



Universitat
de les Illes Balears

Título: (Re)inventar la justicia en salud: un espacio de diálogo entre las identidades profesionales y la colaboración interprofesional

AUTORA: Camelia Viviana López Deflory

Memoria del Trabajo de Fin de Máster

Máster Universitario en Investigación en Salud y Calidad de Vida

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico 2017-2018

Fecha: Junio 2018

Tutora: Dra. Margalida Miró Bonet

Resumen

La práctica colaborativa se enfrenta a numerosos retos entre los que se encuentran aspectos vinculados a los discursos disciplinares sobre las identidades profesionales. El objetivo principal de este proyecto de investigación consiste en explorar cómo influyen los discursos identitarios de médicos y enfermeras de atención especializada de los hospitales públicos de Mallorca en su percepción sobre las condiciones necesarias para la colaboración interprofesional según su disciplina profesional y su género. Con el propósito de alcanzar dicho fin, se han planteado como objetivos específicos: (1) explorar los discursos de enfermeras y médicos acerca de su identidad profesional en función de su disciplina y su género; (2) examinar los elementos disciplinares y de género que desde la perspectiva de las enfermeras y médicos influyen en el reconocimiento profesional; (3) describir cómo se distribuyen los recursos dentro de las organizaciones sanitarias desde la perspectiva de las enfermeras y médicos en función de su disciplina y su género; (4) explorar las diferencias que enfermeras y médicos perciben en torno a la representación profesional dentro de las organizaciones sanitarias en función de la disciplina profesional y del género; y (5) analizar las estrategias que enfermeras y médicos proponen para mejorar los aspectos de reconocimiento, distribución de recursos y representación para una colaboración interprofesional más eficaz según su disciplina y su género. Con la intención de explorar los objetivos anteriores, se ha diseñado un estudio etnometodológico de análisis del discurso que, desde el paradigma crítico social, hará uso de conceptos clave de la teoría de Justicia Social de Nancy Fraser. Los participantes de este proyecto participarán en entrevistas individuales y/o en grupos de discusión. Como estrategia de rigor se usará la triangulación de datos, técnicas e investigadores. En el transcurso de este proyecto se han pilotado cuatro entrevistas individuales. Se espera que los resultados de esta investigación puedan transferirse a la práctica, a la educación, a la política y a la investigación.

Palabras clave: Colaboración interprofesional, Salud, Identidad profesional, Justicia Social, Análisis crítico del discurso

Resum

La pràctica col·laborativa s'enfronta a nombrosos reptes entre els que es poden trobar aspectes vinculats als discursos disciplinaris sobre les identitats professionals. L'objectiu principal d'aquest projecte d'investigació consisteix en explorar com influeixen els discursos identitaris de metges i infermeres d'atenció especialitzada dels hospitals públics de Mallorca en la seva percepció sobre les condicions necessàries per a la col·laboració interprofessional segons la seva disciplina professional i el seu gènere. Amb el propòsit d'assolir aquest fi, s'han plantejat com a objectius específics: (1) explorar els discursos de les infermeres i dels metges sobre la seva identitat professional en funció de la seva disciplina i gènere; (2) examinar els elements disciplinaris i de gènere que des de la perspectiva de les infermeres i metges influeixen en el reconeixement professional; (3) descriure com es distribueixen els recursos dins les organitzacions sanitàries des de la perspectiva de les infermeres i metges en funció de la seva disciplina i el seu gènere; (4) explorar les diferències que infermeres i metges perceben en torn a la representació professional dintre de les organitzacions sanitàries en funció de la disciplina professional i del gènere; i (5) analitzar les estratègies que infermeres i metges proposen per millorar els aspectes de reconeixement, distribució de recursos i representació per a una col·laboració interprofessional més eficaç en funció de la seva disciplina i gènere. Amb la intenció d'explorar els objectius anteriors, s'ha dissenyat un estudi etnometodològic d'anàlisi del discurs que, des del paradigma crític social, farà ús de conceptes clau de la teoria de Justícia Social de Nancy Fraser. Els participants d'aquest projecte participaran en entrevistes individuals i/o en grups de discussió. Com a estratègia de rigor s'utilitzarà la triangulació de dades, tècniques i investigadors. En el transcurs d'aquest projecte s'han pilotat quatre entrevistes individuals. S'espera que els resultats d'aquesta investigació puguin transferir-se a la pràctica, a l'educació, a la política i a la investigació.

Paraules clau: Col·laboració interprofessional, Salut, Identitat professional, Justícia social, Anàlisi crític del discurs

Abstract

Interprofessional collaborative practice has to face up to many challenges including issues related to disciplinary discourses about professional identities. The main purpose of this research project is to explore how professional identity discourses of physicians and nurses in professional practice in specialized care in public hospitals in Mallorca influence their perception about the required conditions for interprofessional practice according to their professional discipline and gender. In order to achieve this goal, five specific objectives are purposed: (1) to explore nurses' and physicians' professional identity discourses according to their discipline and gender; (2) to examine disciplinary and gender elements of nurses and physicians that have influence over professional recognition; (3) to describe from each professional group perspective how resources are distributed in health institutions according to their discipline and gender; (4) to explore differences perceived by nurses and physicians around representation within healthcare system according to their professional discipline and gender; (5) to analyze strategies suggested by nurses and physicians to improve issues of recognition, distribution of resources and representation to achieve a more effective interprofessional practice according to their professional discipline and gender. With the aim of exploring the previous purposes, an ethnomethodological study on discourse analysis has been designed in which key concepts from Nancy Fraser's Social Justice Theory will be used from a critical social approach. Participants involved in this project will participate in individual interviews and/or in focus groups. As a rigor strategy, data, techniques and researchers' triangulation will be applied. During the realization of this project, four individual interviews have been piloted. It is expected that results obtained from this research will be transferrable to practice, education, politics and research.

Keywords: Interprofessional collaboration, Health, Professional identity, Social Justice, Critical discourse analysis

Índice

1. Introducción.....	7
1.1. Reflexividad y posicionalidad	7
1.2. Contextualización y justificación.....	9
2. Estado de la cuestión	12
2.1. Estrategia de búsqueda bibliográfica	12
2.1.1. Criterios de inclusión	13
2.1.2. Criterios de exclusión.....	13
2.2. Resultados de la búsqueda bibliográfica.....	14
2.3. Revisión de la literatura	16
2.3.1. La práctica colaborativa interprofesional en salud: características y condiciones necesarias	16
2.3.2. La identidad profesional, los procesos de socialización y de profesionalización	19
2.3.3. Amenazas conceptuales entre la identidad profesional y la práctica colaborativa	23
2.3.3.1. Roles profesionales y ámbitos de actuación.....	23
2.3.3.2. Autonomía profesional	26
2.3.3.3. Relaciones de poder en salud	27
2.3.4. Relaciones interprofesionales entre médicos y enfermeras.....	29
3. Orientación teórica	35
3.1. Trasferencia de la teoría de Justicia Social de Nancy Fraser al fenómeno de estudio.....	38
4. Metodología del estudio	40
4.1. Pregunta de investigación y objetivos	40
4.2. Diseño metodológico	41
4.3. Participantes, muestreo, reclutamiento y acceso al campo.....	43

4.4. Generación de datos	47
4.4.1. Entrevistas semiestructuradas	47
4.4.2. Grupos de discusión	48
4.4.3. Diario de campo de la investigadora	50
4.5. Análisis de datos	50
4.6. Estrategias de rigor metodológico	52
4.7. Consideraciones éticas	53
4.8. Limitaciones del estudio	54
5. Consideraciones sobre los resultados preliminares del pilotaje de las entrevistas	56
5.1. Aspectos metodológicos	56
5.2. Análisis preliminar	57
5.2.1. Definiciones	57
5.2.2. Árbol de codificación preliminar	60
6. Conclusiones y futuras líneas de investigación	80
7. Bibliografía	81
ANEXOS	93
Anexo I. Guion de la entrevista semiestructurada	93
Anexo II. Viñetas <i>Cómo se construyen las relaciones interprofesionales en los equipos de salud. Impacto en la práctica clínica y el desarrollo profesional</i>	95
Anexo III. Planificación temporal del proceso de análisis de datos	96
Anexo IV. Hoja de información al participante	97
Anexo V. Consentimiento informado	99
Anexo VI. Pilotaje de las entrevistas individuales	100

1. Introducción

1.1. Reflexividad y posicionalidad

La investigación cualitativa entiende que el sujeto investigador mantiene una interacción continua con el objeto investigado por lo que asume que la subjetividad es parte del saber y del pensamiento científico (Bover, 2013). Tomar consciencia de ello implica reconocer que el investigador influye sobre la elección del fenómeno a estudiar, sobre la perspectiva y la metodología desde la que observarlo y abordarlo y sobre el análisis, la interpretación y la difusión de los resultados generados (Malterud, 2001). Por este motivo, previamente al desarrollo de este proyecto, cabe mencionar aquellos aspectos que me conforman como individuo y que influyen en mi visión subjetiva sobre el fenómeno de estudio, en este caso, sobre la influencia que el discurso identitario y el género de médicos y enfermeras¹ tienen sobre la percepción de las condiciones necesarias para una colaboración interprofesional eficaz.

Con este propósito, se seguirán las recomendaciones elaboradas por Bover (2013) sobre el uso de dos herramientas reflexivas y transformadoras —la posicionalidad y la reflexividad— que facilitan al investigador novel situarse frente al fenómeno de estudio, reconocer su posición paradigmática y considerar su capacidad para hacer frente a los futuros participantes y a la entrada al campo donde se desarrolla la investigación (Bover, 2013). Ambas estrategias me acompañarán durante el trascurso de este proyecto de investigación permitiendo mantenerme a una adecuada distancia del marco del estudio en el que estoy personalmente involucrada (Malterud, 2001).

Como primer ejercicio reflexivo, la posicionalidad permite situarme y describirme socialmente a mí misma y a los posibles participantes de este proyecto en el contexto del estudio (Bover, 2013). En relación a mí, la posición social que define mi estatus y mi situación de poder respecto a los futuros participantes, son el hecho de que soy mujer de 23 años, recientemente graduada en enfermería y, consecuentemente, con una breve experiencia en el ámbito asistencial. Por otra parte, en cuanto a los participantes de este estudio, se espera que difieran en aquellos aspectos que configuran sus identidades como

¹ En este proyecto se usará el término *enfermera/s* para referirse a profesionales tanto hombres como mujeres en el ámbito de la enfermería y el término *médico/s* para referirse a profesionales tanto hombres como mujeres en el ámbito de la medicina.

son el género, la generación y la disciplina profesional. De este modo, mi posición de desigualdad frente a ellos podrá afectar a la relación y al diálogo establecido, aspecto que condicionará la necesidad de desarrollar estrategias para paliar dichas diferencias en el transcurso de este proyecto.

En segundo lugar, el ejercicio de reflexividad permite identificar mis propios prejuicios, mis experiencias personales y profesionales previas, mis creencias en relación al fenómeno de estudio, mis motivaciones y aquellas perspectivas y fundamentos teóricos relacionados con mi formación académica y mi agenda política (Bover, 2013; Malterud, 2001). En este sentido, desde mi punto de vista, en los diferentes sectores de la sociedad existen valores y creencias discrepantes respecto a la práctica colaborativa. A nivel institucional, se ha consolidado como una estrategia defendida únicamente en protocolos y no aplicada ni promocionada a través de otros medios. Respeto a los profesionales, algunos de ellos no tienen ningún discurso al respecto, otros la perciben como un modo molesto de trabajo, asumiendo que es más cómodo y profesional trabajar de forma autónoma, y otros la defienden sin apenas conocer su significado y sus implicaciones. Asimismo, y en relación con estos dos sectores, percibo que existen una serie de barreras, tanto organizacionales como profesionales, que impiden que la práctica colaborativa pueda llevarse a cabo de forma eficaz. Finalmente, en la mayoría de contextos, los pacientes no se consideran partícipes de dicha práctica y perciben poca colaboración y coordinación entre los profesionales sanitarios.

Por otra parte, mi formación universitaria, claramente centrada en el cuidado como eje central de la profesión enfermera, junto a mi experiencia en el ámbito asistencial, me han demostrado que en las organizaciones sanitarias los profesionales no trabajan en equipos interdisciplinarios, sino más bien de forma autónoma en el marco de equipos multidisciplinares. Asimismo, este contexto me ha hecho, por un lado, cuestionar la existencia de una verdadera voluntad para colaborar y, por otro, reflexionar sobre el crecimiento de una resistencia hacia la práctica colaborativa tras la que se esconde, en algunos profesionales, una necesidad de defender una identidad uniprofesional y unos territorios profesionales propios, actitudes bajo las que se encuentran relaciones de poder y configuraciones jerárquicas tradicionales en el sistema sanitario. Por este motivo, concibo la necesidad de reorientar las motivaciones profesionales desde las luchas interprofesionales hacia la salud de la ciudadanía, siendo esta última la razón de ser de

los profesionales sanitarios y la práctica colaborativa, consecuentemente, una exigencia ética.

Las motivaciones que me llevan a abordar un tema como éste parten del fenómeno de estudio que decidí plasmar en mi trabajo de fin de grado de enfermería. En ese momento me interesé por conocer los efectos que las diferentes conceptualizaciones de la identidad profesional podían tener sobre la práctica colaborativa. A raíz de él pude explorar y me dejé sorprender por la complejidad de las relaciones interprofesionales y por la aparición en los defensores de una identidad uniprofesional de un sentimiento de amenaza a la misma. Ello reforzó mi idea de que la identidad definida como un constructo social y dinámico que surge por discursos, prácticas y relaciones de poder se ajustaba más, que la conceptualización de la identidad profesional como una entidad fija y universal, al modelo de práctica colaborativa. Mi intención es pues poder dar continuidad a ese trabajo dando luz sobre las diferentes percepciones que los proveedores de salud tienen sobre las condiciones y requisitos esenciales para llevar a cabo una práctica interprofesional eficaz. Para ello daré voz no solamente a aquellos profesionales que históricamente la han tenido, sino también a aquellos que tradicionalmente han permanecido en silencio e inmóviles debido a la asunción de lo que con el paso del tiempo ha sido naturalizado. En definitiva, presento una motivación por denunciar que las relaciones de poder existentes entre los proveedores de salud tienen consecuencias sobre los profesionales en sí y el conjunto de la organización sanitaria, pero también, y, sobre todo, sobre los resultados en salud de los pacientes. Dar a conocer una temática poco investigada en el contexto nacional y abrirme a nuevas formas de comprender el mundo que me rodea supone para mí un desafío personal y profesional y un compromiso hacia el reconocimiento de cada uno de los profesionales sanitarios como contribuyentes al cuidado del paciente.

1.2. Contextualización y justificación

El sistema sanitario precisa de amoldarse a una realidad cambiante. El envejecimiento de la población, las situaciones de cronicidad y la mayor complejidad de los problemas de salud se añaden al aumento de la especialización de los servicios, al incremento de la profesionalización de los diferentes grupos ocupacionales y a la mayor voluntad de pacientes y familias para participar como miembros del equipo sanitario (Axelsson & Axelsson, 2009; Fox & Reeves, 2015; Khalili, Hall, & DeLuca, 2014; Reeves, Zwarenstein, et al., 2008). Paralelamente, este cambio de panorama social y profesional

se acompaña de la presencia, cada vez más acentuada, de fragmentación en la asistencia sanitaria y de tensiones y rivalidades jerárquicas entre los colectivos profesionales que trabajan en las organizaciones sanitarias (Olson & Brosnan, 2017). Dichos cambios, cada día más evidentes, obligan a cuestionarse cuál es la manera más eficaz, efectiva, eficiente, segura y de calidad de trabajar en dichas organizaciones. Concretamente, se plantea que ninguna profesión puede responder de forma autónoma a todas las necesidades de la nueva realidad de los pacientes ni tampoco a los futuros cambios relacionados con la demografía y los avances científicos y tecnológicos (Bethea, Holland, & Reddick, 2014; Wackerhausen, 2009). Es así como se justifica una mayor necesidad de interdependencia entre los profesionales sanitarios y no sanitarios y consecuentemente de aquello que los autores denominan *práctica colaborativa* (Bethea et al., 2014).

La práctica colaborativa interprofesional en salud puede definirse como un proceso en el que profesionales, pacientes y familias se unen para trabajar juntos bajo un objetivo común con el propósito de prestar una atención sanitaria de alta calidad y seguridad y mejorar así los resultados en salud (Bethea et al., 2014). Entre los aspectos que justifican el interés de las investigaciones que dirigen su atención hacia este nuevo modelo de atención sanitaria se encuentra su utilidad multidimensional, puesto que sus beneficios se producen tanto para los pacientes como para los profesionales y el sistema sanitario en general (Reeves, Pelone, Harrison, Goldman, & Zwarenstein, 2017). Así, para los pacientes resulta en la reducción de la duración de la estancia hospitalaria, de la morbimortalidad y de la incidencia de complicaciones (ej. infecciones nosocomiales), en la mayor continuidad de los cuidados y en la menor fragmentación de los mismos, entre otros (D'Amour & Oandasan, 2005; Lidskog, Löfmark, & Ahlström, 2008; Reeves, Zwarenstein, et al., 2008; San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, 2005). Por otra parte, para los profesionales se traduce en un aumento de la retención y de la satisfacción laboral y en una mejora de la salud mental de los equipos (D'Amour & Oandasan, 2005), en los que se da, como consecuencia, una menor prevalencia de desgaste profesional (Hall, 2005; Petri, 2010). Finalmente, para la organización y el sistema sanitario en sí desencadena una mayor eficiencia de los servicios (Lidskog et al., 2008) y una marcada reducción del gasto sanitario (D'Amour & Oandasan, 2005).

A pesar de la evidencia existente sobre los beneficios que supone implementar la práctica colaborativa en el entorno sanitario, la literatura científica apunta que los proveedores de salud se resisten a incorporarla en su lugar de trabajo (Colyer, 2008; D'Amour &

Oandasan, 2005; Hamilton, 2011; McNeil, Mitchell, & Parker, 2013; Oandasan & Reeves, 2005; Pecukonis, 2014; Zwarenstein & Reeves, 2002). Entre las causas de dicha resistencia se encuentra la aparición ante ella de un sentimiento de amenaza hacia la identidad profesional, resultado de la existencia de una disonancia entre las características y condiciones necesarias para una colaboración interprofesional eficaz y ciertas formas de comprender la propia identidad profesional y sus elementos constitutivos (McNeil et al., 2013). De este modo, el contexto de la práctica colaborativa se convierte en un escenario de luchas interprofesionales en el que se acentúan las ya existentes tensiones y rivalidades entre los profesionales sanitarios, tensiones vinculadas, en el contexto español, a procesos históricos (Miró, Gastaldo, & Gallego, 2008).

Si bien en países como Canadá, Brasil, Suecia o Japón, prolifera la producción científica y los avances respecto a la práctica colaborativa, sus barreras y sus retos, en España escasea el interés por esta temática. En este sentido, aparece únicamente plasmada, a modo de mimetizar los planes internacionales, en las estrategias de salud desarrolladas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad cuyos planes reconocen la necesidad de incorporar un modelo colaborativo e interdisciplinar basado en la coordinación entre niveles asistenciales y recursos en áreas como las de Cuidados Paliativos o las de Salud Mental, entre otras (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Miró, 2016).

2. Estado de la cuestión

2.1. Estrategia de búsqueda bibliográfica

La revisión de la literatura científica sobre la temática de interés, previa a la elaboración de este proyecto de investigación, ha sido llevada a cabo a través de una estrategia de búsqueda bibliográfica diseñada en diciembre de 2017.

En primer lugar, han sido establecidas las palabras clave que guiarán la búsqueda en las diferentes bases de datos. Concretamente han sido escogidas las palabras *colaboración interprofesional* (*interprofessional collaboration* en inglés), *salud* (*health* en inglés), *identidad profesional* (*professional identity* en inglés), *profesionalismo* (*professionalism* en inglés) y *poder* (*power* en inglés). Tras ello, ha sido consultada la herramienta *Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)* con la intención de traducirlas a lenguaje documental. Sin embargo, no se encontraron descriptores cuya definición correspondiese con aquello que se pretendía abarcar a través de la búsqueda bibliográfica. Es así como, a través de una búsqueda inversa, se ha decidido consultar y utilizar aquellos términos que los autores usan en la literatura científica para dirigirse a la temática que concierne a este proyecto. En algunas ocasiones, como en el caso de las palabras clave *health*, *professional identity*, *professionalism* y *power*, existe consenso entre los autores para utilizar dichos conceptos. Sin embargo, en el caso del término *interprofessional collaboration* son múltiples las palabras clave que los autores utilizan para referirse a ella, aspecto que puede dificultar en un primer momento la localización de todos los artículos que versan sobre dicha temática. *Collaboration*, *partnership*, *interdisciplinary approach*, *teamwork*, *interprofessional working*, *team-based practice*, *interprofessional practice*, *interprofessional collaboration*, *interprofessional education*, *interprofessionalism* o *interdisciplinarity* son algunos de los términos más frecuentemente identificados en la literatura. De todos ellos, *interprofessional collaboration*, *interprofessional education* e *interdisciplinarity* son los más utilizados, motivo por el cual se ha decidido incluirlos en la frase de búsqueda bibliográfica. Cabe apuntar que la palabra clave *interprofessional education* ha sido escogida, además de por su recurrencia, porque, en muchas ocasiones, los autores abordan la temática de la práctica colaborativa desde el ámbito de la educación poniendo el énfasis, como se analizará posteriormente, sobre las consecuencias que algunos patrones de socialización y de profesionalización tienen sobre los futuros profesionales sanitarios.

