicación oral.

Médicos, enfermeras y auxiliares identifican la confianza, respeto y veteranía como facilitadores de la práctica colaborativa, que les permite trabajar con menor estrés, de forma más fluida y eficiente, sin requerir supervisión. Entienden que la capacidad y predisposición de trabajar en

equipo depende de las afinidades y la capacidad individual de cada profesional de adaptarse a las formas de trabajar de los otros.

Señalan como obstáculos para el trabajo en equipo: la división y el parcelamiento rígido de funciones y competencias entre profesionales, que promueve la tendencia a trabajar de forma individual. En la unidad se ha intentado en varias ocasiones sistematizar las sesiones clínicas conjuntas, pero factores organizacionales y estructurales; la turnicidad de auxiliares y enfermeras, las agendas de médicos y la estructura física de la unidad han dificultado su persistencia.

PROPUESTA DE TRABAJO SEGUNDO GRUPO

A partir de estos datos preliminares se plantea el segundo grupo de discusión, con el objetivo de diseñar desde el consenso, las intervenciones para mejorar la práctica colaborativa y las estrategias para implantarlas.

OBJETIVOS:

- Revisión documento de diagnóstico de la unidad; realizar crítica/reflexión sobre situación la actual de la práctica colaborativa en la unidad.
- Explorar dirección de cambio e identificar posibles intervenciones; factibles, efectivas, aceptables, basadas en la evidencia y experiencia de la unidad y los profesionales
- Establecer plan de trabajo para comenzar con el diseño de propuestas

Reflexionar sobre

- toma de decisiones conjunta vs puesta en común
- falta de consideración del trabajo en equipo como una competencia que requiera formación
- capacitación y unificación de criterios por parte de los profesionales

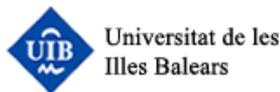
Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., Zwarestein, M. (2011). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care: Promoting partnership for Health*. (1st Ed). United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Con el objetivo de facilitar la lectura del texto se hablará de Médicos-Enfermeras y Auxiliares, teniendo en cuenta la inclusión de ambos géneros en cada categoría profesional.

ANEXO 9

**DOCUMENTO RESUMEN
DE LAS PROPUESTAS
DE INTERVENCIÓN**





Promoción de la práctica colaborativa a través de una investigación-acción participativa

FENÓMENO ESTUDIO

Trabajo en equipo interprofesional: trabajo que implica a diferentes profesionales de la salud, quienes comparten una identidad de grupo y trabajan juntos de forma integrada e interdependiente para resolver problemas y proveer servicio. (Reeves et al, 2010)

METODOLOGÍA

*IAP (*Investigación Acción Participativa*); una investigación que describe, interpreta y explica situaciones sociales y también conduce/provoca intervenciones para el cambio.

*Justificación/potencialidad de la IA: ¿Por qué?

1. La literatura evidencia una relación entre el trabajo en equipo interprofesional y mejora los resultados de salud (Zwartein, 2009). Sin embargo, se sabe poco sobre cuáles son los procesos de la colaboración interprofesional que contribuyen al cambio de procesos y de resultados de salud de los pacientes.
2. Los profesionales de la salud asocian los errores relacionados con la Seguridad del paciente, a; problemas de rutina, de ambiente y a la forma cómo se hacen las cosas. Por ello la seguridad del paciente debe tratarse como un tema de equipo. (Gama, 2013)
3. A nivel de hospital, cabe pensar que la unidad puede convertirse un referente en procesos de cambio, ya que la evaluación de un trabajo en equipo eficiente, se verá reflejada en el aumento de la calidad del servicio de salud prestado.

TRABAJO DE CAMPO REALIZADO HASTA AHORA

FASE 1. *Diagnóstico de situación*;

- ✓ Resueltos permisos de CEIC y Comisión Investigación Hospital. Gerencia, Dirección, Jefes de servicio XXXX y Coordinador XXX. Informado equipo de ENF, AUX, MED de la unidad.
- ✓ Fuentes de datos: Observación Proyecto FIS (2008-11) + Entrevistas semi-estructuradas vía mail a informantes clave unidad + 1er grupo discusión
- ✓ Análisis preliminar de datos; Entender el contexto es el primer paso para identificar fortalezas y debilidades/oportunidades de mejora. Se elabora documento resumen de Diagnóstico que se difunde a todo el equipo.

FASE 2. *PROPUESTAS QUE AHORA HAY QUE DISEÑAR-DEFINIR*

- ✓ 2º grupo de discusión. Se proponen cuatro líneas estratégicas;
 - Calendario semanal; para resolver dificultades de localización “rápida”
 - Pase diario de información; intercambio de información clínica de pacientes de mejor calidad y cantidad

- Reunión conjunta; espacio de discusión sobre cuestiones logísticas, procedimentales o de equipo de la unidad.
- Revisar visibilidad comentarios evolutivos en Gacela

RECORDAROS QUE A PARTIR DE DÍA 27/05 ENVIAREMOS UN CORREO, CON EL LINK PARA RESPONDER A UNA ENCUESTA ON-LINE, CON EL OBJETIVO DE RECOGER VUESTRA OPINIÓN. (Por favor, vaciar correo)

Citas:

1. Reeves, S., Lwein, S., Espin, S., Zwarestein, M., *Interprofessional Teamwork form health and Social Care. Promoting Partnership for Health.* (2010). United Kingdom: Wiley-Blackwell.
2. Zwarestein, M., Goldman, J., Reeves, S. *Interprofessional collaboration; effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art.
3. Gama, ZAS., Oliveira, ACS., Saturno, PJ. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad Saúde Públic.* 2013;29(2):283-293

ANEXO 10
PROPUESTA PROTOCOLO
REUNIÓN MENSUAL



DISEÑO PROPUESTA INTERVENCIÓN

REUNIÓN EQUIPO UNIDAD

Se trata de una propuesta que surge tras identificar que los profesionales vinculados a la unidad, consideran necesario encontrar un espacio de intercambio de opiniones, con el objetivo de conseguir un mayor nivel de consenso en la toma de decisiones, que garantice mejores resultados de la práctica colaborativa sobre el paciente.