La estrategia de búsqueda bibliográfica se ha estructurado en dos niveles. En el primer nivel se ha optado por la combinación de las palabras clave *interprofessional collaboration*, *interprofessional education* e *interdisciplinarity* mediante el booleano *OR*, unidas a la palabra clave *health* a través del booleano *AND*. En el segundo nivel, han sido añadidas el resto de palabras clave a través del booleano *AND* y combinadas entre ellas con el booleano *OR*. De este modo, la frase de búsqueda bibliográfica final ha sido (*interprofessional collaboration OR interprofessional education OR interdisciplinarity*) *AND health AND (professional identity OR professionalism OR power)*.

Una vez definida la frase de búsqueda bibliográfica, la selección de las bases de datos a consultar ha sido realizada atendiendo al área de conocimiento de este estudio —Ciencias de la Salud— con el objetivo de obtener fuentes adecuadas que aseguren la efectividad de la búsqueda y que eviten el sesgo en la selección de la documentación. En este sentido se han escogido y consultado en este orden *EBSCOhost Research Databases* como metabuscador e incluyendo todas las bases de datos que se encuentran suscritas a ella, *Pubmed* como base de datos y *Cochrane Library Plus* como base de datos de revisiones sistemáticas. Los límites establecidos en cada una de ellas han sido la documentación publicada entre 2007-2018 y en idioma inglés, francés o español. Posteriormente también ha sido utilizado un recurso como *Teseo* para consultar aquellas tesis doctorales directamente vinculadas a la temática de interés.

2.1.1. Criterios de inclusión

Para la revisión de la literatura científica han sido incluidos todos aquellos artículos que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión:

- Analizan el concepto de práctica colaborativa interprofesional en salud.
- Identifican barreras y facilitadores para la práctica colaborativa interprofesional en salud.
- Examinan el concepto de identidad profesional.
- Exploran los vínculos existentes entre las temáticas que pueden agruparse bajo la identidad profesional —roles profesionales, ámbitos de actuación, autonomía y/o poder— y la práctica colaborativa.

2.1.2. Criterios de exclusión

En esta revisión de la literatura científica, se han descartado todos aquellos artículos que:

- Se alejan del propósito de este proyecto.
- Analizan la práctica colaborativa desde una perspectiva intersectorial o intradisciplinar (médico-médico, enfermera-enfermera).
- Exploran las vivencias de una sola disciplina profesional —odontología, farmacología, psicología, fisioterapia, trabajo social, medicina o enfermería— respecto a la práctica colaborativa.
- Analizan la efectividad de programas de educación interprofesional sobre estudiantes universitarios del ámbito de la salud.
- Carecen de calidad y de rigor metodológico o reflejan posibles conflictos de interés.

2.2. Resultados de la búsqueda bibliográfica

La introducción de la frase de búsqueda bibliográfica junto a los límites anteriormente mencionados ha permitido la obtención de los siguientes resultados:

	<i>EBSCOhost Research Databases</i>	<i>Pubmed</i>	<i>Cochrane Library Plus</i>
Primer nivel	6698	8472	81*
Segundo nivel	673	626	6**

* 3 resultados en español y 78 en inglés

** 1 resultado en español y 5 en inglés

A partir de la lectura del título y resumen de los artículos obtenidos en el segundo nivel de la búsqueda bibliográfica se han extraído un total de 152 documentos, 91 procedentes de *EBSCOhost Research Databases*, 59 de *Pubmed*, 1 de *Cochrane Library Plus* y 1 de *Teseo*. De ellos, 42 artículos se encontraban duplicados. De este modo, se ha procedido a la lectura del texto completo de 110 artículos, de los que finalmente se han conservado 60 que resultaban relevantes y que cumplían con los criterios de inclusión anteriormente expuestos. Concretamente, 42 de los artículos seleccionados han procedido de *EBSCOhost Research Databases*, 16 de *Pubmed*, 1 de *Cochrane Library Plus* y 1 de *Teseo*. Además, también ha sido realizada una búsqueda inversa a partir de los artículos seleccionados de la que se han extraído un total de 15 documentos.

El contenido de los artículos incluidos para la revisión de la literatura destaca por no responder de forma exclusiva a uno de los objetivos de la búsqueda, sino por condensar información que da respuesta a los diferentes apartados de la misma. Concretamente, la información que ofrecen los documentos seleccionados ha sido clasificada en los tres bloques temáticos que se presentan a continuación:

1. Las características, competencias necesarias y resultados de la práctica colaborativa interprofesional en salud.
2. Las amenazas conceptuales entre la práctica colaborativa interprofesional en salud y la identidad profesional.
 - 2.1. La socialización y la profesionalización.
 - 2.2. Los roles profesionales y los ámbitos de actuación.
 - 2.2.1. Las guerras territoriales.
 - 2.3. La autonomía profesional.
 - 2.4. El poder.
3. Las características de las relaciones médico-enfermera a lo largo de la historia.

Para concluir este apartado cabe mencionar algunas de las características de los artículos seleccionados. En este sentido, la mayoría de ellos proceden de autores canadienses, estadounidenses, anglosajones, australianos y en menor medida de autores suecos y noruegos. Ello permite determinar de forma indirecta qué países invierten y dedican más esfuerzos investigadores en materia de práctica colaborativa interprofesional en salud. En cuanto a las revistas en las que aparecen publicados, la mayoría de los artículos incluidos en esta revisión se encuentran publicados en una revista de alto impacto como es *Journal of Interprofessional Care*. El resto ha sido publicado en revistas como *Nursing Inquiry*, *BMC Medical Education*, *Journal of Nursing Management*, *Medical Teacher*, *Academic Medicine* o *Journal of Intensive Care*, entre otras. Finalmente, en cuanto a los años de publicación, algunos artículos procedentes de la búsqueda inversa han sido publicados con anterioridad al 2007, situándose así por debajo del límite de años de publicación previamente establecido. Concretamente se trata de un artículo publicado en 2002, uno en 2004 y cuatro en 2005. A pesar de ello, han decidido incluirse debido a que todos ellos son documentos relevantes para la exposición de la revisión de la literatura, que cumplen con los criterios de inclusión y que han sido altamente citados en la literatura científica consultada.

2.3. Revisión de la literatura

2.3.1. La práctica colaborativa interprofesional en salud: características y condiciones necesarias

En la literatura científica existen múltiples definiciones de práctica colaborativa interprofesional en salud. Algunos autores como Bethea et al. (2014), McNeil et al. (2013) o Reeves et al. (2008) la definen como un proceso en el que un rango de profesionales sanitarios procedentes de diferentes *backgrounds*² disciplinares trabajan juntos con pacientes, familias y comunidades para producir un impacto positivo sobre la atención sanitaria. Reuniendo así las competencias, la experiencia y el juicio de diferentes profesionales se asume que el todo es más que la suma de las partes (Pecukonis, Doyle, & Bliss, 2008) y se trata de responder a la complejidad de los cambios sociales y profesionales anteriormente expuestos (MacNaughton, Chreim, & Bourgeault, 2013; San Martín-Rodríguez et al., 2005). Así pues, esta acepción pone el énfasis sobre el objetivo principal de la práctica colaborativa: ofrecer una atención sanitaria de alta calidad y seguridad (McNeil et al., 2013; Zwarenstein & Reeves, 2002) y mejorar así los resultados en salud de los pacientes (Khalili et al., 2014; Pecukonis et al., 2008). Ello transmite un aspecto clave y es que el modelo colaborativo se orienta de forma clara hacia la atención centrada en el paciente (D'Amour & Oandasan, 2005; Haddara & Lingard, 2013; Lidskog et al., 2008; Orchard, 2010; Pecukonis et al., 2008). Son, por tanto, la condición y las necesidades de este último las que determinan la colaboración y los miembros del equipo interprofesional que en ella participan (D'Amour & Oandasan, 2005; Pecukonis et al., 2008).

Otras definiciones, como la de D'Amour et al. (2005), centran su atención sobre las características de la colaboración y sobre las implicaciones de la misma para los profesionales, definiéndola como un proceso complejo, dinámico y evolutivo de interacción comunicativa habilidosa a través del que los participantes infringen las fronteras profesionales tradicionales con el propósito de compartir valores, información, responsabilidades y acciones. De este modo, los profesionales adquieren un cierto grado de interdependencia en el que existe respeto mutuo hacia el conocimiento específico, la

² Definición de *background* según el diccionario English Oxford Dictionary: “La educación, la experiencia y las circunstancias sociales de una persona”.

pericia y la experiencia de todos los integrantes del equipo interdisciplinar, siendo sus contribuciones reconocidas de forma equitativa (Essen, Freshwater, & Cahill, 2015). En referencia a este último aspecto, Olson (2015) califica la práctica colaborativa como un proceso de cambio social dentro de las organizaciones que permite el reconocimiento equitativo de todos los miembros del equipo interdisciplinar. En definitiva, y a pesar de la multiplicidad de acepciones existentes, todas ellas transmiten una idea fundamental y es que la asistencia sanitaria se lleva mejor a cabo si se conceptualiza como una actividad de equipo (Haddara & Lingard, 2013).

Las definiciones anteriormente expuestas, sin embargo, contrastan con el actual modelo multiprofesional de asistencia sanitaria en el que los diferentes grupos profesionales no trabajan de forma interdependiente, sino de forma independiente y en paralelo sin adoptar un objetivo común y sin compartir conocimientos, habilidades y actitudes (Bonello, Wright, Morris, & Sadlo, 2018; Freshwater, Cahill, & Essen, 2014). Para migrar desde el actual modelo multiprofesional hacia un modelo más colaborativo y hacer de la práctica colaborativa una realidad, necesitan estar presentes una serie de elementos clave. Barr (1998) señala en sus estudios siete aspectos de suma importancia que caracterizan este modelo de atención sanitaria (Banfield & Lackie, 2009):

- La descripción clara de las responsabilidades, roles y límites propios de cada profesión hacia el resto (Freshwater et al., 2014).
- El reconocimiento de los roles, responsabilidades y competencias de todos los miembros que configuran el equipo interprofesional (Freshwater et al., 2014; MacNaughton et al., 2013).
- El establecimiento de metas comunes y planes de cuidados individualizados para cada paciente (Pecukonis et al., 2008; Tsou, Shih, & Ho, 2015).
- El trabajo en equipo para resolver los conflictos relacionados con la provisión del cuidado y con los tratamientos (Petri, 2010).
- La valoración y la tolerancia de las diferencias y desacuerdos entre las profesiones para mejorar así el desempeño grupal (Bethea et al., 2014; Hovey & Craig, 2011; Tsou et al., 2015).
- La planificación de encuentros frecuentes entre los miembros del equipo (Pecukonis et al., 2008).
- El establecimiento de relaciones interdependientes entre los profesionales procedentes de diferentes disciplinas.

A los elementos anteriores se les añaden otros que a su vez también configuran las competencias colaborativas que deben desarrollar los miembros de un equipo interprofesional. Entre ellas se encuentran la cooperación, la responsabilidad, la comunicación, la coordinación, el respeto o la asertividad (Hall, 2005; MacNaughton et al., 2013). Esta última debe ir asociada a relaciones de confianza que permitan a los miembros del equipo comprender los mapas cognitivos³ de las diferentes disciplinas profesionales (Banfield & Lackie, 2009; Baxter & Brumfitt, 2008; Hall, 2005; Prud'Homme, Bellemare, & Sandrine, 2015; Reeves, Nelson, & Zwarenstein, 2008). Para que ello sea posible, también se requieren valores como la ética, la justicia y la voluntad para compartir el poder y el liderazgo (Banfield & Lackie, 2009; Prud'Homme et al., 2015), valores que tienen como consecuencia la toma de decisiones compartida entre los miembros del equipo interprofesional (Pecukonis et al., 2008).

A partir de los elementos anteriores pueden inferirse aquellos factores que determinan el éxito o el fracaso de la práctica colaborativa interprofesional en salud. En este sentido, Reeves, Lewin, Espin y Zwarenstein (2010) establecen las siguientes cuatro tipologías de factores:

- Factores relacionales. Son aquellos que afectan directamente a las relaciones entre los proveedores de salud, como son el poder profesional, la socialización, los estereotipos, la composición de los equipos y sus roles (Fox & Reeves, 2015).
- Factores procesuales. Se refieren al espacio y al tiempo en el que el trabajo es llevado a cabo e incluyen las limitaciones de tiempo, las rutinas y rituales, la tecnología de la información y la complejidad de las tareas.
- Factores organizacionales. Son aquellos que afectan al entorno en el que los profesionales se interrelacionan como son el apoyo, la estructura jerárquica o las limitaciones en la financiación organizacional.
- Factores contextuales. Se refieren a aquellas condiciones externas a la organización que se encuentran vinculadas a determinantes macroestructurales como la cultura, los valores, la política, la legislación o la economía. Son ejemplos

³ El mapa cognitivo es uno de los componentes más importantes de la cultura profesional. Cada profesión tiene su propio mapa cognitivo. Éste se desarrolla en base a las experiencias educativas y sociales de los estudiantes y determina que diferentes disciplinas observen un mismo fenómeno y puedan ver fenómenos distintos (Petrie, 1976).

de ellos las circunstancias relacionadas con el género, la crisis financiera o los cambios en el sistema sanitario (Fox & Reeves, 2015; San Martín-Rodríguez et al., 2005).

Cuando los elementos y los factores anteriores se posicionan de forma favorecedora y aparecen de forma simultánea se obtiene como resultado una práctica colaborativa eficaz en la que los beneficios se perciben no solo en el paciente, sino también en los profesionales y en la organización del sistema sanitario (D'Amour & Oandasan, 2005; Freshwater et al., 2014; Petri, 2010; Reeves, Pelone, Harrison, Goldman, & Zwarenstein, 2017; Tsou et al., 2015).

2.3.2. La identidad profesional, los procesos de socialización y de profesionalización

La temática de la identidad es analizada en la literatura científica desde diferentes perspectivas teóricas procedentes de diferentes campos de conocimiento, estableciendo una clara distinción entre aquellos autores que perciben la identidad como un constructo universal y estable y aquellos que la perciben como un constructo polisémico, flexible y en continua evolución.

Así, desde una primera perspectiva, es frecuente localizar estudios que analizan la construcción de la identidad profesional desde la Teoría de la Identidad Social desarrollada por Tajfel y Turner (1986). Esta teoría sugiere que los individuos se identifican con un grupo específico, como podría ser el de una profesión (Khalili, Orchard, Laschinger, & Farah, 2013). A través de él dan sentido a quiénes son y crean una manera de entender el mundo social y comportarse en el mismo (Lidskog et al., 2008; Pecukonis, 2014; Pecukonis et al., 2008). En este proceso de identificación, se categorizan a sí mismos para establecer una distinción positiva hacia su propio grupo (Lidskog et al., 2008; Stull & Blue, 2016). En otras palabras, los miembros de un colectivo, a los que los autores denominan miembros *in-group*, desarrollan favoritismo hacia ellos mismos reforzando así su autoconcepto. A su vez, discriminan y proyectan estereotipos negativos hacia los individuos que no forman parte del *in-group*, denominados miembros *out-group* (Colyer, 2008; Green, 2013; Khalili et al., 2013; Lidskog et al., 2008; McNeil et al., 2013; Meleis, 2016; Orchard, 2010; Pecukonis, 2014). De este modo, la identidad se encuentra constituida por discursos promulgados por los propios miembros de un colectivo profesional, quienes enfatizan, por una parte, sus

virtudes, sus victorias y su trato injusto y, por otra, los vicios, errores y logros no merecidos del resto de profesionales procedentes de disciplinas ajenas a la propia (McNeil et al., 2013). Otro ejemplo de teoría que analiza la identidad desde esta primera perspectiva es la teoría constructiva y de desarrollo del *yo* de Robert Kegan adaptada por Bebeau y Monson (2012) para describir las diferentes etapas a través de las cuales los individuos consolidan su identidad profesional (Stull & Blue, 2016).

Por otra parte, otros autores, como se ha mencionado anteriormente, conciben la identidad profesional como un constructo social que, lejos de ser una entidad fija, es un concepto dinámico que se forma y reforma continuamente y que surge por discursos, prácticas y relaciones de poder (Prud'Homme et al., 2015). Desde esta perspectiva, la identidad es pues un constructo que no solamente refleja cuestiones que tienen que ver con la forma en que los individuos se comprenden a sí mismos, sino también en cómo los condicionantes de su entorno, incluyendo las percepciones de los demás, influyen en la construcción de la identidad (Lieff et al., 2012). Éste es el caso de teorías de carácter sociológico como la de Pierre Bourdieu de la que emergen conceptos nucleares como *habitus*⁴, concepto que adquiere las características de un proceso más social, que no personal, sometido a cambios constantes en función de la experiencia (Bonello et al., 2018), o de la teoría de la identidad como práctica de Holland, Lachicotte, Skinner y Cainet (1998), una teoría que entiende que existe una variación individual en términos de identidad y que ésta es moldeada a través de factores históricos, sociales y culturales. En definitiva, desde esta segunda perspectiva, se entiende que las identidades están informadas por las distintas visiones culturales del mundo y por el estatus del individuo dentro de dicha cultura, pero que a su vez también están mediadas, formuladas y reformuladas por los propios individuos en respuesta a diferentes contextos (Olson, Klupp, & Astell-Burt, 2016). Aspecto clarificador de ello, es la concepción de la identidad como un constructo de dos niveles, uno macro y otro micro. Por una parte, el nivel macro representa la cara pública de la profesión, relacionada con el estatus, los privilegios, los deberes y la imagen de la misma. Por tanto, este nivel no es el resultado de una decisión autónoma llevada a cabo por parte de los propios individuos de una profesión, sino que

⁴ Según Bourdieu, el concepto de *habitus* hace referencia a las disposiciones, esquemas o estructuras sociales que determinan cómo son los individuos, cómo se conocen, cómo entienden el mundo que les rodea y cómo lo reproducen, es decir, las estructuras que guían su forma de pensar o de actuar (Bonello et al., 2018).

viene dado por la opinión pública, los avances científicos, el desarrollo tecnológico o las percepciones que otras profesiones tienen sobre ella, entre otros aspectos. Ello demuestra que el nivel macro se encuentra en continua formación y transformación. Por otra parte, el nivel micro se refiere a las tácitas normas de comportamiento de la profesión que condicionan que el individuo hable, pregunte, comprenda el mundo y valore su profesión como lo hacen el resto de miembros de su grupo profesional (McNeil et al., 2013; Wackerhausen, 2009), aspectos que tienen que ver con los procesos de socialización y de profesionalización de los proveedores de salud que se abordan a continuación.

La socialización es un proceso por el que actitudes, creencias, comportamientos, códigos culturales e identidades se transmiten desde los miembros establecidos de una comunidad a los nuevos integrantes de la misma (Bonello et al., 2018; Joynes, 2018; Oandasan & Reeves, 2005). En este sentido, la educación de los futuros profesionales sanitarios ha sido y continúa siendo uniprofesional, protectora y ubicada en general en clases, laboratorios e incluso edificios diferentes (Clark, 2014; Michalec & Hafferty, 2015). Así, los estudiantes de una disciplina, previamente a su inmersión en el ámbito asistencial, socializan en aislamiento del resto de disciplinas para desarrollar una identidad profesional compartida y una base común de conocimientos. Al estar en contacto únicamente con los conocimientos, el lenguaje, las habilidades, los valores y las normas asociadas a los roles de su futura profesión, los estudiantes desarrollan un silo de identidad denominado *identidad uniprofesional* (Bonello et al., 2018; Clark, 2014; Freshwater et al., 2014; Khalili et al., 2014, 2013; Langendyk, Hegazi, Cowin, Johnson, & Wilson, 2015; Michalec & Hafferty, 2015; Thistlethwaite, 2015; Tsou et al., 2015). Así, los fundamentos ontológicos y epistemológicos de las diferentes profesiones aseguran que cada grupo profesional, como anuncia Hall (2005), mire hacia un mismo objeto y vea algo distinto, es decir, que difieran en su visión del mundo, visión que representa un reflejo de los valores en los que han sido aculturados y socializados previamente (Clark, 2014). En sus estudios, Colyer (2008) plasma la consecuencia de esta situación alegando que los profesionales no se perciben como miembros de la tribu de proveedores de salud portadores de una serie de competencias y de valores comunes (Grace et al., 2017), sino de la tribu de cada grupo profesional por separado: la tribu de los médicos, la tribu de las enfermeras, etc (Weller, 2012). Sin embargo, ésta no es su única consecuencia ya que la educación en silos transmite la noción de aquello que significa ser un buen profesional en cada una de las disciplinas (Joynes, 2018; Michalec & Hafferty, 2015; Weller, 2012), a

través de un currículo educativo que promueve la adquisición de una visión del mundo arraigada e incuestionable (Bonello et al., 2018). Ello determina que, si bien algunos elementos de la identidad profesional se toman de forma consciente, otros se reproducen de forma inconsciente, natural, automática y sin apenas implicar el razonamiento y el cuestionamiento de los mismos en la práctica diaria (Wackerhausen, 2009).

De forma similar, el proceso de profesionalización de las profesiones sanitarias ha desencadenado las mismas consecuencias. Las teorías clásicas sobre la profesionalización han puesto el énfasis sobre la diferenciación profesional, la autonomía y el poder sobre el resto de profesionales, es decir, sobre la definición de una serie de características identitarias únicas de una profesión y de un campo de conocimiento y de pericia propios (Hall, 2005). La dedicación de esfuerzos en este sentido ha condicionado las características que toman las relaciones y actitudes establecidas entre los diferentes grupos profesionales (Grace et al., 2017). Dichas actitudes han ido dirigidas, por tanto, a proteger y asegurar áreas de conocimiento y prácticas exclusivas y a regular la entrada de nuevos miembros en las profesiones. De este modo, por una parte, se ha contribuido al desarrollo de profesionales rivales, protagonistas de actitudes competitivas, y, por otra parte, tanto a la creación de territorios disciplinares con fronteras rígidas como a la concepción de los grupos profesionales como entidades cuyos miembros tienen que esforzarse para mantener su existencia y mejorar su posición en relación a otros grupos profesionales vinculados al mismo ámbito de actuación (Baker, Egan-Lee, Martimianakis, & Reeves, 2011; Colyer, 2008; Grace et al., 2017; Khalili et al., 2014, 2013; Pecukonis, 2014). En este sentido, Bourdieu y Wacquant (1992) argumentan que la forma en la que las profesiones han sido constituidas en los diferentes contextos histórico-sociales ha fomentado su colocación en diferentes posiciones de poder (Bonello et al., 2018).

En definitiva, el aprendizaje y la regulación profesional en silos crea un sistema sanitario en el que coexisten diferentes profesionales que presentan y que protegen un modelo teórico, práctico y moral único. Ello desencadena actitudes competitivas entre los proveedores de salud dirigidas a mantener un determinado estatus y a cumplir un proyecto profesional propio, aunque ello implique alejarse de los intereses del paciente (DeMatteo & Reeves, 2013).

2.3.3. Amenazas conceptuales entre la identidad profesional y la práctica colaborativa

La literatura científica evidencia que los profesionales sanitarios se resisten a incorporar la práctica colaborativa interprofesional en su lugar de trabajo (Bonello et al., 2018; Colyer, 2008; D'Amour & Oandasan, 2005; Hamilton, 2011; McNeil et al., 2013; Oandasan & Reeves, 2005; Pecukonis, 2014; Zwarenstein & Reeves, 2002). Entre los motivos de dicha resistencia se encuentra el hecho de que los profesionales son retados a interactuar entre ellos de una forma que a menudo difiere de aquello que marca su identidad profesional, la cual, consecuentemente, se ve amenazada (Hovey & Craig, 2011). Comprender los factores que contribuyen al sentimiento de amenaza a la identidad profesional es primordial para alcanzar una práctica colaborativa efectiva (McNeil et al., 2013). Para ello, a continuación, se analizan las temáticas que giran en torno a la identidad profesional y que impactan en la práctica colaborativa: los roles profesionales, los ámbitos de actuación, la autonomía en el desempeño de las funciones profesionales y el poder.

2.3.3.1. Roles profesionales y ámbitos de actuación

La construcción del rol profesional puede ser definida como un proceso dinámico de creación y de negociación de la función y/o posición que se espera que un individuo ocupe en una organización o en una relación con otro individuo (MacNaughton et al., 2013). Una de las particularidades de la construcción del rol de los profesionales sanitarios es que ésta se encuentra intrínsecamente unida al sentido que los profesionales sanitarios se atribuyen a sí mismos. De este modo, el rol profesional puede llegar a representar aquello que se es en otros ámbitos ajenos al laboral, siendo cualquier amenaza a las fronteras profesionales experimentada como personalmente amenazadora por parte de aquellos profesionales más comprometidos con su rol (Essen et al., 2015; Wackerhausen, 2009).

Los procesos de socialización y de profesionalización previamente expuestos promueven la adquisición de un rol profesional específico, claro y estable (Michalec & Hafferty, 2015). En este sentido, los proveedores de salud tienden a experimentar confort al mantenerse *vis à vis* de los demás y al percibir que sus roles son estables (Green, 2013; Hall, 2005). Ello desencadena como consecuencia un cierto distanciamiento

interdisciplinar y un cierto grado de *profesión-centrismo*⁵. Ambos fenómenos derivan en un limitado conocimiento sobre las prácticas, la pericia, las responsabilidades, las habilidades, los valores, las perspectivas teóricas y, en definitiva, sobre el rol de cada una de las disciplinas que conforman un equipo interprofesional (Bethea et al., 2014; Khalili et al., 2014; McNeil et al., 2013; Prud'Homme et al., 2015; San Martín-Rodríguez et al., 2005).

Este contexto choca con la idea de práctica colaborativa puesto que ésta implica, por una parte, reconocer que puede existir un cierto solapamiento entre los roles propios y los roles de los demás y, por otra, comprometerse a desdibujar las fronteras entre los roles profesionales (Michalec & Hafferty, 2015; Miller et al., 2008). Frente al solapamiento de roles, la literatura científica evidencia que los profesionales sanitarios adoptan diferentes actitudes y modos de afrontamiento. Por una parte, se encuentran aquellos proveedores de salud que ven en la ruptura de las fronteras profesionales, una oportunidad para expandir sus responsabilidades y para construir equipos de trabajo más flexibles con el fin de proporcionar respuestas más efectivas a las necesidades de los pacientes (MacNaughton et al., 2013). Los autores situados desde esta perspectiva defienden que las barreras profesionales no deberían entenderse como marcadores de diferencias, sino como una conexión que permite la comunicación entre los profesionales facilitando así tanto la colaboración interprofesional como la producción de conocimiento (Khalili et al., 2014). En relación a este último aspecto, el solapamiento de roles permitiría promover el desarrollo de los profesionales, quienes alcanzarían mayor grado de pericia, adquirirían y compartirían nuevos conocimientos y habilidades y asegurarían la continuidad de los cuidados, beneficiando así a los receptores de los mismos (MacNaughton et al., 2013; Michalec & Hafferty, 2015). En definitiva, desde esta perspectiva, los autores defienden que no hay que temer a desdibujar las fronteras entre los roles profesionales puesto que ello no implica tener que abandonar un rol específico, sino adoptar de forma simultánea un rol más flexible que permita responder de forma más eficaz y efectiva a las situaciones sobrevenidas (Baxter & Brumfitt, 2008). Sin embargo, en la literatura científica no se apunta claramente cómo proceder a la transición del rol específico al rol desdibujado

⁵ El *profesión-centrismo*, término acuñado por Edward Pecukonis, hace referencia a la preferencia por mirar el mundo a través de la propia perspectiva de la profesión, es decir, a través de aquello que marca la identidad profesional. Se desarrolla a consecuencia del modelo educacional uniprofesional (Pecukonis, 2014; Pecukonis et al., 2008).

destacando como única premisa la necesidad de que exista voluntad para ello y habilidad para respetar, compartir, apoyar y entender los conocimientos, las habilidades y las funciones del resto de profesionales, estrategias que pueden verse obstaculizadas por las diferencias de poder y de estatus en las organizaciones sanitarias (Michalec & Hafferty, 2015). Por otra parte, se encuentran aquellos proveedores de salud que perciben en la ruptura de las fronteras profesionales una amenaza para su identidad profesional, hecho que hace que adopten actitudes de atrincheramiento en la distinción de su rol para asegurar la seguridad de aquellos elementos del mismo que tienen valor para el propio colectivo profesional (McNeil et al., 2013; Michalec & Hafferty, 2015). Estas actitudes promueven la aparición de condiciones no favorecedoras para la práctica colaborativa como son la falta de reconocimiento de la contribución del resto de profesionales con los que se configura el equipo interdisciplinar, el resentimiento y la infrautilización del rol, la sobrecarga de rol o incluso la aparición del síndrome de burnout (D'Amour & Oandasan, 2005; Michalec & Hafferty, 2015). Además de ellas, otra consecuencia de la resistencia al solapamiento de roles es la aparición de guerras territoriales o *turf wars* —término en inglés—, conceptos ligados al impacto de la colaboración sobre los ámbitos de actuación (Freshwater et al., 2014; Khalili et al., 2014, 2013; McNeil et al., 2013; Oandasan & Reeves, 2005; Stull & Blue, 2016).

En este sentido, en el mundo animal, un territorio es una área identificada como propia que se consolida como un dominio exclusivo contra los demás, quienes son considerados como amenazas (Baldwin, 2007). El comportamiento territorial es, pues, la defensa activa de un territorio. A pesar de ser una conducta altamente estudiada en zoología, este comportamiento puede ser extrapolado a la especie humana (Axelsson & Axelsson, 2009). Consecuentemente, el concepto de territorio refiriéndose a un espacio físico se amplía a otras formas más simbólicas como podrían ser el intelecto o el arte (Baldwin, 2007). Así, es frecuente que los profesionales sanitarios perciban que sus ámbitos de actuación son territorios que hay que defender. Sin embargo, la diferencia entre el mundo animal y el mundo de las relaciones interpersonales radica en el hecho de que en el primero, el territorio se marca para evitar enfrentamientos, mientras que en el segundo, marcar el territorio conduce a conflictos y enfrentamientos (Baldwin, 2007). Por tanto, la defensa de los roles, de los ámbitos de actuación y en definitiva de la identidad profesional conduce a la adopción de comportamientos territoriales, reconocidos en la literatura como una de las barreras más relevantes para la colaboración interprofesional (Axelsson &

Axelsson, 2009; Baldwin, 2007; Bonello et al., 2018; San Martín-Rodríguez et al., 2005). Otros autores dan explicación a estos comportamientos planteando que las profesiones poseen un sistema inmunitario que neutraliza la intrusión de elementos extraños, en este contexto a profesionales procedentes de disciplinas ajenas a la propia. La razón por la que se consideran elementos extraños se sitúa en la divergencia entre sus identidades profesionales. Por ello, cuanto más intolerante hacia las diferencias profesionales sea ese sistema inmunitario, más se obstaculiza la práctica colaborativa interprofesional (Wackerhausen, 2009).

2.3.3.2. Autonomía profesional

El término *autonomía* es definido por la *Real Academia Española* como una condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie. En el contexto de la práctica colaborativa, los profesionales sanitarios se cuestionan cómo mantener su autonomía cuando han de unirse a otros para poder cumplir un objetivo común (Pecukonis, 2014). Este pensamiento tiene sus raíces en la formulación de la autonomía como la condición *sine qua non* de la ideología del profesionalismo (Salhani & Coulter, 2009) que se esfuerza por perseguir la independencia profesional, aunque ello no siempre se alinee con los intereses del paciente (Fox & Reeves, 2015; Seenandan-Sookdeo, 2012). Es así, como Reeves, Nelson y Zwarenstein (2008) señalan el pilar de la autonomía profesional como un impedimento para la transición hacia un modelo colaborativo de atención sanitaria. La identificación de esta barrera coincide con el temor de algunos profesionales hacia la práctica colaborativa, entendiendo que ésta supone abandonar su autonomía profesional y, consecuentemente, mostrar una falta de profesionalismo (Thistlethwaite, Jackson, & Moran, 2013). De este modo, según algunos autores, en los equipos sanitarios, una afinidad cultural a la autonomía promueve y apoya el individualismo y la especialización más que la práctica colaborativa (Regan, Laschinger, & Wong, 2016; Rose, 2011; San Martín-Rodríguez et al., 2005).

Paralelamente, algunos investigadores plantean que, si bien los conceptos de colaboración y de autonomía pueden parecer términos opuestos, la interacción entre ellos sugiere más sinergia que conflicto (MacNaughton et al., 2013; Rafferty, Ball, & Aiken, 2001). En este mismo sentido, Derrida (1967) plantea desplazar el sentido de oposición y crear otra manera de pensar en la que no se deba escoger entre dos conceptos supuestamente contrapuestos, como es el caso de la autonomía y de la colaboración, sino entender que

ninguno de los pares es mejor ni superior y que cada uno es importante atendiendo al contexto (Thistlethwaite et al., 2013). Así, algunos autores sugieren que la autonomía profesional no debe tratarse únicamente como un factor constrictor de la práctica colaborativa puesto que también puede ser un factor facilitador de la misma. Según algunos autores, asegurar un nivel apropiado de autonomía a cada uno de los profesionales permite que éstos se sientan respetados y valorados (MacNaughton et al., 2013; Rafferty et al., 2001), aspecto que se traduciría en una mayor motivación para participar y sentirse parte y miembro de un equipo interprofesional. Sin embargo, como indica Rafferty et al. (2001) no puede establecerse qué es pre-condición de qué —autonomía o colaboración— y por este motivo se requieren mayores esfuerzos investigadores dirigidos a explorar el papel de la autonomía dentro de los equipos interprofesionales (MacNaughton et al., 2013).

2.3.3.3. Relaciones de poder en salud

El poder puede definirse como la potestad para influir en el estado o disposición de los demás y para prescribir en ellos condiciones o comportamientos. Al ser un concepto que incluye dimensiones culturales, sociales y políticas, se encuentra influenciado por la cultura profesional (Baldwin, 2007). Así, la cultura profesional además de definir los valores y las costumbres, orientar hacia la etiología de los síntomas y concretar el significado de la salud, el bienestar y el éxito de un tratamiento, también determina, en gran medida, la distribución del poder entre los profesionales sanitarios (Pecukonis, 2014; Pecukonis et al., 2008).

En el sistema sanitario actual existen diferencias de poder basadas en una larga historia de privilegio y de dominancia médica⁶ y en estereotipos de género y de estatus entre las diferentes profesiones sanitarias (Bleakley, 2013; Meleis, 2016; San Martín-Rodríguez et al., 2005; Zwarenstein & Reeves, 2002). Frente a esta situación, algunos autores deconstruyen la falacia de que el simple hecho de reunir a diferentes colectivos profesionales bajo un objetivo común hará desaparecer las jerarquías, los conflictos y las

⁶ Se conoce como dominancia médica al fenómeno por el cual el colectivo médico ha ejercido de forma tradicional y ejerce en la actualidad poder sobre otras disciplinas, como es el caso de la disciplina enfermera. Este fenómeno ha sido identificado como una barrera que impide la transición desde el enfoque uniprofesional al enfoque colaborativo (Bleakley, 2013).

relaciones de poder entre ellos (Paradis & Whitehead, 2015). De este modo, sin abordar los silos uniprofesionales y las diferencias de poder, los objetivos de la colaboración interprofesional no serán alcanzados (Meleis, 2016).

En este sentido, la práctica colaborativa interprofesional en salud representa un reto para una práctica dominada por el poder y por el estatus (Baxter & Brumfitt, 2008; Haddara & Lingard, 2013; Jabbar, 2011). Tradicionalmente, la medicina ha tenido un papel clave en la definición de las áreas de competencia del resto de profesiones sanitarias y ha ejercido su poder sobre ellas y sobre los pacientes (Baker et al., 2011; Price, Doucet, & Hall, 2014). Esta situación contrasta con las características definitorias de la práctica colaborativa puesto que ésta implica una modalidad de atención más equitativa en la que se reconozca el papel de todos los profesionales implicados en el cuidado del paciente, y también a este último, hecho que promovería la dilución de la voz única y dominante de la figura médica en el sistema sanitario (Michalec & Hafferty, 2015; Miller et al., 2008; Rose, 2011). Es por este motivo que, según algunos autores, el colectivo médico se ha resistido a migrar hacia una práctica más colaborativa y no ha renunciado a una parte significativa de su poder en sus relaciones con el resto de profesionales, continuando así a ejercer un poder real sobre las prácticas del resto de proveedores de salud y a mantener su centralidad dentro del sistema sanitario (Hudon, Martin, & Perreault, 2009).

Paralelamente, la vinculación histórica del colectivo médico al poder, a la autoridad y a la toma de decisiones, ha hecho emerger en las últimas décadas un creciente interés en alcanzar un estatus más equiparable al de la medicina por parte de los profesionales tradicionalmente desplazados por la figura médica (Baldwin, 2007; Reeves, Nelson, et al., 2008). Estos profesionales son los que protagonizan un discurso emancipatorio de la práctica colaborativa. Tal discurso consiste en la creencia de que ésta es necesaria para aplanar la jerarquía tradicional del sistema sanitario y empoderar así de forma equitativa a todos los profesionales que históricamente han estado subordinados a la figura médica (Haddara & Lingard, 2013; Reeves, Nelson, et al., 2008; Salhani & Coulter, 2009). Para ello, adoptan actitudes usurpatorias como estrategia para resistir y retar la dominancia médica y su status quo (Freshwater et al., 2014; Grace et al., 2017) y actitudes de aislamiento y autoexclusión para proteger los objetivos y las fronteras del trabajo propio (Baker et al., 2011; Bonello et al., 2018; Salhani & Coulter, 2009). Este afán de poder conduce inevitablemente a que la práctica colaborativa se convierta en el escenario de

guerras territoriales protagonizadas por profesionales que practican actitudes más competitivas que colaborativas, motivadas por el término inglés *jostling for position*⁷ —dar empujones para alcanzar una posición—, término propuesto por Williams y Lawlis (2013). De esta forma se sustituye el objetivo principal de la práctica colaborativa —mejorar los resultados en salud— por el objetivo de reducir la dominancia y el liderazgo médico (Haddara & Lingard, 2013; Reeves, Nelson, et al., 2008). Sin embargo, éste no representa el único escenario puesto que las actitudes usurpatorias y competitivas y, consecuentemente, las relaciones de poder, también emergen entre los grupos profesionales tradicionalmente desplazados por la figura médica (Bonello et al., 2018). En este sentido, Sumner (1906) defiende que cada grupo profesional nutre su propio orgullo y vanidad y presume de superioridad, actitudes que conducen de nuevo no solo a la territorialidad, sino también al aislamiento y al elitismo (Freshwater et al., 2014; Meleis, 2016; Pecukonis, 2014; Pecukonis et al., 2008). A consecuencia de ello, si anteriormente los grupos profesionales, motivados por la resolución de los problemas de salud de los pacientes, eran considerados como pilares de la sociedad, actualmente son vistos como profesionales interesados y motivados por beneficios y privilegios materiales (Axelsson & Axelsson, 2009; Bonello et al., 2018; Salhani & Coulter, 2009).

2.3.4. Relaciones interprofesionales entre médicos y enfermeras

McNeil et al. (2013) argumentan que para comprender la construcción de la identidad profesional de los proveedores de salud y las causas existentes bajo el sentimiento de amenaza a la misma también deben ser analizadas las relaciones interprofesionales y las tensiones y disputas históricas entre ellos, puesto que cualquier conflicto existente entre sus identidades sociales es en la actualidad un reflejo de ello (Price et al., 2014; Salhani & Coulter, 2009). En este sentido, las relaciones médico-enfermera revelan una historia de conflicto y de dominación de la medicina sobre la enfermería vinculada a la temática del poder y a las jerarquías en la organización del sistema sanitario (Engel, Prentice, & Taplay, 2017; Price et al., 2014), historia que permanece en la actualidad y que se consolida como un impedimento para convertir la práctica colaborativa en una realidad

⁷ El término inglés *jostling for position* hace referencia a la defensa de los roles profesionales y ámbitos de actuación propios, de la autonomía, del poder y, en definitiva, de la identidad profesional propia frente al resto (Olson & Brosnan, 2017).

(Orchard, 2010; Price et al., 2014; Reeves, Nelson, et al., 2008; Regan et al., 2016; Salhani & Coulter, 2009; Zwarenstein & Reeves, 2002).

Un estudio relevante para conocer la naturaleza de las relaciones entre ambos colectivos profesionales es el de Stein (1967). Este autor expuso las reglas que regían las relaciones entre médicos y enfermeras asumiendo que los médicos —varones, dominantes, responsables del diagnóstico, de las intervenciones quirúrgicas y de la prescripción farmacológica— eran los encargados de tomar las decisiones clínicas, mientras que las enfermeras —mujeres subordinadas— eran las responsables de tareas de carácter doméstico y emocional y del servicio al paciente. En 1990, al revisar su trabajo, Stein expuso que la situación había evolucionado. Las enfermeras habían empezado a dar consejos a los pacientes, a resistirse a su rol subordinado y a asumir nuevos roles como cuidadoras. Estos desarrollos estaban vinculados a un progresivo equilibrio igualitario de poder entre los géneros, a los cambios en las profesiones y en las relaciones, a la incorporación de la mujer en los estudios de medicina, a una mejora del estatus de la enfermería y a una declinación en el estatus médico debido fundamentalmente al paulatino acceso a la información que iba adquiriendo el paciente (Price et al., 2014; Reeves, Nelson, et al., 2008; Zwarenstein & Reeves, 2002).

Por otra parte, en cuanto a la construcción de la identidad profesional, Eliot Freidson (1985) constató que el colectivo médico había adquirido su autonomía profesional imponiéndose progresivamente como la única práctica sanitaria válida y contraatacando el resto de prácticas no fundamentadas en su saber. Así, el cuerpo médico monopolizó la oferta de curas y se convirtió en una profesión. La evolución de la ciencia y de la tecnología convirtieron la ciencia médica en una ciencia cada vez más compleja, aspecto que dificultó el manejo de todas las prácticas por parte del propio colectivo. Fue así como resultó la creación de profesiones paramédicas que fueron asumiendo todas aquellas funciones que el médico delegaba.

La historia profesional de la medicina continúa teniendo profundas consecuencias sobre la división actual del trabajo en el sector de la sanidad y consecuentemente sobre la concepción que los propios profesionales tienen de su identidad profesional (Hudon et al., 2009). En este sentido, el colectivo médico se ve rodeado de estereotipos vinculados a sus mayores capacidades intelectuales, a su mayor responsabilidad para tomar decisiones y a su autonomía, dominancia y superioridad. Contrariamente, plagada de

estereotipos que reflejan los roles tradicionales de la mujer del siglo XIX, la enfermera representa valores y comportamientos vinculados a su sumisión a la autoridad, al altruismo, a la obediencia, al cuidado, a la crianza y a la carencia del rigor intelectual necesario para adquirir e implementar prácticas basadas en la evidencia (Engel et al., 2017). Todo ello responde en cierto modo a la existencia de un sistema patriarcal en el que la razón y el pensamiento son codificados como masculinos mientras que la emoción y el cuerpo son codificados como femeninos. Dicha división y oposición condiciona que se haya establecido una dicotomía y una jerarquía entre la emoción, asociada al colectivo enfermero, y la cognición, asociada al colectivo médico (Bell, Michalec, & Arenson, 2014; Langendyk et al., 2015; R. Olson & Brosnan, 2017; Price et al., 2014; Rafferty et al., 2001; Seenandan-Sookdeo, 2012). En la actualidad, los roles del poder y del género continúan ejerciendo fuerza sobre la estructura de un sistema sanitario que, a pesar de la incorporación de la mujer al mundo de la medicina y de la profesionalización de la enfermería, sigue posicionando la enfermería y la medicina como profesiones contrarias y como inferior y superior, respectivamente, en relación al cuidado del paciente (Price et al., 2014).