Esta descripción del procedimiento será un primer boceto, que debemos re-evaluar y modificar en función de la necesidad, dificultades y mejoras a incorporar que se consideren necesarias.

1. **CONVOCATORIA:** se realizarán las reuniones de equipo de forma fija y mensual, cada primer martes de 9:00 a 9:30h, con los médicos. Quedan convocados todos/as los profesionales que están de turno, y aquellos a quienes les interese participar en la discusión sobre el tema.

Diez días antes de la reunión el coordinador de enfermería de la unidad enviará la convocatoria con el tema que se tratará, por mailing y se colgará en el corcho de la unidad.

Todos los profesionales podrán aportar nuevos temas para trabajar en otras reuniones, o propuestas para ampliar los temas expuestos, a través del correo electrónico de XXXX

2. **DINÁMICA:** uno de los profesionales del equipo hará de moderador/a de la reunión (durante las primeras reuniones lo hará alguien del equipo investigador del proyecto, para facilitar naturalizar la dinámica de trabajo). Con el objetivo de garantizar un intercambio de opiniones que asegure la representatividad de la perspectiva de todos los profesionales. Cabe recordar que el fin último de estas reuniones es fomentar el encuentro y el acuerdo de decisiones entre los profesionales implicados en la atención al paciente.

Se organizarán sesiones de 30 min estructuradas de la siguiente forma;

- 5 min. iniciales; aprobación del acta de la sesión anterior, e introducción del tema a tratar.
- 20 min. de discusión, puesta en común de opiniones, consenso de acciones a llevar a cabo, cronograma de acción o reflexiones precisas. También puede ser un espacio expositivo de temas de interés para el equipo; recursos psicológicos, sociales, socio sanitarios...
- 5min. finales para cerrar conclusiones, ruegos y preguntas

3. **ACTA:** una vez finalizada la reunión, el coordinador de enfermería de la unidad, como secretario de la reunión, hará llegar el acta de los temas tratados a todo el equipo, por diferentes vías; mailing, corcho de la unidad, y carpeta compartida-actas.

Una vez recibida el acta por parte de los profesionales de la unidad, el silencio de respuesta se dará por entendido como aprobación del acta, que siempre será el primer punto de la siguiente reunión.

La difusión de la información se articulará de esta manera, intentando facilitar estrategias de participación, con el objetivo de asegurar un feedback de la información de equipo que se va consensuando.

4. **UBICACIÓN Y GESTIÓN DE INTERRUPCIONES:** las reuniones se llevarán a cabo en la Sala de estar de visitas. Se colgará un cartel informando a los pacientes y familiares sobre la fecha y hora en la que quedará reservada con el fin de realizar la reunión de equipo.

Durante la reunión, si suenan timbres o se dan interrupciones puntuales, se resolverán de la forma habitual. Apelando a la aleatoriedad y explicando a los pacientes y familias, que se trata de una interrupción puntual de la actividad asistencial de 30 min., necesaria para la buena comunicación de los profesionales del equipo.



ANEXO 11

**PROPUESTA DE COMENTARIOS
DE LAS AUXILIARES
EN LA HISTORIA CLÍNICA**



IMPLANTACIÓN PROPUESTA INTERVENCIÓN COMENTARIOS EN GACELA DE AUXILIARES

JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Se trata de una propuesta que surge tras identificar que la información del paciente que manejan las/los Auxiliares (Ae), no queda reflejada en la historia clínica.

Con el objetivo de visibilizar las aportaciones de todos los profesionales al cuidado de los pacientes, se propone conformar un grupo que llegue a un consenso sobre los comentarios que las Ae escriben en Gacela, con el objetivo de mejorar el registro que se está haciendo actualmente de datos de la valoración que llevan a cabo los/as AE.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

- Se llevó a cabo una reunión con un grupo de Ae, y se llegó a los siguientes puntos de acuerdo.
- De momento las Ae no tienen costumbre de escribir comentarios evolutivos en la aplicación, aunque se aprecia un aumento en el número de comentarios registrados en el último año. Se acuerda que se harán comentarios a modo de especificaciones/aclaraciones solo en relación a datos de la VALORACIÓN relacionados con ALIMENTACIÓN, ELIMINACIÓN, HIGIENE y datos sobre algún conflicto personal que haya surgido con algún paciente.
- No se tratará de un registro diario obligatorio, sino cuando se proponer registrar cuando se considere preciso especificar/clarificar algún dato de la valoración.
- Tras la consulta con la Dirección de Enfermería del centro, y asesoramiento legal, se confirma que los comentarios no podrán ser nominales, ya que la/el ENF son los responsables legales de la información reflejada en la Historia Clínica de un paciente.