Si bien en la literatura es frecuente la culpabilización de la profesión médica de las dificultades para una colaboración interprofesional eficaz, algunos estudios sugieren que las divisiones y las tensiones dentro de la disciplina enfermera, fruto de las perspectivas sobre su identidad, han contribuido a su subordinación a la medicina y a la carencia de un ascenso en su estatus profesional (Salhani & Coulter, 2009). Así, las conclusiones de algunos estudios apuntan que, a pesar de que el colectivo enfermero se encuentra en una posición estratégica para promover una cultura de práctica colaborativa, las enfermeras y la profesión enfermera han sido más bien un obstáculo para ello (Orchard, 2010; Regan et al., 2016). Entre los motivos apuntados por dichos autores se encuentra el hecho de que la orientación de sus estudios sigue resaltando las diferencias entre el cuidar y el curar como una forma de defender la autonomía profesional, la singularidad de la profesión y su contribución específica en el sistema sanitario (Krogstad, Hofoss, & Hjortdahl, 2004; Price et al., 2014; Salhani & Coulter, 2009). En este sentido, a pesar de no existir consenso sobre su definición, el cuidado ha sido considerado como el concepto central y característico de la práctica enfermera y el concepto alrededor del cual se ha construido su identidad profesional. Otros autores añaden que la focalización en el cuidado como contribución específica de la disciplina enfermera ha podido convertirse no solamente en

un impedimento para la práctica colaborativa, sino también para la evolución de la propia profesión (Thistlethwaite et al., 2013). En definitiva, parece que, a pesar de que el concepto de cuidado, como el resto de conceptos, sea dinámico y temporal y pueda ser interpretado y reinterpretado a lo largo del tiempo, la esencia central del mismo permanece en la actualidad y desencadena consecuencias negativas sobre las posibilidades para una práctica interprofesional eficaz (Sargent, 2012).

En el contexto español, las relaciones entre médicos y enfermeras han estado y continúan estando influenciadas por procesos históricos. Concretamente, cabe destacar aquellas cuestiones que tienen que ver con las consecuencias que la dictadura franquista (1939-1975) tuvo sobre la política educativa y los derechos de la mujer. En dicho periodo, la educación estuvo impregnada de valores nacionalcatolicistas que unían firmemente el Estado con la religión católica. Uno de los hechos más representativos de ello fue el adoctrinamiento y la separación de niños y niñas en la enseñanza. Dichos valores trascendieron a otros ámbitos y supusieron un retroceso en cuanto a los derechos de la mujer, a la que, reforzando su rol tradicional en la sociedad, se relegó al ámbito doméstico y se subordinó a la figura masculina, dificultando así su acceso al trabajo productivo. Concretamente, en el ámbito sanitario, el médico ostentaba todo el poder y delegaba tareas a tres colectivos: los practicantes, las matronas y las enfermeras. Los practicantes, más valorados socialmente, eran mayoritariamente hombres que, obedeciendo las órdenes médicas, se encargaban de la vertiente más técnica de la actual profesión enfermera. Las matronas se encargaban principalmente de atender los partos eutócicos bajo supervisión médica. Finalmente, las enfermeras eran mujeres con un marcado carácter vocacional, religioso, dependiente del estamento médico y dedicadas a cuidar. En cuanto a la formación que recibieron estos tres colectivos, en el ámbito educativo, el modelo paternalista de la educación en salud legitimó y justificó el control de los médicos sobre la educación enfermera. Así, fue el colectivo médico el encargado de diseñar el currículum enfermero, aspecto que permitió a este colectivo construir la formación enfermera de tal forma que ésta fuese inferior a la formación médica (Miró et al., 2008). De este modo, las tareas menos valoradas fueron relegadas a la enfermería mientras que las tareas con mayor prestigio científico y los proyectos tecnológicos pasaron a formar parte de la formación médica (Bell et al., 2014).

A mediados del siglo XX, en 1953, se fusionaron las tres vertientes ocupacionales anteriormente mencionadas en la figura del ayudante técnico sanitario (ATS) cuyas

funciones eran exclusivamente auxiliares, dependientes del médico y centradas en la enfermedad y en la tecnificación de la práctica. Durante esta etapa, los manuales de formación transmitían la concepción de que el médico debía ser el superior de la enfermera, el representante de Dios y el responsable de la toma de decisiones y de la delimitación de las funciones del resto de profesiones. Por ello, sus órdenes debían acatarse sin cuestionarlas en ningún caso. Por otra parte, se indicaba que las enfermeras debían tener buena salud física, psíquica y emocional, no con la intención de que éstas gozaran de bienestar, sino con el propósito de que su condición de salud les permitiera desempeñar sus funciones de forma eficaz. Asimismo, debían presentar buena memoria, juicio recto y agilidad mental para cumplir las órdenes médicas, y cualidades morales cristianas como la generosidad, la benevolencia, la caridad, la entrega, la devoción, la paciencia y la piedad, entre otras, para poder estar al servicio del paciente (Miró et al., 2008). Como algunos autores plantean, el lenguaje utilizado, en este caso en los manuales de formación, no fue inocente, sino activo y con consecuencias sobre la forma en que se conceptualizaron y se continúan conceptualizando las identidades de los profesionales sanitarios (Freshwater et al., 2014). Más adelante, en 1977, los estudios de ATS se incorporaron a la Universidad y se creó la figura del diplomado en enfermería (Miró et al., 2008).

En definitiva, la relación médico-enfermera no ha sido una relación colaborativa equitativa en nuestro contexto, sino una colaboración jerárquica caracterizada por la subordinación, la sumisión, la obediencia y la dependencia de la enfermera al médico. El médico asumía el mando del equipo y era la máxima autoridad mientras que la enfermera era la auxiliar, es decir, la mano ejecutora del médico. Cabe mencionar sin embargo que se reconocía la necesidad de colaboración con un fin común, el bienestar del paciente, pero conservando cada uno el puesto que le correspondía, el médico como jefe y la enfermera como ejecutora. Así, las relaciones entre el colectivo médico y enfermero parecen haber cristalizado, pues las consecuencias de la dictadura franquista en esta temática perduran en la actualidad invadiendo discursos, prácticas y relaciones de poder (Miró et al., 2008).

Para concluir este apartado, cabe mencionar que, como consecuencia de los procesos históricos anteriormente expuestos, en cuanto a la identidad profesional de las enfermeras, en nuestro contexto coexisten dos perspectivas sobre la misma, una intradisciplinar y otra más social, que condicionan las relaciones establecidas con otros

profesionales. La perspectiva intradisciplinar entiende la existencia de una identidad profesional única y universal construida en detrimento al resto de identidades. Basándose en la defensa de rasgos, prácticas y territorios profesionales propios, desde esta perspectiva emanan definiciones de práctica colaborativa que dejan entrever que se trataría de un proceso que consiste en colaborar con el enemigo (Petri, 2010; Thistlethwaite, 2015; Thistlethwaite et al., 2013), desencadenando así una práctica más competitiva que colaborativa. Por otra parte, la perspectiva más social asume que la identidad es un constructo social y dinámico que surge por discursos, prácticas y relaciones de poder. Consecuentemente, no defiende la identificación de características distintivas entre las profesiones, sino la necesidad de valorar las competencias que cada profesional puede desempeñar en relación a un objetivo común en el paciente, aspecto que apuntaría a un modelo más colaborativo (Miró et al., 2008).

3. Orientación teórica

Los paradigmas representan formas de ver el mundo que nos rodea, el lugar que ocupamos en él y las relaciones que con él podemos establecer. Cada uno de ellos se construye en base a tres dimensiones o cuestiones —ontológica, epistemológica y metodológica—, la respuesta a las cuales determina la posición que el investigador adopta para abordar el fenómeno de estudio (Guba, E. G., & Lincoln, 1994). En este sentido, el paradigma desde el que me sitúo como investigadora y que va a abarcar el presente proyecto de investigación es el paradigma crítico social. Así, desde el punto de vista ontológico, entiendo que la realidad es dinámica y se encuentra construida y moldeada en torno a valores sociales, políticos, culturales, económicos y de género que posteriormente cristalizan en una serie de estructuras consideradas como reales, naturales e inmutables. Desde el punto de vista epistemológico, el paradigma crítico social es transaccional y subjetivista por lo que asumo que como investigadora me encuentro en constante interacción con el fenómeno de estudio y ejerzo influencia sobre él. Finalmente, desde el punto de vista metodológico, este paradigma es dialéctico y dialógico. Así, este proyecto se caracteriza por el establecimiento de un diálogo entre mi *yo* investigador y el fenómeno de estudio permitiendo de este modo la transformación de mi ignorancia y de los conceptos naturalizados —debido a estructuras socialmente e históricamente mediadas— en una consciencia más informada (Guba, E. G., & Lincoln, 1994).

Los aspectos básicos del paradigma crítico social enunciados por Kincheloe y Steinberg (1997) que guían este proyecto de investigación son los siguientes (Kincheloe & McLaren, 2005):

- Todo pensamiento se encuentra mediado por relaciones de poder que han sido social e históricamente construidas.
- Ningún fenómeno puede ser desvinculado del dominio de los valores o de su inscripción ideológica.
- La relación entre el concepto y el objeto y entre el significado y el significante, lejos de ser fija, se encuentra mediada por relaciones sociales de producción capitalista y de consumo.
- El lenguaje es fundamental en la construcción de la subjetividad.

- Toda sociedad contemporánea está caracterizada por una opresión que es reproducida cuando los individuos subordinados aceptan su estatus social como natural, necesario e inevitable.
- La opresión presenta varias dimensiones, por lo que focalizar la atención en una de ellas supone la supresión de las interrelaciones entre ellas.
- Las prácticas investigadoras dominantes implican, aunque a menudo de forma no deliberada, la reproducción de los sistemas de clase, raza y opresión del género.

En cuanto a la finalidad última del investigador situado desde este paradigma, cabe señalar que es la de transformar las estructuras sociales, políticas, culturales, económicas y de género, entre otras, que limitan la humanidad y que desencadenan enfrentamientos y conflictos (Guba, E. G., & Lincoln, 1994). A través de ello, reconsidero la necesidad de construir relaciones de equidad y de independencia frente a la aculturación de los individuos en relaciones de dominación y de subordinación en las que los individuos se sienten cómodos al haberlas naturalizado (Kincheloe & McLaren, 2005).

Desde el paradigma crítico social, para el futuro análisis y comprensión de los resultados de este proyecto, usaré algunos de los conceptos clave de la teoría de Justicia Social de Nancy Fraser, intelectual feminista de origen estadounidense y profesora de Ciencias políticas y Filosofía en la Universidad *The New School* de Nueva York. En una primera fase de indagación en la teoría, percibo que conceptos como *redistribución*, *reconocimiento* o *paridad participativa* pueden resultar de sumo interés y utilidad para comprender el fenómeno de estudio.

La teoría de Justicia Social de Nancy Fraser defiende que ni la redistribución ni el reconocimiento por separado son suficientes para superar las desigualdades y las injusticias existentes en las sociedades contemporáneas. Como consecuencia, en sus inicios, esta autora teoriza un concepto bidimensional de justicia social que integra tanto perspectivas redistributivas de igualdad social como de reconocimiento de la diferencia. Desde la necesidad de redistribución, la injusticia se define como socioeconómica, es decir, arraigada en la estructura económica de la sociedad. Son ejemplos de ella la explotación laboral, la marginación económica que destina las tareas indeseadas o mal pagadas a los colectivos vulnerables o la privación de ciertos recursos a los ciudadanos. Desde esta perspectiva, la resolución de la injusticia pasaría por la redistribución de la riqueza, la reorganización del trabajo y la democratización en la toma de decisiones. En

cambio, desde la necesidad de reconocimiento, la injusticia se interpreta como cultural y arraigada en los patrones sociales de representación, interpretación y comunicación. Dichos patrones tienen como principales consecuencias (1) la dominación cultural, es decir, la asimilación e imposición de patrones de representación, de comunicación y de interpretación de otras culturas diferentes a la propia; (2) el no reconocimiento de algunos grupos, es decir, la invisibilización de sus prácticas; y (3) la falta de respeto hacia sus creencias y hacia su cultura mediante el menosprecio de las mismas (Fraser & Honneth, 2006; Guerra Palmero, 2009). Desde este enfoque, la resolución de la injusticia implicaría realizar cambios culturales o simbólicos que permitiesen revalorizar de forma ascendente las identidades no respetadas, reconocer la diversidad y desinstitucionalizar los patrones de valor cultural. Concretamente, esta última medida supondría el fin del autoritarismo, el dar voz a aquellos que nunca la han tenido y el cambio de la identidad social de todos (Fraser & Honneth, 2006). En definitiva, Fraser argumenta que, *a pesar de las diferencias entre ambas, tanto la injusticia socioeconómica como la cultural impregnan nuestras sociedades contemporáneas. Ambas están enraizadas en procesos y prácticas que sistemáticamente desfavorecen a ciertos grupos de personas frente a otros. Ambas, en consecuencia, deben ser remediadas* (Máiz & Águila, 2009, pp 346).

Sin embargo, años más tarde, Fraser convierte su teoría bidimensional de Justicia Social en una teoría tridimensional en la que aparece con ímpetu un concepto que se convertirá en el núcleo central de su teoría: la representación o paridad participativa. Alcanzar esta tercera categoría requiere de la presencia de una condición objetiva que de voz a todos los participantes y una condición subjetiva que garantice el respeto y la igualdad de oportunidades para todos los colectivos. Asimismo, la representación debe tratarse tanto de manera intergrupala, es decir, reconociendo que la mayoría puede estar impidiendo la paridad participativa de la minoría, como de manera intragrupal, evaluando los efectos de subordinación interna que las prácticas minoritarias pueden suponer dentro de la propia cultura (Fraser & Honneth, 2006).

A pesar de la elección de esta teoría, no descarto utilizar otras teorías cuyos conceptos nucleares puedan dar mejor explicación a aquello que la teoría de Justicia Social de Nancy Fraser no puede dar respuesta, como podrían ser el pensamiento de Judith Butler o de Seyla Benhabib. Puesto que se trata de teorías que no han sido utilizadas en el ámbito de la salud, tampoco descarto, a través de este estudio, generar nuevos conceptos que reflejen las particularidades del mundo sanitario.

3.1. Traslación de la teoría de Justicia Social de Nancy Fraser al fenómeno de estudio

Nancy Fraser redefine y reformula el concepto de justicia social frente a una sociedad en la que existen colectivos que no pueden participar de forma paritaria en la vida social. Entre las causas de esta situación se encuentran cuestiones vinculadas a la distribución de recursos, al reconocimiento de sus identidades y a la representación de sus voces. Esta autora dirige su teoría hacia el abordaje de las injusticias en las que se encuentran inmersas las mujeres, la comunidad LGTB y las minorías étnicas, entre otros colectivos (Fraser, 2000). Sin embargo, la exploración de los conceptos nucleares de su teoría y los argumentos en torno a ellos, nos han permitido, en cierto modo, realizar traslación de las bases en las que se fundamenta la injusticia social a la comprensión de las injusticias que, en el contexto de la práctica colaborativa, se producen en el seno de las relaciones interprofesionales, y más concretamente entre médicos y enfermeras. De esta forma, entendemos que la opresión y las desigualdades de los colectivos vulnerables en la sociedad se asemejan a las desigualdades que existen entre los profesionales sanitarios en base a la disciplina profesional a la que pertenecen.

Apoyándome en la teoría de Justicia Social de Nancy Fraser, podría argumentar que la disciplina profesional se consolida como una categoría, que al igual que el género, se encuentra arraigada tanto en la estructura económica como en el orden de estatus dentro de las organizaciones sanitarias. Concretamente, desde el punto de vista de la distribución, los profesionales sanitarios disponen de un espacio, de un tiempo, de un acceso a recursos y de una remuneración diferencial en función de la disciplina profesional a la que pertenecen. Asimismo, desde el punto de vista del reconocimiento y de la representación, la disciplina es el determinante que marca el papel en la toma de decisiones, el valor atribuido al trabajo, la estima propia y la recibida, la autonomía, los roles profesionales, los ámbitos de actuación y el poder, entre otros aspectos. Un enfoque integrador que incluya el abordaje de la redistribución, del reconocimiento y de la representación permitiría alcanzar el establecimiento y mantenimiento de las condiciones necesarias para una colaboración interprofesional eficaz, defendiendo tanto la igualdad social de los miembros que configuran los equipos interprofesionales como el reconocimiento de sus diferencias (Fraser & Honneth, 2006).

Para lograr dicho propósito se requerirá, como se ha mencionado anteriormente, de la desinstitucionalización de los patrones de valor cultural que rigen las relaciones interprofesionales, tarea ardua puesto que como afirma la autora *no habrá forma de remediar una disparidad sin crear o exacerbar otra*. A modo de ejemplificación de esta situación, en cuanto al estatus profesional, a pesar de que éste pueda ser redistribuido, el hecho de que un grupo con menor estatus —en este caso el colectivo enfermero— adquiera uno mayor implica necesariamente que el grupo con mayor estatus —en este caso el colectivo médico— pierda parte del suyo. De este modo, no sería posible para este último colectivo mantener su elevado estatus profesional a la vez que el del resto de proveedores de salud aumenta, reto que coincide con uno de los retos a los que también se enfrenta la práctica colaborativa (Whitehead, 2007).

En cuanto a las amenazas conceptuales entre la práctica colaborativa y la identidad profesional, Fraser argumenta que las luchas por el reconocimiento pueden en algunas ocasiones, como en el caso de la aparición del sentimiento de amenaza hacia la identidad profesional y de la adopción de comportamientos territoriales, fomentar el separatismo y la intolerancia, promoviendo una interacción no respetuosa a través de las diferencias (Fraser & Honneth, 2006). En este sentido, las autoridades y los profesionales más comprometidos con la justicia social y con una sociedad más equitativa tenderán a entender el interprofesionalismo, el aplanar la jerarquía, el trabajo en equipo, el empoderamiento del paciente y los cuidados centrados en el paciente de forma positiva y la regulación y el aprendizaje en silos, las diferencias de poder y la competición interprofesional de forma negativa (DeMatteo & Reeves, 2013).

En definitiva, los paradigmas de redistribución, de reconocimiento y de representación permiten la exploración y la comprensión de algunos aspectos mencionados en mi reflexividad. Entre ellos se encuentran mi interés por explorar si, en nuestro contexto, la organización del sistema sanitario y el funcionamiento de los equipos interprofesionales responden al mantenimiento de los privilegios y beneficios de ciertas disciplinas profesionales y no a la prestación de una atención sanitaria de calidad y por comprender cómo las estrategias de afrontamiento hacia la práctica colaborativa favorecen el mantenimiento de dicho orden o cómo la disciplina y el género sitúan en diferente posición de poder a los distintos proveedores de salud.

4. Metodología del estudio

Este proyecto usará la metodología cualitativa, siendo ésta la más adecuada para responder a la pregunta de investigación y a los objetivos que se plantearán a continuación. Denzin y Lincoln (2005) definen la investigación cualitativa como un conjunto de prácticas interpretativas y materiales que hacen visible el mundo y que permiten una aproximación interpretativa y naturalista del mismo a través de la cuál transformarlo. Ello implica que los investigadores cualitativos intentan dar sentido e interpretar los fenómenos a partir de los significados que las personas les atribuyen.

La metodología cualitativa entiende que la identificación de la realidad y de la ciencia únicamente con lo cuantificable impide la comprensión de los fenómenos complejos (Berenguera et al., 2014). Así, el uso de esta metodología de estudio permitirá estudiar y comprender qué discursos se articulan alrededor de la identidad y de las condiciones necesarias para la colaboración interprofesional dentro de las organizaciones sanitarias y cómo y porqué se producen en un contexto determinado como es el del ámbito sanitario especializado. Adentrarse en la complejidad de la experiencia humana, comprender los significados, valores, creencias, motivaciones y actitudes de los participantes del estudio, posibilitará la exploración en profundidad de esta compleja temática (Sánchez Molina, 2009).

4.1. Pregunta de investigación y objetivos

La pregunta de investigación ocupa una posición central en el proceso de investigación. Su importancia se asienta en el hecho de que lo que se pregunte y cómo se pregunte condicionará el método de investigación y la generación de conocimiento (Arantzamendi, López-Dicastillo, & Vivar, 2012; De la Cuesta-Benjumea, 2008). En este sentido, la pregunta y el objetivo principal que motiva y guía este proyecto de investigación es la siguiente:

¿Cómo influyen los discursos identitarios de médicos y enfermeras de atención especializada de los hospitales públicos de Mallorca en su percepción sobre las condiciones necesarias para la colaboración interprofesional según su disciplina y su género?

Para poder alcanzar dicho fin se han planteado los siguientes cinco objetivos específicos:

1. Explorar los discursos que las enfermeras y médicos tienen acerca de su identidad profesional en función de su disciplina y su género.
2. Examinar los elementos disciplinares y de género que desde la perspectiva de las enfermeras y médicos influyen en el reconocimiento profesional.
3. Describir cómo se distribuyen los recursos dentro de las organizaciones sanitarias según la perspectiva de las enfermeras y médicos en función de su disciplina y su género.
4. Explorar las diferencias que enfermeras y médicos perciben en torno a la representación profesional dentro de las organizaciones sanitarias en función de la disciplina profesional y del género.
5. Analizar las estrategias que enfermeras y médicos proponen para mejorar los aspectos de reconocimiento, distribución de recursos y representación para una colaboración interprofesional más eficaz según su disciplina profesional y su género.