ANEXO 12

**SOLICITUD DE PRESUPUESTO
PARA ACTIVIDAD FORMATIVA**



Rosa Miró Bonet,

Profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears, como investigadora principal del proyecto "Promoción de la práctica colaborativa a través de una Investigación Acción Participativa (IAP) en una unidad de Hospitalización". Presentado dentro de la tercera Convocatòria de la Càtedra d'estudis Avançats en Cures (COIBA_UIB) d'ajuts a projectes d'investigació any 2013, con un presupuesto aprobado de 3000€, y contando con una prórroga hasta 30/06/2015

EXPONGO: Con el objetivo de introducir y evaluar el cambio de la práctica colaborativa o relaciones interprofesionales, el proyecto que llevamos a cabo responde a una investigación-acción-participativa (IAP) que permita materializar un cambio en las dinámicas del equipo. Consideramos que una metodología cualitativa resultaba mucho más adecuada para abordar un fenómeno tan complejo y social, como la investigación sobre la práctica colaborativa. Y creemos que tal y como otros autores han constatado, un proyecto de investigación participativo facilita la transferencia de los resultados de la investigación a la práctica clínica, lo que responde a uno de los objetivos que nos planteamos en el proyecto.

Lo que hace potente la IAP para este tipo de proyectos es que se caracteriza por ser; participativa, contextualizada, es un proceso de investigación colectivo. Reconoce que los participantes en el proceso, en nuestro caso los/as profesionales asistenciales ligados/as a la unidad, son las personas que poseen conocimientos extraídos de la experiencia en su campo, por lo que sus aportaciones son de importancia capital para generar cambio. Es decir, genera un proyecto de propiedad de la colectividad, que apunta a la transformación a través de la acción humana, que promueve la reflexión crítica, y produce conocimiento; local, colectivo, dialógico, co-creado y por tanto diverso.

SOLICITO: Dadas las necesidades identificadas por los propios profesionales, acordamos como una de las líneas estratégicas de cambio, que es necesario llevar a cabo una pequeña actividad formativa en la resolución y manejo de conflictos por parte del equipo de salud. Por ello, solicitamos al Col·legi Oficial d'Infermeria, que en consonancia a este tipo de metodología de proceso flexible, abierto y dinámico, que parte de una propuesta inicial que puede sufrir modificaciones a lo largo de su trayectoria, siempre que esta modificación sirva para optimizar el cambio. Podemos contar con parte del presupuesto inicialmente calculado para la transcripción de grupos de discusión, que finalmente no se han llevado a cabo, para poder materializar esta actividad docente con el fin de responder a los objetivos prioritarios para el propio equipo de profesionales de la unidad.

DATOS DE CONTACTO

Teléfono: 971259858

Dirección de correo electrónico: rosa.miro@uib.es

Palma, 26/11/2014



Rosa Miró Bonet



ANEXO 13

SOLICITUD DE NUEVO ESPACIO
EN LA UNIDAD
A DIRECCIONES Y GERENCIA





A/A: XXXX, Director Gerente del Hospital XXXX

De: Equipo Enfermero de la unidad de hospitalización XXXX y Servicio de XXXX

Asunto: Espacio físico para información a pacientes y familiares.

Exponemos que:

El equipo de médicos, enfermeros y auxiliares vinculados a la Unidad de Hospitalización XXXX del hospital, e investigadores participantes en el proyecto IB2231/14PI titulado "Promoción de la práctica colaborativa a través de una investigación-acción participativa en una Unidad de Hospitalización", le dirigimos la siguiente solicitud.

En la tercera reunión de equipo, celebrada el pasado 2/09/2014, surge una discusión en torno a la información que se da a los familiares. En estos momentos se está dando información a familiares de pacientes ingresados en la unidad, en el pasillo, lo cual vulnera la confidencialidad de la información, y resulta especialmente delicado para los familiares de los pacientes ingresados en las camas XXXX.

Los médicos, enfermeros y auxiliares de la XXXX entendemos que una atención de calidad al paciente y familia, implica asegurar interacciones dentro y entre los equipos de profesionales de la salud efectivas, con el objetivo de reducir la duplicidad de esfuerzos, restringir el error clínico y mejorar la seguridad y calidad de atención al paciente.

Solicitamos que:

Se disponga de un espacio físico disponible para las reuniones de equipo conjuntas y grupales, y para dar información a los familiares de forma confidencial.

En el pasillo interno que comunica la XXXX y XXXX el Hospital cuenta con un aula que tiene actividad programada a primera y última hora del día por parte del servicio de anestesia. Se propone calendarizar o poner en agenda el uso de esta sala de reuniones, para poder utilizarla a partir de las 9h de la mañana, y hasta la hora que se pacte entre los diferentes servicios.

En caso de resultar incompatible la actividad que tiene lugar en esta aula, solicitamos la adecuación de un espacio físico ubicado en la UHXX que permita dar respuesta a las necesidades detectadas por los profesionales.

Esperamos su respuesta lo antes posible.

Atentamente,

XXXX

Coordinador de Enfermería

Hospital XXXX

XXXX

Jefa Servicio XXXX

Hospital XXXX

Palma, a 24 de septiembre de 2014.



ANEXO 14

**DOCUMENTO DE EVALUACIÓN
DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA**





PROYECTO PROMOCIÓN DE LA PRÁCTICA COLABORATIVA A TRAVÉS DE UNA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA; HABILIDADES COMUNICATIVAS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

En la segunda fase del proyecto de investigación se propone como intervención de cambio, poner establecer “Reuniones de equipo mensuales”. Para ello se elaboró a priori un procedimiento que permitiera regular el desarrollo de dichas reuniones. La primera reunión de equipo tuvo lugar el mes de junio de 2014.

En la reunión del mes de julio de 2014 los profesionales que participan en la reunión plantean una dificultad importante, en relación al manejo de ciertas situaciones conflictivas con pacientes y familiares ingresados en la unidad. Dado que identifican este factor como generador de tensión entre los profesionales, y como un punto de mejora, se propuso organizar una sesión formativa para los profesionales de la unidad, que permitiera trabajar las competencias en habilidades comunicativas.

Finalmente el pasado 25 de marzo de 2015 se llevó a cabo dicha actividad formativa, con una duración de 4h, repitiéndose en turno de mañana y tarde, para facilitar la máxima asistencia a médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería de la UNIDAD XXXX.

A continuación se presenta un breve informe sobre los resultados de evaluación de la sesión por parte de los participantes, desglosado en el Anexo 1. La información se recogió a través de una encuesta de 12 ítems con escala Likert y un ítem abierto, al finalizar la sesión.

Finalmente, de un total de 36 personas que conforman la plantilla actual de la XXXX; 13 ENF, 13 AE y 10 MED, participaron en la actividad un total de 27 (75%); 8ENF, 9AE y 10 MED.

El valor medio que los participantes dan a cada ítem evaluado se expone en la Tabla 1.

Tabla 1.

El contenido del curso ha satisfecho mis necesidades de formación	8.56
La duración del curso ha sido adecuada a los objetivos y contenidos del mismo	7.74
La metodología utilizada ha sido la adecuada a los objetivos y contenidos del curso	8.67
La metodología ha permitido una participación activa	9.30
Las prácticas, ejercicios prácticos, supuestos, etc, han sido útiles	9.11
El ambiente de aprendizaje ha sido bueno	9.52
El horario y su distribución han sido adecuados	8.26
La formación recibida es útil para mi trabajo con pacientes y familias	9.41
La formación recibida es útil para mi trabajo en equipo	9.37
La formación recibida es útil para mi formación personal	9.48
La calidad y cantidad de la documentación han sido adecuadas	8.85

Siendo 9 el valor medio que los participantes dan al último ítem; Valoración Global del curso.

En el espacio abierto para comentarios/sugerencias, 5 de los profesionales participantes nos hacen llegar su opinión. Anexo 2.

Las valoraciones que hacen en relación al contenido de la actividad formativa son positivas; “me ha parecido bastante interesante y no me importaría profundizar más en este tema”, “ha superado gratamente las expectativas”.

Aparecen tres comentarios críticos “estaría mejor con más ejemplos prácticos”, “se ha quedado corto”, “podría ampliarse el horario para profundizar en temas concretos”.

Estos aspectos están muy relacionados con el segundo ítem evaluado en la encuesta, “Duración del curso adecuada”, que es el ítem peor puntuado, con un valor medio de 7.85.

El contenido y duración de la sesión fue decidida por consenso en una de las reuniones de equipo. Aunque pensamos que tal vez se hubiera podido plantear una sesión más larga y que por tanto hubiera dado cabida a más ejemplos prácticos y mayor profundización en el contenido.

La valoración final de la actividad es positiva, ya que pensamos que respondió a las expectativas y necesidades planteadas por los profesionales de las tres categorías que trabajan juntos en la unidad.

ANEXO 15
DOCUMENTO DE EVALUACIÓN FINAL
DEL PROYECTO





Cambios en las dinámicas de trabajo en equipo en una unidad de hospitalización. Una Investigación Acción Participativa [P.I. 724-13]

Investigadora Principal. Sra. Rosa Miró Bonet. Departament d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de les Illes Balears

Equipo de investigación

- Dr. Carlos Calderón Gómez. Osakidetza
- Dra. Concha Zaforteza Lallemand. UIB
- Sr. Jaime Alberto Nicolau Macià. Hospital Son Llàtzer
- Sr. Jose Luis De Pablos Barcenilla. Hospital Son Llàtzer
- Médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería de la Unidad de Hospitalización XX.

Objetivo

Generar cambios para mejorar la práctica colaborativa del equipo de salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) de una unidad de hospitalización

Método

Investigación Acción Participativa en una unidad de hospitalización planteada desde la Teoría crítica, diseñada en 6 fases; 1. Entrada al campo. 2. Diagnóstico de situación. 3. Diseño de propuestas. 4. Implementación de intervenciones. 5. Evaluación de aplicación y de sostenibilidad. 6. Transferencia.