4.2. Diseño metodológico

Desde la metodología cualitativa, se plantea un diseño etnometodológico de análisis del discurso. La etnometodología es una rama de la investigación humana que tiene sus orígenes en la década de los sesenta y setenta en las universidades californianas, siendo su obra más representativa *Studies in Ethnomethodology* de Harold Garfinkel (1991) (Rodríguez Gómez, Gil Flores, & García Jiménez, 1997). Una de las corrientes etnometodológicas más ampliamente difundidas es precisamente aquella que se encarga del estudio de las prácticas en los ámbitos de trabajo (Rawls, 2008), temática central de este proyecto de investigación. Este diseño trata de describir y comprender las maneras —métodos y prácticas— a través de las que los individuos crean y mantienen el orden social en un determinado contexto (Rawls, 2008; ten Have, 2004). Así, fundamentalmente mediante el análisis de la conversación, explora la naturaleza de dicho orden mantenido por sujetos considerados como agentes activos en la construcción de la realidad a la que pertenecen (Firth, 1995). No usa, por tanto, técnicas naturalistas como la observación ya que, a diferencia de la etnografía, únicamente se interesa por conocer y capturar el significado de los discursos que mantienen los individuos (Arantzamendi et al., 2012). De este modo, este proyecto de investigación incluye técnicas de recogida de datos conversacionales, como la entrevista y el grupo de discusión, y documentales, como el diario de campo de la propia investigadora.

Por otra parte, según Foster (2013), el discurso es parte integrativa del ser humano puesto que todas las prácticas tienen un aspecto discursivo. Así, éste permite comprender y tomar conciencia de las relaciones y actividades en las que los individuos se encuentran involucrados, fundamentalmente a través de su narración vital —las historias que cuentan sobre ellos y sobre los demás— y de las representaciones de la realidad material que ellos mismos toman como verdad. Asimismo, cabe señalar que el discurso se encuentra íntimamente ligado al poder, ya que éste es rutinariamente aplicado a la regulación de la conducta social en las prácticas diarias.

El análisis del discurso es pues el tipo de análisis escogido para ordenar, estructurar y dar significado a los datos obtenidos, es decir, para transformar los datos “brutos” en datos “útiles” y comprender así el fenómeno de estudio. Íñiguez y Antaki (1994) definen el análisis del discurso como un conjunto de prácticas del habla o del lenguaje que promueven y mantienen ciertas relaciones sociales. A través de esta definición, los autores transmiten que cualquier fenómeno social se expresa a través del lenguaje (Berenguera et al., 2014). Otros autores como Amezcua y Gálvez (2002) añaden que éste se caracteriza por presentar una perspectiva crítica de los problemas sociales, de la desigualdad y del poder. De este modo, se encarga de estudiar la forma en que el abuso de poder, la dominancia y la inequidad se construyen, se reproducen y permanecen a través del texto y del habla en un contexto sociopolítico determinado. Para poder alcanzar dicho propósito, el análisis crítico del discurso debe cumplir con los siguientes requisitos (Van Dijk, 2003):

1. Focalizarse en problemas sociales y cuestiones políticas, más que en los paradigmas o modas actuales.
2. Centrarse en el análisis crítico del discurso de fenómenos sociales desde una perspectiva multidisciplinar.
3. Tratar de explicar las estructuras del discurso en términos de interacción social y, especialmente, de estructura social.
4. Centrarse en explicar cómo se forma, confirma, legitima o reproduce el discurso y cómo retar las relaciones de poder y de dominancia en la sociedad.

Esta metodología ha sido tradicionalmente usada en temáticas vinculadas a la inequidad de género, a los discursos de los medios de comunicación y de la política, al etnocentrismo, antisemitismo, nacionalismo y racismo y al poder profesional e

institucional. En todas estas temáticas, el poder y la dominancia se encuentran asociados a la esfera social, a las élites e instituciones profesionales y a las normas y rutinas que forman las bases de la reproducción discursiva cotidiana del poder en estos dominios y estas instituciones. En el caso del ámbito sanitario, el análisis crítico del discurso ha sido mayoritariamente utilizado para abordar las relaciones de poder existentes entre la figura médica y el paciente (Van Dijk, 2003).

4.3. Participantes, muestreo, reclutamiento y acceso al campo

Los participantes de este proyecto de investigación serán enfermeras y médicos en ejercicio profesional en los hospitales públicos del nivel asistencial de atención especializada de Mallorca. Concretamente, los centros hospitalarios seleccionados han sido el Hospital Universitario Son Espases, el Hospital Universitario Son Llàtzer, el Hospital de Manacor y el Hospital Comarcal de Inca, centros públicos que, atendiendo a los datos del *Servei de Salut de les Illes Balears* (IB-Salut), corresponden a las gerencias de mayor envergadura (consulte *Figura 1*).

Atención especializada del <i>Servei de Salut de Mallorca</i>	Hospital universitario Son Espases
	Sector sanitario de Ponent (Palma)
	Camas: 824
	Gerencias adscritas: <ul style="list-style-type: none"> •Hospital Psiquiátrico (Atención en salud mental. Camas:168) •Hospital General (Atención sociosanitaria. Camas: 100)
	Hospital universitario Son Llàtzer
	Sector sanitario de Mitjorn (Palma)
	Camas: 419
	Gerencia adscrita: <ul style="list-style-type: none"> •Hospital Joan March (Atención sociosanitaria. Camas: 106)
	Hospital de Manacor
	Sector sanitario de Llevant (Manacor)
	Camas: 238
	Hospital Comarcal de Inca
	Sector sanitario de Tramuntana (Inca)
	Camas: 165

Figura 1. Nivel de atención especializada del *Servei de Salut de Mallorca*. Hospitales gestionados por el *Servei de Salut de les Illes Balears*. Datos correspondientes al 1 de enero de 2017.

El Hospital Psiquiátrico y el Hospital General, adscritos a la gerencia del Hospital Universitario Son Espases, y el Hospital Joan March, adscrito a la gerencia del Hospital Universitario Son Llàtzer, han sido excluidos de este proyecto por cuestiones que tienen que ver con las particularidades de las dinámicas que rodean la prestación de cuidados especializados, como es el caso de los cuidados en atención sociosanitaria o salud mental. Finalmente, el criterio de selección de los hospitales públicos y la consecuente exclusión de los hospitales privados ha sido establecido en base a que, por cuestiones vinculadas a los mecanismos de gestión, la estructura organizativa de los hospitales privados difiere de la de los hospitales públicos y afecta a las dinámicas interprofesionales de forma distinta.

Por otra parte en cuanto a los participantes, en la investigación cualitativa, el procedimiento de muestreo viene determinado por la pregunta de investigación, los objetivos y la metodología del estudio, y no por la necesidad de crear resultados generalizables (Higginbottom, 2004). Así, puede inferirse que uno de los atributos más destacados del muestreo en la metodología cualitativa es precisamente priorizar la calidad sobre la cantidad (Koerber & McMichael, 2008). Concretamente, para este proyecto, la muestra de participantes será seleccionada mediante muestreo intencional. Este tipo de muestreo ha sido definido como un proceso de selección realizado en base a la presencia de una serie de características necesarias para responder a preguntas sobre una temática concreta, en este caso, por la capacidad de los sujetos para ilustrar el fenómeno de estudio y descubrir relaciones de poder (Higginbottom, 2004; Koerber & McMichael, 2008).

Atendiendo a la existencia de una variable como es la disciplina profesional, se escogerá una muestra idéntica de participantes de cada grupo profesional que, a pesar de su reducido tamaño, generará una gran cantidad de información que será estudiada en profundidad (Curtis, Gesler, Smith, & Washburn, 2000). Esta muestra de sujetos responderá al principio más importante del muestro intencional: la máxima variación, es decir, la inclusión en ella de la máxima variedad de perspectivas posibles (Koerber & McMichael, 2008). Dicho principio, podrá asegurarse mediante la formulación de criterios de inclusión y de exclusión. En este sentido, se establecerán dos criterios de inclusión. En primer lugar, ser enfermera o médico en ejercicio profesional en el Hospital Universitario Son Espases, Hospital Universitario Son Llàtzer, Hospital de Manacor u Hospital Comarcal de Inca y tener un tiempo de experiencia laboral comprendido entre 3 y 5 años. Este criterio se justifica por el hecho de que, con un tiempo inferior de

experiencia, los profesionales poseen un menor nivel de socialización y de conocimientos acerca del funcionamiento hospitalario, de las interacciones y de las dinámicas interprofesionales, aspectos que pueden condicionar su discurso. En segundo lugar, haber aceptado de forma voluntaria participar en el estudio y haber firmado la hoja de consentimiento informado. Por otra parte, se establecerán dos criterios de exclusión. En primer lugar, ser enfermera o médico en ejercicio profesional en los hospitales anteriormente mencionados cuyo turno de trabajo sea exclusivamente nocturno. En segundo lugar, ser enfermera o médico en ejercicio profesional en el área ambulatoria de los hospitales incluidos en este estudio. La justificación de ambos criterios se basa en el hecho de que representan el turno y el ámbito de ejercicio en los que existen menor cantidad de interacciones interdisciplinarias, aspecto que puede condicionar el discurso de los profesionales.

Como es habitual en la investigación cualitativa y al encontrarme en una posición de investigadora novel externa al entorno clínico (Pope, 2005), el acceso al campo y a los participantes se realizará a través de la figura de los informantes clave, en este caso directores, supervisores y responsables de docencia e investigación de los hospitales incluidos en este estudio. Dichos informantes serán contactados a través de correo electrónico con el fin de concertar un encuentro para comunicarles los objetivos de la presente investigación y favorecer así que puedan ayudarme en la fase de reclutamiento. Una vez conocidos los propósitos del proyecto se espera que puedan enviar un correo institucional a los médicos y enfermeras en ejercicio profesional en sus respectivos centros hospitalarios en el que figure información clave sobre el proyecto —título, objetivos, criterios de inclusión y exclusión de los participantes y detalles sobre las características de las entrevistas y de los grupos de discusión— y una invitación para participar en él. Además, también se espera que me faciliten el contacto —número de teléfono o correo institucional según sus preferencias— de aquellos participantes directamente interesados en participar en el estudio y que me den la oportunidad de poder realizar sesiones informativas sobre el proyecto para reclutar participantes a través de esta vía.

En cuanto al número de participantes seleccionados para la realización de las entrevistas individuales, se establecerá un número inicial de dieciséis entrevistas, número sujeto a modificación en función de la saturación de los datos. Concretamente, se realizarán ocho entrevistas a miembros del colectivo enfermero y ocho a miembros del colectivo médico.

Asimismo, puesto que en los objetivos de este proyecto aparece una variable de estudio que se comporta como un determinante añadido a la disciplina profesional —el género— se seleccionará un número idéntico de mujeres y de hombres de cada colectivo profesional. Así, para las entrevistas se contará con un número inicial de cuatro mujeres y cuatro hombres del colectivo enfermero y cuatro mujeres y cuatro hombres del colectivo médico.

Por otra parte, el reclutamiento de participantes para los grupos de discusión se llevará a cabo a través de la identificación de aquellos profesionales que presenten mayor capacidad crítica y discursiva en las entrevistas individuales, estrategia de reclutamiento adicional a las anteriormente mencionadas. Será a aquellos que voluntariamente se presten a participar a quienes se les propondrá que participen en un grupo de discusión uniprofesional o mixto —médicos y enfermeras— para explorar cómo la disciplina profesional y el género influyen en la construcción del discurso acerca de los requisitos esenciales para asegurar una práctica interprofesional eficaz, un fenómeno que lejos de construirse de forma aislada, se construye socialmente (Berenguera et al., 2014). Así, a través de él se iluminarán las diferencias entre las perspectivas de enfermeras y médicos, se identificarán cómo los discursos dominantes y emergentes interactúan y qué discursos se silencian cuando ambos colectivos se reúnen (Callejo Gallego, 2002; McLafferty, 2004; Rabiee, 2004). Atendiendo a criterios de heterogeneidad y de recursos disponibles, se pretenden organizar un total de seis grupos de discusión, dos grupos formados por ocho participantes del colectivo médico, dos grupos integrados por ocho participantes del colectivo enfermero y dos grupos mixtos en los que participarán cuatro participantes del colectivo médico y cuatro del colectivo enfermero. De forma idéntica a las entrevistas individuales, cada uno de los grupos estará formado por un número idéntico de mujeres y de hombres de cada disciplina profesional.

En cualquiera de las técnicas de generación de datos anteriores, siempre que el reclutamiento lo permita, los participantes serán seleccionados en función de la dotación de recursos humanos de los centros hospitalarios incluidos en este estudio, seleccionando así un número mayor de participantes de aquellos centros hospitalarios de mayor

envergadura (consulte *Figura 1*). Además, para ambas técnicas se utilizará la *bola de nieve* como estrategia secundaria de reclutamiento⁸.

4.4. Generación de datos

En este proyecto se generarán datos en base a dos técnicas de carácter conversacional, como son la entrevista individual y los grupos de discusión, y una técnica documental, como es el diario de campo de la investigadora. La combinación de dos técnicas conversacionales ha sido reconocida como especialmente útil en la investigación transcultural, donde las cuestiones de poder se amplifican, como también lo hacen entre las culturas profesionales. En algunos proyectos, como es el caso, el análisis de las diferencias entre las perspectivas públicas y las privadas puede resultar de sumo interés. Así, los grupos de discusión son capaces de proporcionar información relegada en muchas ocasiones a discursos públicos que pueden diferir de las opiniones privadas que se expresan en las entrevistas individuales (Barbour, 2013).

4.4.1. Entrevistas semiestructuradas

La entrevista es considerada como una de las maneras más comunes y poderosas de comprender el ser humano (Fontana & Frey, 2005). La modalidad de entrevista escogida para este proyecto de investigación ha sido la semiestructurada. Así, mediante preguntas abiertas, se pretenden explorar las opiniones, sentimientos, experiencias y comportamientos de los participantes (Baumbusch, 2010; Doody & Noonan, 2013).

Fontana y Frey (2005) establecen algunos de los aspectos a tener en cuenta a la hora de llevar a cabo una entrevista. En primer lugar, uno de los primeros elementos a tomar en consideración es el escenario en el que desarrollar las entrevistas, ya que éste puede influir y afectar a la recogida de datos. Por este motivo, dichas entrevistas se llevarán a cabo en un lugar acordado con el participante que asegure y respete su intimidad y que sea libre de interrupciones y cómodo para él mismo (Berenguera et al., 2014; Doody & Noonan, 2013). En segundo lugar, cabe tener en cuenta que la comprensión del lenguaje y de la cultura de los entrevistados por parte del investigador es de suma importancia para poder dar significado a los datos y vincular el lenguaje a las manifestaciones culturales. En este

⁸ La técnica en *bola de nieve* consiste en solicitar a cada uno de los participantes del estudio su colaboración para facilitar el contacto de otros sujetos de su entorno profesional que puedan estar interesados en participar en el estudio.

sentido, mi *background* profesional facilitará dicha tarea. En tercer lugar, la decisión acerca de cómo debo presentarme ante los participantes resulta relevante porque de ello depende la impresión que se formarán de mí, aspecto que puede interferir en los datos obtenidos en las entrevistas. En este sentido, me presentaré como investigadora principal sin aludir a mi posicionalidad. En cuarto lugar, el establecimiento de confianza y de *rapport* serán dos aspectos importantes a tener en cuenta ya que, por su condición de entrevistado y entrevistador, los sujetos no se encontrarán en una posición de igualdad (Ryan, Coughlan, & Cronin, 2009). Por ello se desarrollarán estrategias para asegurar la equidad de roles como la alusión a temas accesorios para crear un clima de confianza, el recordar los objetivos de la investigación, el asegurar la anonimidad y la confidencialidad de los datos o la focalización de las temáticas de forma gradual, es decir, de las más generales a las más específicas (Arantzamendi et al., 2012). Finalmente, cabe destacar que la recogida de material empírico será un proceso que incluirá no solo la grabación de las entrevistas, sino también la toma de notas de forma regular, inmediata y discreta para no interferir en el proceso de recogida de datos, sin cuestionar si serán importantes o no a posteriori. Entre dichas anotaciones podrán encontrarse expresiones vinculadas a la comunicación no verbal de los participantes, como pueden ser las expresiones de desagrado, de enfado o de sorpresa.

Todas las entrevistas tendrán una duración aproximada de una hora y serán audio gravadas con previo consentimiento del participante para su posterior transcripción. Con el objetivo de poder recoger información similar de todos los participantes y crear un orden en el desarrollo de las entrevistas (Doody & Noonan, 2013), se ha elaborado un guion de entrevista provisional y flexible que se adjunta en el *Anexo I. Guion de la entrevista semiestructurada*. Finalmente, con la intención de evaluar la entrevista e identificar los posibles defectos en torno a la claridad y la comprensión de la misma, se seleccionarán a dos participantes potenciales de cada uno de los colectivos profesionales para ejercer sobre ellos el pilotaje de la entrevista (consulte 5. *Consideraciones sobre los resultados preliminares del pilotaje de las entrevistas*).

4.4.2. Grupos de discusión

El grupo de discusión como técnica conversacional ha sido escogido porque, así como defiende Blumer (1972, pg184):

...la sociedad humana se compone de individuos que tienen un yo (...); la acción individual es una construcción y no una liberación, y la constituye el individuo que advierte e interpreta los rasgos de la situación en la que actúa; el grupo o acción colectiva consiste en el alineamiento de las acciones individuales, producido por la interpretación o toma en consideración de los individuos de sus acciones y de las de otros.

En este sentido, Kevern y Webb (2001) afirman que los discursos se construyen, los significados se negocian y las identidades se elaboran a través de un proceso de interacción social. De este modo, el grupo de discusión permitirá conocer la manera en que enfermeras y médicos construyen y reconstruyen sus discursos y los motivos por los que piensan del modo en que lo hacen. Asimismo, esta técnica de recogida de datos servirá como una herramienta de movilización, de empoderamiento y de reflexión para los individuos que en ella participen (Kamberelis & Dimitriadis, 2005).

En cuanto a los aspectos a tener en cuenta en el liderazgo de un grupo de discusión cabe destacar los procesos de estimulación y de atención a la interacción. Por una parte, la estimulación del debate implica asegurar que la interacción interpersonal sea establecida entre los miembros del grupo de discusión y no entre éstos y el moderador. Asimismo, se requiere cuidar la selección de los participantes de tal modo que se atienda al principio de máxima variabilidad, principio que asegura la inclusión de experiencias y perspectivas suficientemente variadas para generar debate, y preparar previamente estrategias para fomentarlo. En este sentido, Barbour (2013) explica como tiras de cómic, recortes de prensa o casos prácticos pueden ser de gran utilidad. De este modo, como material de estímulo se utilizarán las tiras de cómic diseñadas en el contexto del proyecto de investigación *Cómo se construyen las relaciones interprofesionales en los equipos de salud. Impacto en la práctica clínica y el desarrollo profesional* (PI080787) llevado a cabo por el Grupo de Investigación Crítica en Salud (UIB-IDISPA-IUNICS), un proyecto de investigación etnográfica crítica en la que se exploran cómo los profesionales —médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería— construyen sus relaciones o prácticas interprofesionales en los equipos de salud y sus respectivas percepciones acerca del impacto que éstas tienen sobre su práctica clínica. Las viñetas escogidas se adjuntan en el *Anexo II. Viñetas Cómo se construyen las relaciones interprofesionales en los equipos de salud. Impacto en la práctica clínica y el desarrollo profesional*. Por otra parte, la atención a la interacción implica la moderación de la misma y la atención a la dinámica

del grupo, los consensos, las diferencias, etc (Barbour, 2013). En este sentido, dada mi situación de investigadora novel y mi carencia de habilidades para moderar un grupo de discusión, se requerirá de un moderador externo entrenado en dicha técnica para guiar el debate (Amezcu, 2003; Arantzamendi et al., 2012; Barbour, 2013; McLafferty, 2004). Mi papel como investigadora principal será el de observar y tomar notas sobre los aspectos no verbales —el tono, las expresiones faciales y los gestos—, el impacto de la dinámica de grupo y los posicionamientos individuales. Dichos aspectos serán incorporados en la transcripción del grupo de discusión a modo de acotaciones (Barbour, 2013).

Cada uno de ellos tendrá una duración aproximada de 90 minutos y serán audio grabados (Amezcu, 2003; Barbour, 2013; McLafferty, 2004). El lugar para su realización contará con las mismas características que el de las entrevistas individuales (Amezcu, 2003).

4.4.3. Diario de campo de la investigadora

El diario de campo, como técnica documental, recogerá mi autorreflexión como investigadora. Toda la información anotada en él podrá ser utilizada como apoyo para la descripción del desarrollo de la investigación, para el análisis y para la posterior redacción de informes o artículos para difundir la investigación llevada a cabo (Berenguera et al., 2014).

4.5. Análisis de datos

El proceso de análisis de datos será llevado a cabo de forma transversal y continua en el transcurso del proceso investigador (Berenguera et al., 2014; Pope, Ziebland, & Mays, 2000). A pesar de ello, este procedimiento obtendrá su máxima eficiencia una vez se disponga de todo el material de análisis, es decir, de la transcripción de las entrevistas individuales y de los grupos de discusión, así como también de mi diario de campo como investigadora.