Resultados según respuesta a objetivos específicos del estudio

Resultados del DIAGNÓSTICO de situación

Los resultados provienen de dos fuentes de datos. En primer lugar los resultados de un primer proyecto, "La práctica colaborativa interdisciplinar en la atención en salud y su impacto en la práctica clínica" [PI080787], llevado a cabo en el hospital entre 2008-12. En segundo lugar, en la entrada de campo de este nuevo proyecto, se llevan a cabo nuevas entrevistas a informantes clave de la unidad, se identifican los siguientes resultados;

- El equipo de profesionales de la unidad médica considera que la práctica colaborativa permite aumentar la eficiencia del sistema, ofrecer una mayor calidad asistencial y mejorar su satisfacción como trabajadores.
- Cuando interactúan los tres profesionales (médico-enfermera-auxiliar) se evidencia un patrón de comunicación en cadena, donde el médico informa a la enfermera, y éste al auxiliar. En la mayoría de las ocasiones las interacciones responden a un patrón jerárquico de transmisión de saberes, conocimientos y prácticas.
- El médico maneja la información más global sobre los pacientes y toma, de forma unilateral, las decisiones sobre el plan terapéutico. La enfermera aporta información, monitoriza la evolución del paciente y ejecuta prescripciones. Informa al auxiliar sobre datos de la evolución del paciente, adoptando un papel de intermediadora. En ocasiones se apunta a que la enfermera puede desarrollar un trabajo más procedimental sin manejar información global del proceso, a pesar de que cuando no está presente el médico, es reconocida como responsable del paciente. La auxiliar

maneja datos aislados sobre; la dieta, el peso, las deposiciones, lesiones en la piel o alguna constante vital. Suele ser quien responde de forma directa a las demandas de los pacientes/familiares y controla cuestiones relativas a la logística; stock y limpieza de material y habitaciones.

- El patrón de transmisión de información piramidal es asumido como natural por los profesionales que atienden a los pacientes, llevándolos a tomar decisiones sin pactar, de forma unidireccional y unipersonal. No cuentan con un espacio físico, temporal, ni simbólico para la discusión, intercambio, acuerdo o pacto entre los diferentes profesionales.
- Las interacciones tienen lugar durante un turno en repetidas ocasiones, pero de forma puntual, son de corta duración, no se dan en un lugar predeterminado; office, pie de cama, pasillo, farmacia...y principalmente se usa el canal de comunicación oral.

▪ **PROPUESTAS de cambio de las dinámicas de trabajo en equipo diseñadas por el equipo a lo largo del proyecto**

Tras llevar a cabo diferentes grupos de discusión con profesionales, reuniones, entrevistas individuales, encuestas para garantizar feedback, y trabajo de diseño de intervenciones en pequeños grupos, el equipo decide incorporar 4 estrategias de cambio;

1. Realizar un calendario de localizaciones, con el objetivo de agilizar la localización de los médicos y mejorar la calidad de la atención a los pacientes gracias a una mejor comunicación entre ellos.
2. Acordar la información que las auxiliares de enfermería deben escribir en la historia clínica, con el objetivo de dar visibilidad a la información que manejan
3. Mejorar la dinámica del pase de visita, con el objetivo de garantizar la confidencialidad de la información clínica. Quedó pendiente de contar con un espacio físico para ello.
4. Establecer una reunión de equipo de forma periódica en horario asistencial, con el objetivo de compartir cuestiones logísticas, procedimentales y de atención a los pacientes. A partir de las primeras reuniones surgen nuevas líneas de trabajo, que les llevan a; Revisar la normativa de convivencia de la unidad, que ha pasado la aprobación de la comisión de cuidados, y ha sido impreso. Realizar actividad formativa todo el equipo junto, en manejo de situaciones conflictivas (con los pacientes). Invitar a la trabajadora social a las reuniones. Realizar solicitud de espacio físico para las reuniones, aprobada por la gerencia, que se ha construido en el segundo semestre del año, como espacio para dar información confidencial a pacientes, lo que mejorará a su vez la dinámica del pase de visita.

▪ **Las BARRERAS y FACILITADORES del trabajo en equipo que se han identificado a lo largo de dos años de trabajo de campo en este proyecto de cambio han sido**

- **BARRERAS:**
 - La falta de un espacio físico que facilite las reuniones de equipo e intercambio de información ha sido una dificultad, ya que se debía cerrar de forma puntual la sala de familiares. Los profesionales que participan refieren no tener intimidad para discutir de temas importantes, que se une a la complejidad de las agendas asistenciales de los profesionales, para encontrar un tiempo reconocido de reunión, sin que se altere la dinámica asistencial.
 - Se han tenido dificultades importantes para hacer fluir la información, especialmente a enfermeras y auxiliares de enfermería. Los profesionales manifiestan dificultades de acceso y de uso del mailing institucional, que junto al hecho de no disponer de un espacio de trabajo individual, lo utilizan con muchas limitaciones.
 - La elevada carga asistencial dificulta que los profesionales tengan tiempo y energía para involucrarse en proyectos de la unidad, especialmente para los profesionales que hacen turnos rotatorios, y tienen que venir fuera de horario laboral.

- La rotación del personal. En verano el cierre de unidades genera dificultad de mantenimiento de nuevas dinámicas de trabajo propuestas como estrategia de cambio por el equipo asistencial habitual.
- Principalmente la falta de reconocimiento institucional del esfuerzo de los líderes (coordinadores y jefes de servicio) y de los profesionales de la unidad, al invertir tiempo personal en proyectos de mejora de las dinámicas de trabajo, ha supuesto una barrera a la hora de seguir adelante con otros cambios, ya que la inversión de esfuerzo no ha sido valorada. La no implicación de los gestores en dar respuesta y reconocimiento de los avances del proyecto, a lo largo de dos años de desarrollo, se ha convertido en un verdadero obstáculo que ir salvando. Los profesionales del equipo sienten que el peso de un proyecto de cambio para mejorar la calidad asistencial recae únicamente sobre sus acciones/decisiones.
- **FACILITADORES;**
 - La creencia en el proyecto por parte de los líderes formales de la unidad, y su persistencia en conseguir participación, ha resultado el punto más estratégico para lograr cambios.
 - Cierta estabilidad de plantilla y el buen clima laboral de esta unidad ha sido elementos facilitadores para bajar el nivel de tensión/cansancio en ciertas fases del proyecto.
 - La presencia de una investigadora orgánica, externa a la unidad, con flexibilidad de adaptación de horarios para facilitar trabajo de campo, ha permitido mantener cierto ritmo de reflexión/acción.
 - Los profesionales refieren un importante sentimiento de “protección” del ambiente tenso que se ha vivido en otros centros y unidades, asociado a la compleja situación económica del sistema sanitario público, de estos últimos años. Refieren sentirse inmersos en proyectos de reflexión y mejora de la unidad, que les mantiene en cierto aislamiento positivo, y hace que recobre sentido para algunos, la inversión de energía y tiempo necesarios para que este tipo de proyectos sea sostenible.
- **Transferencia del proyecto**
 - 1er Encuentro de Investigación en cuidados de la salud. Investigar en cuidados es invertir en salud. Hospital Son Llatzer. 6 de Junio 2014. Ponencia; Promoción de la Colaboración Interprofesional a través de una Investigación Acción Participativa.
 - XVIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Vitoria. 12-14 de noviembre de 2014. Presentación oral; Propuestas de cambio del trabajo en equipo. Una Investigación-Acción-Participativa (IAP) en una Unidad de Hospitalización.
 - Jornadas profesionales sobre visibilidad, liderazgo y nuevo modelos organizativos. Donostia, 9 y 10 de junio de 2015. Conferencia; Práctica colaborativa.
 - ISIH 6th International Conference Challenging Health Inequity: a call to action. Palma de Mallorca, 10-12 junio de 2015. Presentación; Some keys to change. The role of organic researcher and facilitators in a Participatory Action Research
 - II Jornada d'IDISPA, Hospital Universitario Son Espases, 25 i 26 DE NOVIEMBRE 2015. Presentación del diseño del proyecto como ejemplo de Investigación Acción Participativa.
 - XIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Cuenca. 18-20 de noviembre de 2015. Presentación oral; Cambios en las dinámicas de trabajo en equipo en una unidad de hospitalización. Una Investigación Acción Participativa.
 - Certamen Enfermería, organizado por el Col·legi Oficial de les Illes Balears (COIBA). Mayo 2016. Poster; Promoción de la práctica colaborativa a través de una investigación-acción participativa en una Unidad de Hospitalización.
 - Este proyecto forma parte del trabajo de investigación de la Doctoranda (investigadora principal), como proyecto de Tesis.



ANEXO 16
MEMORIA FINAL DEL PROYECTO
PARA EL COIBA





Universitat de les
Illes Balears



COIBA Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears

ANEXO III

Modelo normalizado de memoria final de proyectos de investigación del COIBA

EXPEDIENTE: 724/2013	IMPORTE CONCEDIDO: 3000€
PI 06/90156	20000 €
TITULO: <u>Promoción de la práctica colaborativa a través de una Investigación Acción Participativa (IAP) en una unidad de Hospitalización</u>	
PALABRAS CLAVE: Practica colaborativa//Collaborative practice. Equipo de salud//Health care team. Investigación Acción Participativa//Participatory Action Resarch. Seguridad del paciente//Patient safety	
<ul style="list-style-type: none">✓ Practica colaborativa//Collaborative practice✓ Equipo de salud//Health care team✓ Acción Participativa//Participatory Action Resarch✓ Seguridad del paciente//Patient safety	

INVESTIGADOR/A PRINCIPAL: ROSA MIRO BONET

RESUMEN:

Los procesos de cambio de la práctica clínica para incorporar la evidencia son complejos y están influidos por aspectos contextuales del sistema de salud, e individuales de los profesionales que trabajan en ellos. No existe acuerdo en la literatura respecto a cuáles pueden ser las mejores estrategias para promover el cambio en la práctica clínica y de transferencia del conocimiento. Sin embargo se evidencia una mayor facilidad para el cambio cuando las propuestas se articulan en las micro políticas y prácticas cotidianas. La finalidad de esta IAP es generar procesos de reflexión-diálogo y transformación de prácticas asociadas a la práctica colaborativa de los equipos de salud. Planteamos este proyecto con el objetivo de generar cambios para mejorar la práctica colaborativa del equipo de salud de la Unidad de Hospitalización XXXX (UHXX) del segundo Hospital de referencia de les Illes Balears, y avanzar, contando con la participación de los propios profesionales de la unidad, en el diseño de indicadores que evalúen la colaboración como dimensión de la buena práctica asistencial

DISEÑO: se plantea una investigación-acción participativa (IAP) desde la Teoría crítica. Se plantean las siguientes fases de estudio: 1) fase preparatoria de entrada al campo, 2) diagnóstico de la unidad, 3) diseño y articulación de las propuestas de cambio, 4) fase de implementación 5) fase de evaluación.