Previamente al análisis de datos propiamente dicho, en una fase de preparación del corpus textual, se realizará la transcripción literal de las grabaciones, el enmascaramiento y la anonimización de los datos que puedan suponer la identificación de los participantes y la agrupación uniforme de toda la información recogida (Arantzamendi et al., 2012). Posteriormente, y siguiendo las recomendaciones de Pope et al. (2000), el proceso de análisis de datos se estructurará en torno a cinco fases:

1. Fase preliminar o de familiarización. Se trata de una fase de descubrimiento en la que, manteniendo en todo momento la reflexividad, se leerán de forma repetida los textos transcritos e incluso se escucharán de nuevo las grabaciones realizadas. El objetivo de esta etapa consistirá en la inmersión en los datos con el propósito de elaborar un listado de intuiciones preanalíticas o de ideas clave (Arantzamendi et al., 2012; Berenguera et al., 2014; C Pope et al., 2000). Esta primera fase se dará por finalizada cuando se alcance la saturación de los datos (Arantzamendi et al., 2012).
2. Fase de identificación. Se trata de una fase descriptiva que consiste en la identificación, basándose en los objetivos de la investigación y en las aportaciones de los participantes, de temáticas y conceptos a través de los cuales los datos pueden ser explorados y referenciados. Así, el objetivo final de esta etapa consiste en desarrollar un índice de datos que permita el manejo de los mismos.
3. Fase de indexación. En esta fase se llevará a cabo la codificación de los datos. Ello consistirá en identificar fragmentos en los textos que permitan visualizar patrones explicativos. Estos fragmentos recibirán el nombre de citas e irán acompañados de un código que será el elemento más cercano a los datos y que representará la temática de la cita (Fernández, 2006).
4. Fase de conexión. Se trata de una fase en la que los códigos serán agrupados en categorías y subcategorías en base a criterios de significación similar para empezar a dar respuesta a los objetivos planteados. Asimismo, en esta fase se relacionarán los códigos, las categorías y las subcategorías entre sí.
5. Fase de interpretación. En esta fase, las conexiones establecidas en la etapa anterior serán puestas en diálogo con la Teoría de Justicia Social de Nancy Fraser con la intención, por una parte, de dar significado y explicación a los datos generados y, por otra, de buscar diferencias y similitudes, elementos concurrentes y emergentes, silencios, contradicciones, conflictos o resistencias entre ellos (Fernández, 2006).

Para llevar a cabo este proceso de análisis, se usarán estrategias de razonamiento mixtas. Por una parte, se usará la inducción para proponer códigos que surjan directamente de la información proporcionada por los participantes, es decir, de la investigación de campo. Por otra parte, se usará la deducción para generar códigos, categorías y subcategorías

procedentes del marco teórico que acompañará a esta investigación (Berenguera et al., 2014; Fernández, 2006; Pope et al., 2000).

Con la intención de facilitar la organización de los datos se utilizará la herramienta informática *Atlas-ti* (Arantzamendi et al., 2012). La planificación temporal del análisis puede visualizarse en el *Anexo III. Planificación temporal del proceso de análisis de datos*.

4.6. Estrategias de rigor metodológico

En el transcurso de esta investigación se llevarán a cabo una serie de estrategias de validación y de verificación que asegurarán el rigor de la misma en base a criterios de reflexividad, credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad (Arantzamendi et al., 2012; Denzin & Lincoln, 2005).

En primer lugar, el ejercicio de reflexividad, de posicionalidad y el marco teórico escogido, atendiendo al enfoque epistemológico y ontológico del mismo, acompañarán todas las fases del proyecto (Berenguera et al., 2014). En cuanto a la credibilidad, entendida tanto como el grado en que los resultados reflejan el fenómeno de estudio como el consenso comunicativo entre el investigador y los participantes del estudio, se establecerán como estrategias de rigor, la recogida y el análisis de datos hasta la saturación de los mismos (Arantzamendi et al., 2012; Berenguera et al., 2014) y la ejemplificación de los códigos formulados a través del uso de *verbatim*, elementos que serán comprobados por parte de los participantes para evitar posibles conflictos éticos en los que éstos no se sientan adecuadamente representados en relación al contenido de los mismos (Fontana & Frey, 2005). En cuanto a la transferibilidad, que no generalización, la descripción clara de los participantes y del contexto de estudio permitirá identificar similitudes entre el campo en el que se realiza el presente proyecto y otros campos, aspecto que podría facilitar la comprensión del funcionamiento del fenómeno de estudio en otros contextos. El uso de la teorización, en este caso de la Teoría de Justicia Social de Nancy Fraser, también ayudará a asegurar la transferibilidad. Estas estrategias tendrán como segundo objetivo asegurar la consistencia de la investigación entendida, no como la obtención de resultados idénticos al reproducir la investigación, sino como la estabilidad de los datos obtenidos (Berenguera et al., 2014). En cuanto a la confirmabilidad, siendo definida como la reflexión sobre la influencia del investigador sobre el proceso de investigación y los resultados de la misma, como se ha mencionado

anteriormente, la reflexividad y la posicionalidad serán mantenidas en el trascurso de la investigación (Denzin & Lincoln, 2005).

Finalmente, la sexta estrategia de rigor consistirá en la técnica de la triangulación. La triangulación es un procedimiento que consiste en la adopción de diferentes miradas hacia un mismo fenómeno de estudio, disminuyendo los sesgos e incrementando así la validez de los resultados obtenidos confrontando datos, técnicas, investigadores o teorías distintas (Arantzamendi et al., 2012; Berenguera et al., 2014). Concretamente, en este proyecto se hará uso de la triangulación de datos, de técnicas y de investigadores. En cuanto a la primera, se usarán diferentes fuentes de datos —enfermeras y médicos— para posteriormente contrastarlas. En cuanto a la segunda, se usarán diferentes técnicas de recogida de datos como son las entrevistas, los grupos de discusión, el diario del observador y mi diario de campo como investigadora. Finalmente, en cuanto a la triangulación de investigadores, en la fase del análisis de los datos y concretamente en el proceso de codificación, participará de forma paralela e independiente una investigadora experta en la temática con la intención de poder comparar a posteriori nuestras codificaciones y llegar a un acuerdo mutuo al respecto. (Berenguera et al., 2014).

4.7. Consideraciones éticas

Emanuel, Wendler y Grady (2000) proponen garantizar la ética en la investigación a través de la integración de los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. En este sentido, con la intención de asegurar la autonomía de los participantes las estrategias que se llevarán a cabo serán la entrega de información sobre los objetivos de la investigación a través de una hoja de información (consulte *Anexo IV. Hoja de información al participante*), el mantenimiento de la intimidad durante el proceso de generación de datos, la expresión explícita de la garantía de la anonimidad y la confidencialidad de sus datos a través de la identificación de los mismos mediante un nombre ficticio, la voluntariedad de su participación, la libre revocación a la misma y la solicitud de su consentimiento informado para convertirse en participante de la investigación (consulte *Anexo V. Consentimiento informado*) (Barrio-Cantalejo & Simón-Lorda, 2006; Berenguera et al., 2014). Además, los participantes serán informados acerca de la restricción del acceso a sus datos y grabaciones únicamente por parte del equipo investigador. En cuanto al principio de beneficencia cabe destacar que el interés último de esta investigación consiste en aportar conocimientos para mejorar la calidad de la

atención sanitaria y beneficiar así a la ciudadanía. En cuanto al principio de no maleficencia, esta investigación no supondrá ningún tipo de daño sobre los participantes. Finalmente, el principio de justicia será garantizado a través de la selección justa de los participantes mediante la formulación de criterios de inclusión y de exclusión libres de discriminación (consulte 4.3. *Participantes, muestreo, reclutamiento y acceso al campo*) y escogiendo aquellos sujetos que mejor puedan responder a los objetivos específicos de esta investigación (Barrio-Cantalejo & Simón-Lorda, 2006; Berenguera et al., 2014).

Este proyecto de investigación se someterá a su aprobación por parte del Comité de Ética de las Islas Baleares y será llevado a cabo respetando los principios enunciados en la declaración de Helsinki. Sus autores no reportarán conflictos de interés.

4.8. Limitaciones del estudio

Las limitaciones identificadas en el trascurso de este proyecto de investigación tienen que ver con mi posicionalidad, con el diseño, con los participantes del estudio y con las técnicas de recogida de datos seleccionadas.

En cuanto a mi posicionalidad, las consecuencias de mi situación de inferioridad respecto a los participantes del estudio y mi *background*, serán paliadas a través del mantenimiento de la reflexividad durante todo el proceso investigador. Mi situación de investigadora novel también es identificada como una posible limitación de este estudio y será paliada a través de la colaboración de mis futuras codirectoras de tesis, procedentes seguramente del contexto social y del contexto de la salud.

En cuanto al diseño, como se ha mencionado anteriormente, se es consciente de que este proyecto permitirá únicamente, atendiendo a su objetivo general, analizar los discursos de los profesionales y no sus prácticas reales. En este sentido, no se descarta en un futuro diseñar un estudio que complemente las técnicas conversacionales planteadas con técnicas naturalistas, como podría ser la observación en el contexto de un estudio etnográfico.

En cuanto a los participantes incluidos en este proyecto, a pesar de que enfermeras y médicos no sean los únicos colectivos profesionales que conforman el equipo interdisciplinar, éstos han sido seleccionados atendiendo a criterios de variabilidad, ya que ambas disciplinas mantienen discursos diferentes sobre el fenómeno de estudio, y a

que la literatura científica evidencia que al ser los profesionales que se encuentran con mayor frecuencia en situaciones que requieren de colaboración, de ellos depende en gran medida la calidad de la atención prestada (Price et al., 2014; Reeves, Nelson, et al., 2008; Rose, 2011; Sharma & Klocke, 2014; Tang, Chan, Zhou, & Liaw, 2013). Siguiendo en esta misma línea, también se ha identificado como posible limitación el hecho de no contar con las percepciones de los pacientes y de las familias sobre la temática, siendo la práctica colaborativa una práctica centrada en el paciente y que cuenta con su participación dentro de los equipos interprofesionales. En este sentido, no se descarta incluir a participantes procedentes de otras disciplinas profesionales y a pacientes y familias en futuros estudios.

En cuanto a las técnicas de recogida de datos, si bien el uso exclusivo de técnicas conversacionales no complementadas con otras técnicas naturalistas puede parecer una limitación, en este proyecto, el uso de las técnicas conversacionales responde a los objetivos específicos planteados puesto que no se pretenden analizar las prácticas de médicos y enfermeras, sino capturar la significación de los discursos que sostienen como profesionales. Por otra parte, en lo referente a la utilización de dos técnicas conversacionales, Kitzinger (1994) observa los efectos de la dominancia del paradigma de la entrevista sobre los grupos de discusión al contemplar que los investigadores, tras encontrar diferencias entre la generación de datos en las entrevistas y en los grupos de discusión, piensan que esta última técnica es imprecisa (Kevern & Webb, 2001). Al contrario, en esta investigación la incongruencia entre los datos recogidos a través de ambas técnicas será altamente informativa. Asimismo, otra de las posibles limitaciones respecto a las técnicas conversacionales es que el grupo de discusión o la entrevista pueden incrementar el riesgo de que los participantes comuniquen simplemente lo que como investigadora quisiera escuchar. En el caso del grupo de discusión, dicho sesgo de complacencia puede verse exacerbado por el temor a la desaprobación entre el grupo de iguales (Barbour, 2013). Sin embargo, sumándome a Wilson (1997, pp 218), justifico la pertinencia de esta técnica afirmando que:

Nunca sabremos lo que los participantes podrían haber revelado en la intimidad de una entrevista en profundidad, pero sabemos lo que estaban preparados a elaborar y defender en compañía de sus iguales.

5. Consideraciones sobre los resultados preliminares del pilotaje de las entrevistas

En este proyecto ha sido pilotado un guion de entrevista individual semiestructurada (consulte *Anexo I. Guion de la entrevista individual semiestructurada*) a un total de cuatro participantes que cumplían con los criterios de inclusión establecidos (consulte 4.3. *Participantes, muestreo, reclutamiento y acceso al campo*), entre los que se encuentran dos enfermeras —mujer y hombre— y dos médicos —mujer y hombre— (consulte *Anexo VI. Pilotaje de las entrevistas individuales*). El propósito de dicho pilotaje ha sido el de valorar la adecuación y comprensión de las preguntas expuestas y explorar mis sensaciones y mis cambios como sujeto entrevistador, a la vez que se realizaba una primera aproximación a la temática de interés. A continuación, se exponen ambas consideraciones.

5.1. Aspectos metodológicos

En primer lugar, cabe mencionar aquellos aspectos relativos a la adecuación y comprensión de las preguntas planteadas. En este sentido las cuestiones que han generado mayor dificultad son aquellas que tienen que ver con la identidad profesional (*¿Cómo te definirías como profesional enfermero/médico? / ¿Qué es para ti ser enfermera/médico?* y *¿Cuál crees que es tu contribución en relación a la atención que tu equipo de trabajo ofrece al paciente?*). En cuanto a la primera, todos los participantes, salvo el profesional médico hombre, han referido que se ha tratado de la pregunta más complicada de responder. A pesar de ello, las respuestas ofrecidas han reflejado la orientación de su discurso identitario. Por otra parte, en cuanto a la segunda pregunta vinculada a la identidad profesional se ha observado que al complementar el término de *contribución* con otros conceptos similares como *papel, funciones* o *rol* se ayudaba a su comprensión. Finalmente, las últimas dificultades de interpretación se han localizado en las cuestiones relacionadas con las estrategias de mejora (*¿Qué cree que debería de cambiar para su lugar de trabajo fuese más justo/equitativo/igualitario y se pudiera trabajar en equipo de forma eficaz? / ¿Qué propuestas, iniciativas o acciones piensa que podrían llevarse a cabo para poder cambiar los aspectos de reconocimiento, acceso a recursos y de representación en la toma de decisiones?*). En este sentido, se ha observado que ambas preguntas son similares y que por ello la respuesta a la primera se alinea con la respuesta a la segunda. Por este motivo, se propone fusionarlas en una única pregunta. Además, se

ha podido percibir que se trata de una cuestión que requiere de un tiempo de reflexión, por lo que quizás podría obtener mayor eficiencia en el contexto de un grupo de discusión. A pesar de ello, no se pretende descartar del guion de la entrevista individual puesto que algunos profesionales pueden tener ideas que podrían plantearse posteriormente en los grupos de discusión para estimular el debate. Finalmente, cabe destacar que, en el transcurso de las entrevistas, en algunas de las respuestas de los participantes a preguntas concretas se ubican elementos de interés relacionados con otras preguntas previas o posteriores.

En segundo lugar, cabe mencionar aquellos aspectos que tienen que ver con mi primera experiencia como entrevistadora. En este sentido, el pilotaje de la entrevista me ha dado la oportunidad de poder conocer mis capacidades y habilidades actuales en torno a esta técnica. De este modo, asumo que debería entrenar las habilidades necesarias para reconducir a los participantes cuando se desvían de la temática de interés y para evitar, en algunas ocasiones, ser demasiado directiva. A pesar de ello, como aspecto positivo debo apuntar que me ha sorprendido haber experimentado una sensación inesperada de seguridad y de tranquilidad durante la realización de las entrevistas. Ello me ha permitido, pienso, transmitir dichas sensaciones a los participantes y establecer un buen *rapport* con ellos desde el inicio de la interacción.

5.2. Análisis preliminar

A continuación, se presenta el resultado de un análisis preliminar de los datos recogidos en las cuatro entrevistas individuales que han sido realizadas a modo de pilotaje. Para ello, en primer lugar, se presenta un listado de definiciones de los conceptos que han sido utilizados en los árboles de codificación preliminar que se presentarán posteriormente.

5.2.1. Definiciones

Las definiciones de las categorías y de los códigos incluidos en el árbol de codificación preliminar son las siguientes:

- *Discursos identitarios*: Conjunto de rasgos o de características propias y específicas de una disciplina que la distinguen de otras. Todo aquello que responde a ¿quiénes somos? o ¿qué hacemos?
- *Cualidades innatas*: Elementos connaturales y propios de una persona.

- *Capacidades aprendidas*: Aptitudes profesionales que se adquieren mediante la formación y el entrenamiento.
- *Cuidados centrados en la emoción*: Funciones profesionales centradas en el cuidar y en aspectos impalpables que, con un marcado carácter vocacional, se corresponden con una continuación de la vida doméstica.
- *Cuidados mixtos*: Conjunto de funciones profesionales de carácter clínico y emocional.
- *Autoridad*: Cualquier manifestación de superioridad de un colectivo profesional sobre otros profesionales o sobre el paciente.
- *Cualidades clínicas*: Funciones profesionales centradas en las competencias de valoración, diagnóstico y tratamiento.
- *Profesión vocacional*: Inclinação, orientación o preferencia hacia una profesión.
- *Funciones de conexión*: Capacidad y disposición para colaborar con otros profesionales o servicios e incluso con figuras situadas a otro nivel institucional.
- *Reconocimiento*: Valor o importancia que los profesionales se atribuyen a sí mismos y a los demás proveedores de salud. También se incluye el valor que les es atribuido por parte de profesionales procedentes de disciplinas distintas a la propia o por parte de la institución en la que trabajan.
- *Valoración propia: vínculo emocional*: Todos aquellos elementos que la propia persona valora de sí misma como profesional.
- *Capacidad de resolución*: Valor que se atribuye a la resolución de los problemas clínicos de los pacientes.
- *Gratificación*: Sentimiento positivo que genera el trabajo para uno mismo. Recompensa personal.
- *Prestigio social*: Reconocimiento que recibe un profesional por la labor realizada para la sociedad y las ventajas que de ello se derivan.
- *Frustración profesional*: Sentimiento derivado de la privación para alcanzar un propósito profesional.
- *Valoración externa: resolución de problemas, confianza interprofesional*: Todos aquellos elementos que hacen referencia a la valoración que hacen tanto los profesionales procedentes de disciplinas ajenas a la propia como la institución respecto a la disciplina a la que uno pertenece.

- *Infravaloración externa: anulación personal, invisibilidad, menosprecio, falta de respeto, cosificación:* Falta de reconocimiento por parte de la institución y de profesionales procedentes de disciplinas ajenas a la propia.
- *Valoración hacia los demás:* Todos aquellos elementos que hacen referencia al valor que los profesionales entrevistados atribuyen a profesionales que no forman parte de su colectivo profesional.
- *Reivindicaciones profesionales: empoderamiento, autocrítica:* Todos aquellos elementos que apuntan a una demanda de mayor empoderamiento y de autonomía, así como también todos aquellos elementos que expresan autocrítica hacia la orientación y las actitudes del propio colectivo profesional.
- *Distribución de recursos:* Percepción que los profesionales tienen del acceso a los espacios para llevar a cabo sus prácticas cotidianas y a una remuneración adecuada y acorde a su carga laboral.
- *Desigualdad de espacios:* Diferencias existentes entre médicos y enfermeras en los espacios disponibles para la transmisión de información tanto intra como interdisciplinar.
- *Remuneración descompensada:* Diferencias existentes entre la remuneración de médicos y enfermeras.
- *Representación:* Voz que los profesionales tienen dentro de sus equipos de trabajo.
- *Fragmentación profesional:* Todos aquellos elementos que indican que cada colectivo profesional toma sus propias decisiones de forma separada, independiente y autónoma dentro de su propio campo profesional.
- *Ausencia de voz en la toma de decisiones:* Todos aquellos elementos que indican que en el proceso de toma de decisiones no se solicitan o no se toman en cuenta las aportaciones de todos los profesionales que integran un equipo de trabajo.
- *Voz única:* Toma de decisiones en microequipos integrados únicamente por profesionales médicos.
- *Toma de decisiones compartida:* Proceso por el que las decisiones se toman de forma conjunta entre profesionales procedentes de diferentes disciplinas, pero también con el paciente y con la familia.
- *Estrategias de mejora:* Todas aquellas propuestas que los profesionales realizan en relación al cambio en el seno de los equipos para lograr una práctica colaborativa más eficaz.

- *Respeto y autonomía*: Todas aquellas estrategias vinculadas a incrementar el respeto, la confianza y la autonomía profesional dentro de los equipos interprofesionales.
- *Reconocimiento de los roles profesionales*: Todas aquellas estrategias basadas en la mejora del conocimiento que los profesionales tienen del rol del resto de integrantes del equipo interprofesional.
- *Encuentros interprofesionales*: Todas aquellas estrategias de equidad basadas en la realización o el incremento del número de reuniones interdisciplinarias.
- *Desnaturalización de ideas preconcebidas*: Todas aquellas propuestas que apuntan a la necesidad de romper con los prejuicios y estereotipos profesionales.

5.2.2. Árbol de codificación preliminar

A continuación, se presentan los dos árboles de codificación preliminar que han surgido como resultado del proceso de análisis de los datos recogidos en el pilotaje de las entrevistas individuales. El primero corresponde al colectivo enfermero y el segundo al colectivo médico. Ambos árboles de codificación contienen categorías que incluyen códigos acompañados de citas *verbatim*. Puesto que se trata de un pilotaje, la no saturación de los datos no ha permitido alcanzar un nivel de análisis superior en el que incluir subcategorías. Sin embargo, las primeras intuiciones sobre las mismas han sido colocadas a continuación de dos puntos (:) en aquellos códigos en los que se ha considerado necesario hacer mención de ello.

Árbol de codificación preliminar de la disciplina enfermera

Categoría	Código	Citas verbatim
Discursos identitarios	Cualidades innatas	<i>En principi era una idea molt romàntica per jo això de ser infermera, no? Perquè era com a molt vocacional, que ja sabem que no existeix, però tenir passió per ajudar, per cuidar. Era com un rol meu, saps? (E1M)</i>
	Capacidades aprendidas	<i>Yo creo que como enfermero apporto mi capacidad de trabajo, mi capacidad de decisión y mi buen humor, que creo que es fundamental en esta profesión. Yo creo que apporto eso y capacidad indiscutible de trabajo (E2H)</i>
	Cuidados centrados en la emoción	<i>Li aport una mica de calma, una mica de seguretat, a vegades, i fins i tot... No sé com dir-ho... Sí, com a que li ajudam deixar la por a la porta quan actuam (E1M)</i>
	Cuidados mixtos	<i>Yo diría que es un conjunto tanto de capacidades profesionales como toma de decisiones, técnicas, juntándolas con otro tipo de capacidades que no se pueden palpar, ¿no? (E2H)</i>

	<p>Valoración propia: vínculo emocional</p>	<p><i>Lo que más valoro es la capacidad que tú tienes de relacionarte con la gente y de formar parte posiblemente de un círculo íntimo con la gente que tu atiendes. En el momento en que tu atiendes se crea un vínculo emocional tan grande... (...) yo creo que lo que más valoro es el vínculo emocional que tienes con los pacientes (E2H)</i></p>
<p>Reconocimiento</p>	<p>Frustración profesional</p>	<p><i>Sincerament? A vegades m'aporta decepció (...) perquè era per jo una cosa súper guapa i en el fons qualque dia me'n vaig com un poc destrossada però no per la feina que jo hagi pogut fer (...). En el sentit de que, així com està muntat el sistema moltes vegades tot són preses, no és tan fàcil poder ajudar al pacient de la manera en que el voldria ajudar (E1M)</i></p> <p><i>Tot això també ve de la universitat, has adquirit que medicina és medicina, no? que és com si lo demás no contés per res... (E1M)</i></p> <p><i>És que a vegades et sents com a cohibit i tot (E1M)</i></p> <p><i>Bé no és que m'hagi fet reflexionar però és vera que són coses que no deim i és el dia a dia nostre. Que comptes poquet, saps? Que, que... et miren poc i que compten poc amb tu (E1M)</i></p> <p><i>Són aquestes cosetes que a lo millor poc a poquet et van cremant, et molesten i t'ho agafes de broma però en el fons és un poc trist, eh? Molt trist.... (E1M)</i></p>

	<p>Valoración externa: resolución de problemas, confianza interprofesional</p>	<p><i>Quizás...conocimientos y capacidad de resolver situaciones, la confianza que das en los momentos más difíciles. La formación (...) Cuando ven a un enfermero muy implicado en su trabajo, esto crea un cierto vínculo y una cierta confianza. A los médicos les van a dar confianza ciertos trabajadores porque cada cosa que hagamos, desde escribir en una historia a darle una pastillita al paciente, pues va a tener una repercusión en su paciente. Y lo que quiere el médico al final es tener al lado a alguien con el que se pueda confiar. De quien va a fiarse más el médico, ¿de alguien que controla mucho a nivel farmacológico, que es muy responsable, que sabe cuándo tendrá que avisarlo y cuándo no, o de otra persona que sabe que es un despistado, que no sabe si conoce bien la farmacología? Pues al final eso... (E2H)</i></p>
	<p>Infravaloración externa: anulación personal, invisibilidad, menosprecio, falta de respeto, cosificación</p>	<p><i>Zero?, molt poca cosa? A vegades, sobretot, pel col·lectiu metge és...a vegades et fan sentir bastant malament, com si fossis un zero. Com si la teva feina no fos important. Com si la seva feina fos la important i tot allò que tu puguis fer no contès per res (E1M)</i></p> <p><i>Un dels meus companys, metge anestesiològic, va venir cridant com un animal i mos va donar una passada enorme: “Que no ho veia normal, que som uns inútils, que sempre esteim igual, que estam perdent el temps” (...) Pues te sents malament perquè realment culpa teva no és però per</i></p>

		<p><i>ell és una manera de xerrar o és una manera correcta cap a nosaltres (...). Una infermera pot rebre tot això, no passa res (E1M)</i></p> <p><i>Estàs com a molt barrat, realment. Això és una altra de les frustracions quan acabes... és a dir, quan tu estudies infermeria és com a molt guapo o a mi me va parèixer súper guapo però alhora de la veritat, quan estàs fent feina d'infermera, te'n dones compte de que... “ostres estàs molt negada” i que estàs molt fermada en moltes coses (E1M)</i></p> <p><i>El problema és aquest: que... que no va bé perquè no te consideren res a tu, saps? Zero (E1M)</i></p> <p><i>S'han fet queixes i tot això però tampoc no serveixen de res. Som un col·lectiu una miqueta... (pensa) perjudicat en aquest sentit, crec jo... (E1M)</i></p> <p><i>Quan realment és per llevar-se feines de damunt sí que hi compten amb tu (E1M)</i></p> <p><i>I alhora ells se'n varen enriure. Segons quins companys, metges, me varen dir “andaa! Que heu anat a perdre ara aquest dematí, eh? Així de guais, jo també vull anar de coaching, és molt important, no? anar de coaching?” (...) Però no és això... és que ara com que nosaltres “és que les infermeres ara han de fer el bon dia (imitando a los médicos), pues... ja vendrem més tard”. Ara venen més tard. Ara venen a lo millor a les 9 del dematí perquè total de les 8 a les nou fan</i></p>
--	--	--

		<p><i>el bon dia... perdona? De les 8 a les 9 no feim el bon dia (riu). Estan els pacients preparats per entrar a quiròfan i de les 8.30 a les 8:35 feim el bon dia. Però ells (los médicos) “com que elles han de fer el bon dia, eh? aquesta “botxor”... pues ja venim a les 9... és que perdeu el temps amb unes beneitures, les infermeres”, saps? (Suspira) Són aquestes cosetes que a lo millor poc a poquet et van cremant, et molesten i t’ho agafes de broma però en el fons és un poc trist, eh? Molt trist.... (E1M)</i></p> <p><i>Compten poc en tu però alhora hi ha moltes coses que sense tu no les saben fer o no les podrien fer. Et necessiten en el fons, saps? Necessiten a la infermera però a vegades és com si fossis “ara et necessit però ara ja està” (E1M)</i></p> <p><i>Si... ets un poc autòmata, al final (E1M)</i></p> <p><i>Pero a nivel institucional no te sientes nada valorado, nada. Tú eres un número, te mandan a trabajar en un sitio y a lo mejor te están mandando a un sitio que a lo mejor otro sería más bueno que tú y tú serías más bueno en otra parte, pero no te han colocado (E2H)</i></p>
--	--	---

	<p>Valoración hacia los demás</p>	<p><i>A veure... jo valor un metge quan és realment... quan té una actitud humana, correcta, que té una actitud empàtica tant cap al pacient com cap a la infermera. Bàsicament valor això, l'empatia la valor moltíssim. És el que més, però es que... hi ha molta manca d'això (E1M)</i></p> <p><i>Valoro que sea muy atento con la gente que atiende. Valoro mogollón de ellos que sean buenos entrevistadores, que no les dé pereza gastar tiempo en entrevistar a una persona y bueno darle a entender a esa persona que les importa mucho el problema con el cual llegan al centro. Casi que es lo que más me puede sorprender de un médico porque el resto parece que como que ya viene de serie... (E2H)</i></p>
	<p>Reivindicaciones profesionales: empoderamiento, autocrítica</p>	<p><i>Home...a lo millor que et donessin certa autonomia en alguna cosa, que tu poguessis fer i desfer segons el que tu pensis o tu vegis, i que després t'ho respectessin i no t'ho canviessin... (E1M)</i></p> <p><i>Mientras, hay enfermeros veteranos que yo cuando he llegado a un puesto de trabajo y me ha pasado algo y he propuesto de hacerlo de otra forma, los veteranos me han dicho “aquí se hace lo que diga el médico”. A mi esta frase me define muy bien como es esa persona (...). O sea, veo un colectivo que sí que tiene en cuenta la opinión de los enfermeros, pero también veo a enfermeros que están muy encapsulados y les es muy cómodo hacer solo lo que les dice el médico (E2H)</i></p>

Distribución de recursos	Desigualdad de espacios	<p><i>Hi ha molta diferència (se ríe) (...) hi ha una altra àrea seva de descans on tenen els seus sofàs, els seus llits, la seva tele perquè clar... ells han de poder descansar (se ríe). I en tenen dues, perquè clar ells són dos de guàrdia i cada un té el seu espai, perquè clar... no s'ajuntaran, no? (se ríe) (E1M)</i></p> <p><i>En espacios sí que te voy a tener que decir una cosa. Los médicos, ¡y esto te parecerá una tontería!, en los turnos nocturnos en todas, todas, las unidades tienen habitaciones donde poder dormir. Tienen habitaciones con su camita. Enfermería si en algún momento quisiese echarse un poco, te tienes que echar donde cojas. Donde cojas es una butaca, cualquier sitio (E2H)</i></p>
	Remuneración descompensada	<p><i>Si em pos a comprar per exemple una bibliotecària, a lo millor, que ella sí que te uns horaris més normals, que els meus no són tan normals, que jo pugui fer festes, que jo pugui fer nits, a lo millor sí que pens que pot estar descompensat, per aquest costat (E1M)</i></p>

	<p><i>Está muy bien comparado con el resto de población, sobre todo ahora por cómo está la cosa, pero a nivel general no estamos bien remunerados en comparación con otras profesiones. Es una profesión que requiere de nuestra financiación propia y de nuestra inversión propia de capital porque hay que formarse continuamente para ser competente, para poder tener trabajo porque esto luego es como una competición (se ríe), con lo cual no está bien remunerado. El 60-70%, sin exagerar, se va a la formación y hay otros trabajos que no tienen ni la mitad de obligaciones, responsabilidades, carga de trabajo porque la carga emocional a nivel de enfermería es altísima, y están tres mil veces mejor remunerados que nosotros y ya no te digo cuando haces turnos de día, noche, día, noche, día, noche y se te junta y... envejeces... (E2H)</i></p> <p><i>(Refiriéndose al colectivo médico) I remunerats, bastant millor que nosaltres, crec. Estic xerrant fora saber el net de la remuneració, eh? però em fa tot l'efecte (se ríe) de que si (E1M)</i></p> <p><i>En la parte económica sí que hay muchas diferencias. A ellos les compensan a nivel económico alguna mejora que puedan hacer. Por ejemplo, si tú eres un médico y a nivel de coste farmacéutico eres capaz de llevar unos costes asumibles por parte de la institución pues te van a premiar. Esto lo hacen también en el sistema nacional de salud inglés: si un médico tiene muy buenos índices se le premia con dinero. Aquí no se hace tanto. pero se hace igualmente, mientras que a enfermería se le premia con dos días libres. ¡Con dos días libres por tener unos buenos indicadores de salud! (E2H)</i></p>
--	---

Representación	Fragmentación profesional	<p><i>Mira veus, amb això et diré que crec que és l'únic punt que podríem dir que està una miqueta equilibrat, no? Perquè hi ha coses que sí, que és un poc autònom de la infermera (E1M)</i></p> <p><i>Hay gente que se crió con “el médico es el que manda y es el que tiene la voz” y se han acostumbrado durante muchísimo tiempo a... como te diría... a hacer lo que dice el médico, “esto lo hago por prescripción médica”. Muy bien..., en el momento que llega alguien que puede ver un poquito más allá, no quiere jugar con los médicos, lo único que quiere es darle un sentido a los cuidados que le brinda al paciente y tomar ciertas decisiones, y esto está.... ahí es donde (se refiere a los enfermeros) se ven un poco como amenazados esta gente. Es generacional, es una cultura generacional (E2H)</i></p>
	Ausencia de voz en la toma de decisiones	<p><i>No... home, segons quines no. Per exemple, a lo millor de qualque tècnica en concret que se li hagi de fer a un pacient, per exemple, o coses que nosaltres podríem dir... “ostres! Jo crec que per aquesta senyora o aquest senyor seria més fàcil o seria millor això” No, no... aquí no decidiríem. La infermera no decidiria. Decideix sempre el metge (E1M).</i></p> <p><i>A nivel hospitalario las toma el médico. Es así de claro. O sea, durante los cuidados, tu estas con el paciente, con el usuario y tu cuando estás ahí para cuidados que no puedan provocar un cambio en el estado de salud del paciente, esos los puedes ejercer tú, ¿no? Pero en el momento</i></p>

		<p><i>en que eso que vas a realizar tú puede tener un efecto por ejemplo sobre la hemodinámica del paciente, ya hay que avisar al médico. Si a él no le parece bien, no se hace, cosa que en el hospital a mí me parece mal. El enfermero queda un poco anulado en ese sentido porque yo creo que una de las características más importantes de enfermería es la toma de decisiones que tenemos, el poder decidir sobre ciertos tratamientos... Y eso a nivel hospitalario, todo lo decide el médico (E2H).</i></p> <p><i>Cuando vienen médicos que tienen muy en cuenta al enfermero, enseguida te preguntan a ti porque tú eres el que le podrá explicar todo y en función de lo que tú le expliques, él decidirá (E2H)</i></p> <p><i>Hay gente que aprende por rutina y que perfectamente se podrá poner... o anticipar a las complicaciones que surjan porque lleva 40 años en el servicio y lo ha visto mil veces. Pero también hay enfermeros que son capaces con dos añitos trabajando de tener una capacidad de resolución y de toma de decisiones, que serán capaces de tomar decisiones por ellos y de, a través de una orden médica, podrán, digamos, tomar otras decisiones también. Siempre con permiso o siempre consultando, pero no por... ” yo se lo consulto al médico porque es el que manda”. ¡No! “yo se lo consulto al médico para que él sepa lo que estoy haciendo y por si él tiene que volver a modificar alguna cosa” (E2H)</i></p>
--	--	--

Estrategias de mejora	Respeto y autonomía profesional	<p><i>Home...a lo millor que et donessin certa autonomia en alguna cosa, que tu poguessis fer i desfer segons el que tu pensis o tu vegis, i que després t'ho respectessin i no t'ho canviessin... (E1M)</i></p> <p><i>Però és que crec que només si confiéssim una miqueta en la nostra professionalitat i que ens respectessin una mica, crec que podríem fer millor feina i ens sentiríem millor, saps? (E1M)</i></p>
	Reconocimiento de los roles profesionales	<p><i>Pues que conociesen personalmente a cada uno, a las cualidades de cada uno de los profesionales. Eso es fundamental. No todos somos iguales. A partir de las capacidades de cada uno debería fomentarse el equipo (E2H)</i></p>
	Encuentros interprofesionales	<p><i>Mira una proposta, que venguin a fer el bon dia! (E1M)</i></p> <p><i>No hay cultura de debriefing en ningún sitio. Esto es cada vez que sucede algo, se debe reunir el equipo para ver qué es lo que no ha salido bien, es decir, cuando haya complicaciones en los pacientes, cuando hay un fallo, alguien que se ha quejado... Esto no se hace y forma parte de lo básico de la comunicación. Para mí esto sería fundamental en los servicios: tener en cuenta las cualidades de cada enfermero, exigir una formación básica y hacer muchas reuniones para ver donde se falla y donde se puede mejorar (E2H)</i></p>

Árbol de codificación preliminar de la disciplina médica

Categoría	Código	Citas Verbatim
Discursos identitarios	Autoridad	<p><i>El primer és sobre quin problema té el pacient. A vegades no és el que et conta (refiriéndose al paciente) sino saber el que té realment per poder posar una pauta per solucionar-lo (M1M)</i></p> <p><i>Les infermeres crec que han de pensar que el pacient també és una persona i també tractar-lo com a tal (M1M)</i></p>
	Qualidades clínicas	<p><i>Però sobretot la meva funció és saber què té (M1M)</i></p> <p><i>De cara a la atención a un paciente, yo apporto lo que de forma regular hace un médico: hacer una valoración, un estudio del paciente (que en nuestro caso no es tanto analítico sino bastante biográfico, como de subjetividad), un juicio clínico, un tratamiento y un seguimiento (M2H)</i></p> <p><i>Y, de alguna manera, también evaluar los resultados de nuestras intervenciones y constantemente modificar el enfoque del mismo (...) Entonces, ir valorando los resultados para reenfocar según las nuevas necesidades (M2H)</i></p>

	Profesión vocacional	<i>Yo definiría el ser médico como algo que tiene un compromiso no solo profesional, sino con la biografía, de una manera más completa. No solo por estar fuera del hospital o por quitarte la bata, dejas de ser médico, sino que en cualquier circunstancia estas como a disposición de una necesidad. Entonces, para mí ser médico es una vocación, pero, además, una actitud, una disponibilidad en torno a la salud (M2H)</i>
	Funciones de conexión	<i>Al mismo tiempo, en cuidados paliativos también una de mis funciones es de conectar, articular con otros proveedores de otros servicios o con otros profesionales (M2H)</i>
Reconocimiento	Capacidad de resolución	<i>A mi... el que m'aporta i m'ajuda a seguir és veure que hi ha gent que se'n va contenta i millora dels símptomes o que senzillament tenia un problema, l'he ajudat i se'n va contenta o que encara que no millorin els hi he donat confort (M1M)</i>
	Gratificación	<i>Qué es lo que más valoro de ser médico... Yo creo que valoro muchas cosas. Actualmente tengo más consciencia de valorar... Lo gratificante que tiene a nivel humano la medicina siempre lo he valorado y lo he experimentado desde la carrera, pero he tenido como una pequeña crisis en los últimos meses que me han hecho valorar ese feedback positivo de salud mental, de ver cómo te hace bien la profesión (M2H)</i>

	<p>Prestigio social</p>	<p><i>Pero, luego también la consideración social o que si un familiar tuyo necesita algo también tienes y un acceso más fácil. También me doy cuenta de lo difícil que es inventarse la vida, ¿no? Y de alguna manera, nosotros, desde que entramos en la facultad, no nos tenemos que preocupar, al menos durante muchos años, de inventárnosla, sino que, incluso, terminas el MIR y tienes que buscar dónde hacer, pero no qué hacer. No te lo tienes que ir inventando, lo tienes que ir haciendo. Eso es una gran ventaja de cara a muchos otros trabajos que son más abiertos, quizás (M2H)</i></p>
	<p>Valoración hacia los demás: conocimientos, cuidados centrados en la emoción</p>	<p><i>Idò sí, el tracte al pacient i com que soc a urgències, jo crec que valor que sàpiguen prioritzar un poquet qui té prioritats més urgents que un altre (...) Sí... jo crec que... saber el què del pacient i saber el què li han de fer (M1M)</i></p> <p><i>Una cosa que valoro muchísimo es la naturaleza del cuidar del paciente, la naturaleza del enfoque del cuidar. Yo creo que los médicos tenemos que en nuestra formación tenemos que aprender a cuidar porque lo que nosotros aprendemos en la carrera es a curar y no a cuidar (...)</i></p> <p><i>Esta naturaleza, esta simplicidad, que para los médicos puede ser difícil de ver, que ellas lo vean me parece muy importante (M2H)</i></p>

		<p><i>Yo creo que, ¡porque me lo ha dicho!, es la capacidad de gestión con el resto de compañeros. Más o menos como lo que hace la figura de enfermería de sintonizar a todos estos intervinientes, pues mira eso, pero creo que también valora que lo haga con otras especialidades, con la gerencia... O sea que, como médico, al final puedas conducir o al menos vehiculizar... Y creo que también valoran la regulación de emociones (M2H)</i></p> <p><i>Yo creo en el ámbito de cuidados paliativos, pues eso, que muchas veces hay alguien que es desconocido o que es una amenaza. Resulta una amenaza porque parece ser no conciliador con los objetivos que un médico tiene. Lo que quiere él es curar y al enfrentarse los dos enfoques resulta difícil de conciliar, muchas veces (M2H)</i></p> <p><i>Yo creo que sí y el reconocimiento se puede recibir de diferentes formas (...) En cuanto a hecho, yo el mayor reconocimiento que he tenido es tener mucha libertad con lo que estoy haciendo. Tengo muy claro que lo que mi jefe espera de mí son resultados y no si los resultados se hacen a las 2-3 de la tarde o a las 10 de la noche. Esa libertad para mí es como un reconocimiento de “bueno pues están contentos con lo que hacemos” y hay flexibilidad (M2H)</i></p> <p><i>Yo me siento bien retribuido con el poder disponer de la agenda según muchos intereses académicos que yo pueda tener. A mí me gusta investigar sobre esto y que me apoyen con eso que a mí me gusta... porque al final la necesidad es tan amplia que lo que hagas estará bien.</i></p>
--	--	---

		<p><i>Entonces, yo eso lo agradezco mucho y no que mi jefe diga “es que yo quiero que hagas esto” y a mi probablemente no me guste. Eso lo aprecio muchísimo, el poder trabajar con aquello que me gusta (se ríe), ya dentro de lo que me gusta, que ya es rizar el rizo (M2H)</i></p>
	<p>Infravaloración externa</p>	<p><i>Necessitem més gent, fem moltes hores i no se'ns compensa de qualque manera i que no cerquen totes les solucions possibles quan tenim un problema. En segons què si però en segons què no. Quan hi ha un problema nosaltres sempre intentem resoldre-ho tot el que podem i a vegades ens donen les gràcies i a vegades se'ls oblida (se ríe) (M1M)</i></p> <p><i>Jo crec que tenen més reconeixement però no sé perquè. Solen tenir més substituïts, tenen més... Mmm... no ho sé. Un exemple clar és que ara amb les obres d'urgències (es refereix a les obres d'ampliació de l'hospital que s'estan realitzant actualment) podíem anar a descansar deu minutets si veiem que feien molt de renou i ells (se refereix a las enfermeras) varen posar una persona més perquè pogués cobrir aquests 10 minuts que la gent tenia dret a anar-se'n cada dues hores i a nosaltres no (M1M)</i></p>