AMBITO DE ESTUDIO: unidad de Hospitalización XXXX, UHXX, del segundo hospital de referencia de la Comunidad Autónoma, Hospital Son Llatzer (HSL), Palma de Mallorca, Illes Balears. Es una unidad de 33 camas en las que hay 2 camas específicas para pacientes ICTUS en fase aguda. 13 enfermeras de plantilla, 13 Auxiliares de enfermería, 9 médicos de la especialidad principal y 9 médicos de la segunda especialidad. Ratio enfermera/paciente 11 en turno de Mañana y Tarde y 16,5 en turno de Noche. En 2012 la unidad contó con 1511 pacientes ingresados, un total de 1501 altas, una estancia media de 7,11 días y un índice de ocupación del 89,57%. *PARTICIPANTES Y RECLUTAMIENTO:* todos los profesionales vinculados a la actividad clínica de la unidad han firmado el consentimiento informado como participantes del proyecto. *RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS;* Los datos se han recogido a través de diferentes técnicas de recolección de datos; 4 entrevistas individuales a través de correo electrónico, y un grupo de discusión durante la primera fase. En la segunda; un grupo de discusión, una herramienta de google encuesta y un grupo triangular. Hemos recogido algunos datos de diferentes reuniones informales con profesionales de la salud de la unidad. Para la fase de evaluación; 2 entrevistas en profundidad con médicos y 2 grupos triangulares, uno de ellos con las enfermeras y el otro con auxiliares de enfermería. Y por último se recogieron los datos a través de un cuestionario tipo Likert con algunas preguntas abiertas, lo que permitiría mayor detalle de opiniones. Transversalmente el investigador externo y dos miembros del equipo de investigación, han dibujado un diario de campo durante el proyecto. (esquema desarrollo en hoja num 2. El análisis de los datos ha sido continuo y circular con procesos inductivos (basados en los datos empíricos) y deductivos (basados en el marco teórico y la revisión de la literatura), a partir del Marco Conceptual de Reeves et al sobre Trabajo en equipo, y el marco teórico de Paulo Freire sobre Teoría de Cambio. El rigor se ha intentado garantizar a través de la triangulación de fuentes y métodos y a través del registro de la reflexividad de los investigadores.

Resultados	
<p>FASE 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arrancamos con la difusión de información escrita via mail y en forma de aviso colgada en tablón anuncios de la unidad 	<p>FASE 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboramos documento resumen de situación PC en la unidad. • Hacemos difusión para obtener feedback
<p>FASE 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • En esta fase los DIC empiezan a quedar un poco al margen. No tienen líder informal, i la persona que "tira del grupo" no puede hacer en estos momentos. • Se acaban concretando cuatro intervenciones a arrancar con equipo de ENF, AE y NRL: <p><i>1 Calendario localización; para resolver dificultades de localización "rápida"</i></p> <p><i>2 Reunión conjunta; espacio de discusión sobre cuestiones logísticas, procedimentales o de equipo de la unidad.</i></p> <p><i>3 Pase diario de información; intercambio de información clínica de pacientes de mejor calidad y cantidad</i></p> <p><i>4 Revisar comentarios evolutivos en Gaceta de las AE</i></p>	<p>FASE 4</p> <p>1 se diseña tras recoger información y se cuelga en unidad en 05/2014</p> <p>2 Diseñamos el procedimiento, lo enviamos para consenso en 06/2014</p> <p>La primera reunión se hace por petición de la Jefe de servicio de NRL en 07/2014. En las reuniones surgen las siguientes Acciones;</p> <p><i>Formación en resolución de conflictos. Se imparte curso en 03/2015</i></p> <p><i>Revisión normativa de la unidad. Trabaja un grupo de ENF y NRL. Pendiente re-impresión.</i></p> <p><i>Solicitud espacio para reunión equipo e información familias: toda vía pendiente de gerencia.</i></p> <p>3 Deciden dejar pendiente de revisar hasta tener resolución de la solicitud de espacio.</p> <p>4 Grupo discusión AE en 12/2014. Se diseña el procedimiento y se consulta con Dirección Enfermería en 01/2015. Se inician comentarios en 02/2015</p>
<p>FASE 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se llevan a cabo dos entrevistas a NR: • Un grupo triangular con ENF • Un grupo triangular con AE • Revisar procedimiento de reuniones de forma autónoma, deciden nuevo sistema de propuesta de temas. Y desde el mes de febrero de 2015 incluyen a la trabajadora social. En la reunión de abril me comentan que no me enviarán convocatoria, que yo acuda cuando quiera • Al finalizar la actividad formativa, recogemos datos de evaluación de propia intervención y una encuesta tipo Likert con preguntas abiertas. 	

PRESENTACIONES EN CONGRESOS COMO CONSECUENCIA DE LA ACCIÓN

Título, congreso, año, lugar de celebración, tipo de presentación (póster, comunicación oral, conferencia invitada)

Hasta el momento hemos podido participar aportando datos de proceso de y de resultados del proyecto en;

1. 1er encuentro de Investigación en Cuidados de Salud. Investigar en cuidados es invertir en Salud. 6/06/2014. Hospital Son Llatzer. Comunicación en la mesa de Investigación Cualitativa, titulada "Promoción de la colaboración interprofesional a través de una Investigación-acción-participativa". Autora y ponente; Rosa Miró.
2. XVIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Vitoria 2014. Comunicación oral en la mesa de Comunicaciones Promoción de la Salud, titulada "Propuestas de cambio del trabajo en equipo. Una Investigación Acción Participativa en una Unidad de Hospitalización". Autores; Jose Luis de Pablos, Jaime Alberto, Toni Figuerola y Rosa Miró. Ponente; Rosa Miró.
3. Jornadas profesionales. Visibilidad, liderazgo y nuevos modelos organizativos. Junio 2015 Donostia. Comunicación en la mesa Nuevos modelos organizativos, titulada "Práctica colaborativa". Autora y ponente; Rosa Miró.
4. ISIH 6th international Conference Challenging Health Inequity: A call to Action. Junio 2015 Palma de Mallorca. Comunicación en la mesa Emerging Critical Methods, titulada "Some Keys to change. The role of organic researcher and facilitators in a Participatory Action Research". Autores; Jose Luis de Pablos, Jaime Alberto y Rosa Miró. Ponentes; Jaime Alberto Nicolau y Rosa Miró.

OBJETIVOS PLANTEADOS

OBJETIVOS; General: Implementar cambios que permitan mejorar la práctica colaborativa del equipo de salud (médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería) de la Unidad de Hospitalización xxxx del segundo Hospital de referencia de les Illes Balears.

Específicos:

1. Incorporar y evaluar nuevas propuestas que mejoren la práctica colaborativa por medio de grupos de reflexión-acción.
2. Desarrollar propuestas para la reflexión y el cambio de la práctica colaborativa del equipo de salud, como forma de promover estrategias de mejora y transferir los resultados de la investigación a otros contextos.
3. Promover estrategias de mejora y transferir los resultados de la investigación a otros contextos.
4. Aportar nuevas reflexiones que mejoren la política de valoración y evaluación de la práctica colaborativa de los equipos de salud por parte del equipo de gestión clínica de la institución.

OBJETIVOS CONCRETOS ALCANZADOS (máximo, una página).

Específicos:

1. Incorporar y evaluar nuevas propuestas que mejoren la práctica colaborativa por medio de grupos de reflexión-acción.

A lo largo del proyecto hemos tenido diferentes oportunidades de discutir presencialmente y on-line cuestiones relacionadas con el trabajo en equipo. Y han sido los propios profesionales quienes han diseñado el cómo y cuándo llevar a cabo cada propuesta.

2. Desarrollar propuestas para la reflexión y el cambio de la práctica colaborativa del equipo de salud, como forma de promover estrategias de mejora y transferir los resultados de la investigación a otros contextos.

A través de las diferentes técnicas de recogida de datos, han emergido propuestas que finalmente se han materializado en cambios, tras la reflexión por parte de los profesionales implicados.

3. Promover estrategias de mejora y transferir los resultados de la investigación a otros contextos.

Queda pendiente trabajar en formas de transferencia de resultados a otras unidades.

4. Aportar nuevas reflexiones que mejoren la política de valoración y evaluación de la práctica colaborativa de los equipos de salud por parte del equipo de gestión clínica de la institución.

En el feedback de resultados a la institución, se lleva a cabo una síntesis de la información obtenida de la unidad, limitaciones y barreras identificadas, con el objetivo de los gestores puedan analizar cómo superarlos, y fortalezas del equipo, que permitan a los líderes formales reconocer cuáles son los aspectos que deben seguir siendo potenciados por la organización.

JUSTIFICACIÓN Y PRESUPUESTO DETALLADO

De la ayuda de investigación adjudicada inicialmente, solo se han gastado 1586.40€.

Un total de 386.4€ en dos bloques [257.6€ +128.80€ han sido necesarios para pagar a un profesional externo que llevara a cabo las transcripciones de los grupos de discusión, triangulares y entrevistas individuales. Inicialmente el presupuesto para esta partida era mayor, pensando llevar a cabo un mayor número de grupos de discusión, pero la dinámica de la unidad, ha obligado a activar otras estrategias de participación, que no han requerido la transcripción de audios.

Tras solicitar permiso al COIBA, se subvencionó en el marco del Proyecto, una actividad formativa que los propios profesionales de la unidad identificaron como necesarias, en una de las reuniones de equipo. Se organizó una actividad de 4h de duración, repetida dos veces, para facilitar la asistencia del mayor número de profesionales de la unidad. Participaron dos docentes de la UIB, y se le hizo el pago de las horas de docencia a través de la FUEIB, por un coste total de 1200€.

DIFICULTADES APARECIDAS DURANTE LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO

Las dificultades han surgido principalmente en relación a la participación de los profesionales de la unidad en los grupos de discusión, o actividades que implicaran tiempo de dedicación extra, fuera de la jornada laboral. Esto se ha visto potenciado por la presión asistencial sostenida en la unidad, unido a los recortes de personal que se ha sufrido en el equipo, y el cierre de unidades temporalmente en el centro, lo cual obligó a redistribuir profesionales en unidades asistenciales que no eran habituales para ellos.

Los turnos rotatorios de enfermeros y auxiliares han supuesto una dificultad que limitaba el número de enfermeros y auxiliares que participaban en cada actividad. Hemos tenido que gestionar este punto de forma diferente en cada fase, suponiendo en todas más sencilla la participación para médicos, que están todos presentes en el mismo turno.

Finalmente, aunque debería ser nombrada como la principal barrera que hemos encontrado, la falta de compromiso institucional con el proyecto, ha resultado una limitación para conseguir dos de las intervenciones propuestas. La institución no puesto resistencias, ni planteado tácitamente barreras, pero tampoco ha mantenido una actitud proactiva frente a las demandas hechas por el equipo.

OTRAS CONSIDERACIONES QUE SE DESEE HACER CONSTAR.

Los resultados del proyecto no se han publicado en ninguna revista científica, ni de divulgación, porque formarán parte del proyecto de doctorado de la IP.

La transferencia que se ha llevado a cabo, de momento, ha sido a través de comunicaciones no publicadas y ponencias.

En PALMA a 30 de JUNIO de 2015

EL/LA INVESTIGADOR/A PRINCIPAL,