Distribución de recursos	Desigualdades de espacio	<i>Allà on es pot. Bé, per passar-nos el parte venim aquí (refiriéndose al espacio donde llevamos a cabo la entrevista: el despacho de médicos) però per donar segons quines informacions cercam puesto, però així de transmetre informacions... ho fem al control, allà on es pot, sí (...) Jo crec que de material en tenen i de recursos per fer la feina de cada dia també. D'espai en tenen menys per intercanviar informació i si volen fer una feina en concret han d'anar a cercar un espai, no tenen un despatx com nosaltres (M1M)</i>
	Remuneración descompensada	<i>(Cambia el tono de la voz y dice más bajo) Bé, sí tenim qualche incentiu... (Vuelve al tono normal) Està equilibrat, però sempre podria ser un poc més! (se ríe) (M1M)</i>
Representación	Voz única	<i>Bé, nosaltres les prenem entre tots. Si algú proposa algun canvi, alguna coseta, entre tots arribem a un acord, normalment va així (...) Entre metges (M1M)</i>
	Fragmentación profesional	<i>Nosaltres prenem les nostres decisions i infermeria les seves (M1M)</i> <i>En el moment en que fas feina davant el pacient "Jo som el metge, ella la infermera" (adopta el tono de una presentación personal delante del paciente) però feina així conjunta dels dos, no (M1M)</i>

	Toma de decisiones compartida	<p><i>Nosotros tenemos la filosofía o el principio de considerar que previo a tomar una decisión que afecte considerablemente a la trayectoria de la enfermedad o la vivencia del paciente pues partimos del principio de toma de decisiones compartida. Esto ¿qué significa y dónde aplica? Significa que tanto el equipo médico (incluyendo médicos y enfermeras) y si existen fisioterapeutas y profesionales de otras disciplinas (nutricionistas, psicólogos) que también estén implicados en el proceso, estar todos completamente de acuerdo con el enfoque se le ofrece al paciente y luego también hay que ponerlo en acuerdo con la familia y el paciente. Esto muchas veces requiere varias reuniones. No se hace en una sola oportunidad porque refiere que la familia comprenda las situaciones y que haya un alineamiento entre los profesionales y con la familia y con el paciente (M2H)</i></p>
Estrategias de mejora	Encuentros interprofesionales	<p><i>Jo crec que necessitaríem sessions conjuntes, que en fem alguna de forma molt molt molt puntual (...) Fem feina bé en microequips, però si que no fem coses conjuntes de dos. Metges i infermeres, no (M1M)</i></p>
	Desnaturalización de ideas preconcebidas	<p><i>Creo que es muy posible trasladarlo, pero lo que hace falta para poder trasladarlo es que los líderes de ambos equipos, en primer lugar, reconozcan que estas cosas (se refiere a la colaboración) son positivas y que no se trata de mitos, de tabúes o maneras de “siempre lo hemos hecho así”. Entonces eso es parte de la cultura y yo creo que el gran responsable es el líder del equipo (...) Yo creo que esto es tanto de los jefes médicos como de la orientación de la enfermería</i></p>

		<p><i>porque enfermería también tiene mucho “es que soy enfermero”, “es que soy enfermera” como una connotación negativa (...) Pues... para complementar la última pregunta, que he mencionado la cultura de liderazgo, creo que otra cosa es la resiliencia individual y colectiva, de equipo. Creo que es algo que tenemos pendiente en materia de educación (M2H)</i></p>
--	--	--

6. Conclusiones y futuras líneas de investigación

Las expectativas de los resultados de este proyecto sitúan las potencialidades del mismo en diferentes ámbitos. Por una parte, conocer los discursos dominantes y emergentes de los profesionales acerca de la temática que concierne este estudio puede ser de gran utilidad para la elaboración de políticas organizativas eficaces dentro de las instituciones sanitarias, que tengan en cuenta la voz de los actores implicados. Asimismo, esta investigación pretende llegar a provocar la reflexión crítica en los profesionales sanitarios y en la comunidad científica en general y servir de apoyo para la toma de decisiones operativas dirigidas a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. Por otra parte, se espera que los resultados puedan tener aplicabilidad a nivel educativo indicando cambios desde modelos uniprofesionales a modelos de educación interprofesional. Finalmente, en el ámbito de la investigación, el uso de la Teoría de Justicia Social de Nancy Fraser, nunca usada en el ámbito de salud, podrá abrir nuevos horizontes a la vez que permitirá comprender la naturaleza del fenómeno de estudio, hacer que la contribución de este proyecto al conocimiento sea más robusta y que los resultados de la investigación puedan ser trasladados a otros contextos.

Para concluir este apartado que da por finalizado este proyecto de investigación, quisiera exponer que mi interés sobre la temática de este estudio y sobre la investigación cualitativa en general, mis primeros pasos dentro del mundo de la investigación y el apoyo recibido han sido la causa de la motivación diaria que me han conducido a día de hoy a plantearme llevar a cabo una tesis doctoral. Quisiera, por tanto, que este proyecto fuese en el futuro la semilla de la misma. Con tal propósito no descartaría la posibilidad de solicitar una beca de ayuda para la investigación en salud ofrecida por organismos como el Instituto de Salud Carlos III o el Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears.

7. Bibliografía

- Amezcuca, M. (2003). La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 13(2), 112–117.
- Amezcuca, M., & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423–436.
- Arantzamendi, M., López-Dicastillo, O., & Vivar, C. G. (2012). *Investigación cualitativa. Manual para principiantes*. Pamplona: Ediciones Eunate.
- Axelsson, S. B., & Axelsson, R. (2009). From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership. *Journal of Interprofessional Care*, 23(4), 320–330.
- Baker, L., Egan-Lee, E., Martimianakis, M. A. (Tina), & Reeves, S. (2011). Relationships of power: implications for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 25(2), 98–104.
- Baldwin, D. C. (2007). Territoriality and power in the health professions. *Journal of Interprofessional Care*, 21(sup1), 97–107.
- Banfield, V., & Lackie, K. (2009). Performance-based competencies for culturally responsive interprofessional collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), 611–620.
- Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Barr (1998) en Banfield, V., & Lackie, K. (2009). Performance-based competencies for culturally responsive interprofessional collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), 611–620.
- Barrio-Cantalejo, I. M., & Simón-Lorda, P. (2006). Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Medicina Clínica*, 126(11), 418–423.
- Baumbusch, J. (2010). Semi-Structured Interviewing in Practice-Close Research. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 15(3), 255–258.
- Baxter, S. K., & Brumfitt, S. M. (2008). Professional differences in interprofessional

- working. *Journal of Interprofessional Care*, 22(3), 239–251.
- Bell, A. V., Michalec, B., & Arenson, C. (2014). The (stalled) progress of interprofessional collaboration: the role of gender. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 98–102.
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez D, & Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J.Gol).
- Bethea, D. P., Holland, C. A., & Reddick, B. K. (2014). Storming the gates of interprofessional collaboration. *Nursing Management*, 45(9), 40–45.
- Bleakley, A. (2013). The dislocation of medical dominance: making space for interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 27(sup2), 24–30.
- Blumer H. (1972) en Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez D, & Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J.Gol).
- Bonello, M., Wright, J., Morris, J., & Sadlo, G. (2018). Bourdieu and interprofessional education: what's the relevance? *Studies in Continuing Education*, 40(1), 1–16.
- Bordieu, P., & Wacquant, L. (1992) en Bonello, M., Wright, J., Morris, J., & Sadlo, G. (2018). Bourdieu and interprofessional education: what's the relevance? *Studies in Continuing Education*, 40(1), 1–16.
- Bover, A. (2013). Herramientas de reflexividad y posicionalidad para promover la coherencia teórico-metodológica al inicio de una investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 23(1), 33–37.
- Callejo Gallego, J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 409–422.
- Clark, P. G. (2014). Narrative in interprofessional education and practice: implications for professional identity, provider–patient communication and teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 28(1), 34–39.

- Colyer, H. M. (2008). Embedding interprofessional learning in pre-registration education in health and social care: evidence of cultural lag. *Learning in Health and Social Care*, 7(3), 126–133.
- Curtis, S., Gesler, W., Smith, G., & Washburn, S. (2000). Approaches to sampling and case selection in qualitative research: examples in the geography of health. *Social Science & Medicine*, 50(7–8), 1001–1014.
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 8–20.
- De la Cuesta-Benjumea, C. (2008). ¿Por dónde empezar?: la pregunta en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 18(4), 205–210.
- DeMatteo, D. J., & Reeves, S. (2013). Introducing first year students to interprofessionalism: Exploring professional identity in the “enterprise culture”: A Foucauldian analysis. *Journal of Interprofessional Care*, 27(1), 27–33.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). Chapter 1. The Discipline and Practice of Qualitative Research en Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. *The Sage Handbook of Qualitative Research Third Edition* (pp.3). London: SAGE Publications.
- Derrida, J. (1967) en Thistlethwaite, J., Jackson, A., & Moran, M. (2013). Interprofessional collaborative practice: A deconstruction. *Journal of Interprofessional Care*, 27(1), 50–56.
- Doody, O., & Noonan, M. (2013). Preparing and conducting interviews to collect data. *Nurse Researcher*, 20(5), 28–32.
- Emanuel, E., Wendler, D., & Grady, C. (2000). What makes clinical research ethical? *American Journal of Ophthalmology*, 283, 2701-2711.
- Engel, J., Prentice, D., & Taplay, K. (2017). A Power Experience: A Phenomenological Study of Interprofessional Education. *Journal of Professional Nursing*, 33(3), 204–211.
- Essen, C., Freshwater, D., & Cahill, J. (2015). Towards an understanding of the dynamic sociomaterial embodiment of interprofessional collaboration. *Nursing Inquiry*, 22(3), 210–220.

- Fernández, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos? Barcelona: Secció de recerca. *Butlletí La Recerca*. Fichas para investigadores. Disponible en: <http://www.ub.edu/ice/recerca/fitxes/fitxa7-cast.htm>
- Firth, A. (1995). Ethnomethodology en J. Verschueren, & J-O. Blommaert (Eds.), *Handbook of Pragmatics* (pp. 269-278). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Fontana, A., & Frey, J. H. (2005). Chapter 27. The Interview. From Neutral Stance to Political Involvement en Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S., *The Sage Handbook of Qualitative Research Third Edition* (pp. 695–727). London: SAGE Publications.
- Foster, K. R. (2013). *Generation, Discourse and Social Change*. New York: Routledge.
- Fox, A., & Reeves, S. (2015). Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *Journal of Interprofessional Care*, 29(2), 113–118.
- Fraser, N. (2000). Rethinking recognition. *New Left Review*, 3(3), 107–118.
- Fraser, N., & Honneth, A. (2006). *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico*. Madrid: Ediciones Morata.
- Freidson, E. (1985) en Hudon, R., Martin, É., & Perreault, M. (2009). Le pouvoir médical et le défi de la collaboration interprofessionnelle. Trois cas de figure. *Recherches Sociographiques*, 50(2), 321–344.
- Freshwater, D., Cahill, J., & Essen, C. (2014). Discourses of collaborative failure: identity, role and discourse in an interdisciplinary world. *Nursing Inquiry*, 21(1), 59–68.
- Grace, S., Innes, E., Joffe, B., East, L., Coutts, R., & Nancarrow, S. (2017). Identifying common values among seven health professions: An interprofessional analysis. *Journal of Interprofessional Care*, 31(3), 325–334.
- Green, C. (2013). Relative distancing: a grounded theory of how learners negotiate the interprofessional. *Journal of Interprofessional Care*, 27(1), 34–42.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In *The Sage Handbook of Qualitative Research Third Edition* (pp. 105–117). London:

SAGE Publications.

- Guerra Palmero, M. J. (2009). Nancy Fraser: la justicia como redistribución, reconocimiento y representación en Máiz, R., & Águila, R. del. (2009), *Teorías políticas contemporáneas*. Valencia: Editorial Tirant lo Blanch.
- Haddara, W., & Lingard, L. (2013). Are We All on the Same Page? A Discourse Analysis of Interprofessional Collaboration. *Academic Medicine*, 88(10), 1509–1515.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 188–196.
- Hamilton, J. (2011). Two birds with one stone: Addressing interprofessional education aims and objectives in health profession curricula through interdisciplinary cultural competency training. *Medical Teacher*, 33(4), 199–203.
- Higginbottom, G. M. A. (2004). Sampling issues in qualitative research. *Nurse Researcher*, 12(1), 7–19.
- Holland, D., Lachiocotte, W., Skinner, D. & Cain, C. (1998) en Olson, R. E., Klupp, N., & Astell-Burt, T. (2016). Reimagining health professional socialisation: an interactionist study of interprofessional education. *Health Sociology Review*, 25(1), 92–107.
- Hovey, R., & Craig, R. (2011). Understanding the relational aspects of learning with, from, and about the other. *Nursing Philosophy*, 12(4), 262–270.
- Hudon, R., Martin, É., & Perreault, M. (2009). Le pouvoir médical et le défi de la collaboration interprofessionnelle. Trois cas de figure. *Recherches Sociographiques*, 50(2), 321–344.
- Íñiguez, L., & Antaki, C., (1994) en Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez D, & Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. REcuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J.Gol).
- Jabbar, A. (2011). Language, power and implications for interprofessional collaboration: Reflections on a transition from social work to medicine. *Journal of Interprofessional Care*, 25(6), 447–448.

- Joynes, V. C. T. (2018). Defining and understanding the relationship between professional identity and interprofessional responsibility: implications for educating health and social care students. *Advances in Health Sciences Education*, 23(1), 133–149.
- Kamberelis, G., & Dimitriadis, G. (2005). Chapter 35. Focus groups. Strategic Articulations of Pedagogy, Politics, and Inquiry en Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S., *The Sage Handbook of Qualitative Research Third Edition* (pp. 887–907). London: SAGE Publications.
- Kevern, J., & Webb, C. (2001). Focus groups as a tool for critical social research in nurse education. *Nurse Education Today*, 21, 323–333.
- Khalili, H., Hall, J., & DeLuca, S. (2014). Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 92–97.
- Khalili, H., Orchard, C., Laschinger, H. K. S., & Farah, R. (2013). An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *Journal of Interprofessional Care*, 27(6), 448–453.
- Kincheloe, J. L., & Steinberg, S. R. (1997) en Kincheloe, J. L., & McLaren, P. (2005). Chapter 12. Rethinking Critical Theory and Qualitative Research en Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S., *The Sage Handbook of Qualitative Research Third Edition* (pp. 303–342). London: SAGE Publications.
- Kincheloe, J. L., & McLaren, P. (2005). Chapter 12. Rethinking Critical Theory and Qualitative Research en Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S., *The Sage Handbook of Qualitative Research Third Edition* (pp. 303–342). London: SAGE Publications.
- Kitzinger, J. (1994) en Kevern, J., & Webb, C. (2001). Focus groups as a tool for critical social research in nurse education. *Nurse Education Today*, 21, 323–333.
- Koerber, A., & McMichael, L. (2008). Qualitative Sampling Methods: A Primer for Technical Communicators. *Journal of Business and Technical Communication*, 22(4), 454–473.
- Krogstad, U., Hofoss, D., & Hjortdahl, P. (2004). Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. *International Journal for Quality in Health*

- Care*, 16(6), 491–497.
- Langendyk, V., Hegazi, I., Cowin, L., Johnson, M., & Wilson, I. (2015). Imagining alternative professional identities: reconfiguring professional boundaries between nursing students and medical students. *Academic Medicine*, 90(6), 732–737.
- Lidskog, M., Löfmark, A., & Ahlström, G. (2008). Learning about each other: Students' conceptions before and after interprofessional education on a training ward. *Journal of Interprofessional Care*, 22(5), 521–533.
- Lieff, S., Baker, L., Mori, B., Egan-Lee, E., Chin, K., & Reeves, S. (2012). Who am I? Key influences on the formation of academic identity within a faculty development program. *Medical Teacher*, 34(3), 208–215.
- MacNaughton, K., Chreim, S., & Bourgeault, I. L. (2013). Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13(1), 486–498.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483–488.
- McLafferty, I. (2004). Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), 187–194.
- McNeil, K. A., Mitchell, R. J., & Parker, V. (2013). Interprofessional practice and professional identity threat. *Health Sociology Review*, 22(3), 291–307.
- Meleis, A. I. (2016). Interprofessional Education: A Summary of Reports and Barriers to Recommendations. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 106–112.
- Michalec, B., & Hafferty, F. W. (2015). Role theory and the practice of interprofessional education: A critical appraisal and a call to sociologists. *Social Theory & Health*, 13(2), 180–201.
- Miller, K.-L., Reeves, S., Zwarenstein, M., Beales, J. D., Kenaszchuk, C., & Conn, L. G. (2008). Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 332–343.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014.

- Miró, M., Gastaldo, D., & Gallego, G. (2008). *¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956–1976)*. Universitat de les Illes Balears, España.
- Miró, M. (2016). Práctica colaborativa interprofesional en salud: Conceptos clave, factores y percepciones de los profesionales. *Educación Médica*, 17(Supl.1), 21–24.
- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 39–
- Olson, R. (2015). How would an egalitarian health care system operate? Power and conflict in interprofessional education. *Medical Education*, 49(4), 353–354.
- Olson, R., & Brosnan, C. (2017). Examining Interprofessional Education Through the Lens of Interdisciplinarity: Power, Knowledge and New Ontological Subjects. *Minerva*, 55(3), 299–319.
- Olson, R., Klupp, N., & Astell-Burt, T. (2016). Reimagining health professional socialisation: an interactionist study of interprofessional education. *Health Sociology Review*, 25(1), 92–107.
- Orchard, C. A. (2010). Persistent isolationist or collaborator? The nurse's role in interprofessional collaborative practice. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 248–257.
- Paradis, E., & Whitehead, C. R. (2015). Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles, 1954-2013. *Medical Education*, 49(4), 399–407.
- Pecukonis, E. (2014). Interprofessional Education: A Theoretical Orientation Incorporating Profession-Centrism and Social Identity Theory. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 42(sup2), 60–64.
- Pecukonis, E., Doyle, O., & Bliss, D. L. (2008). Reducing barriers to interprofessional training: Promoting interprofessional cultural competence. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), 417–428.
- Petri, L. (2010). Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum*, 45(2), 73–82.

- Petrie (1976) en Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 188–196.
- Pope, C. (2005). Conducting ethnography in medical settings. *Medical Education*, 39(12), 1180–1187.
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7227), 114–116.
- Price, S., Doucet, S., & Hall, L. M. (2014). The historical social positioning of nursing and medicine: implications for career choice, early socialization and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 103–109.
- Prud'Homme, D., Bellemare, M., & Sandrine, C. (2015). Les pratiques de collaboration interprofessionnelle dans les équipes de santé au travail du Québec en 50^{ème} congrès international. *Société d'ergonomie de langue française* (pp. 118–124).
- Rabiee, F. (2004). Focus-group interview and data analysis. *Proceeding of the Nutrition Society*, 63, 655–660.
- Rafferty, A. M., Ball, J., & Aiken, L. H. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in Health Care*, 10(Suppl 2), 32–37.
- Rawls, A. W. (2008). Harold Garfinkel, Ethnomethodology and Workplace Studies. *Organization Studies*, 29(5), 701–732.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010) en Paradis, E., Leslie, M., Puntillo, K., Gropper, M., Aboumatar, H. J., Kitto, S., & Reeves, S. (2014). Delivering Interprofessional Care in Intensive Care: A Scoping Review of Ethnographic Studies. *American Journal of Critical Care*, 23(3), 230–238.
- Reeves, S., Nelson, S., & Zwarenstein, M. (2008). The doctor-nurse game in the age of interprofessional care: a view from Canada. *Nursing Inquiry*, 15(1), 1–2.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., & Koppel,

- I. (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes en S. Reeves (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Regan, S., Laschinger, H. K. S., & Wong, C. A. (2016). The influence of empowerment, authentic leadership, and professional practice environments on nurses' perceived interprofessional collaboration. *Journal of Nursing Management*, 24(1), 54–61.
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1997). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Rose, L. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: how to define?*. *Nursing in Critical Care*, 16(1), 5–10.
- Ryan, F., Coughlan, M., & Cronin, P. (2009). Interviewing in qualitative research: The one-to-one interview. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16(6), 309–314.
- Salhani, D., & Coulter, I. (2009). The politics of interprofessional working and the struggle for professional autonomy in nursing. *Social Science & Medicine*, 68(7), 1221–1228.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 132–147.
- Sánchez Molina, R. (2009). *La etnografía y sus aplicaciones, Lecturas desde la Antropología social y cultural*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Aceres.
- Sargent, A. (2012). Reframing caring as discursive practice: a critical review of conceptual analyses of caring in nursing. *Nursing Inquiry*, 19(2), 134–143.
- Seenandan-Sookdeo, K.-A. I. (2012). The Influence of Power in the Canadian Healthcare System. *Clinical Nurse Specialist*, 26(2), 107–112.
- Sharma, U., & Klocke, D. (2014). Attitudes of nursing staff toward interprofessional in-patient-centered rounding. *Journal of Interprofessional Care*, 28(5), 475–477.
- Stein, L. (1967) en Reeves, S., Nelson, S., & Zwarenstein, M. (2008). The doctor-nurse game in the age of interprofessional care: a view from Canada. *Nursing Inquiry*,

15(1), 1–2.

Stull, C. L., & Blue, C. M. (2016). Examining the influence of professional identity formation on the attitudes of students towards interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), 90–96.

Tafjel & Turner (1986) en Khalili, H., Orchard, C., Laschinger, H. K. S., & Farah, R. (2013). An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *Journal of Interprofessional Care*, 27(6), 448–453.

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.

ten Have, P. (2004). Chapter 10. Ethnomethodology en Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. *Qualitative Research Practice* (pp. 151–164). London: SAGE Publications.

Thistlethwaite, J. (2015). Power and conflict in health care: everyone's responsibility. *Medical Education*, 49(8), 847–847.

Thistlethwaite, J., Jackson, A., & Moran, M. (2013). Interprofessional collaborative practice: A deconstruction. *Journal of Interprofessional Care*, 27(1), 50–56.

Tsou, P., Shih, J., & Ho, M.-J. (2015). A comparative study of professional and interprofessional values between health professional associations. *Journal of Interprofessional Care*, 29(6), 628–633.

Van Dijk, T. A. (2003). Chapter 18. Critical Discourse Analysis en Schifffrinn, D., Tannen, D. & Hamilton, H. *The Handbook of Discourse Analysis* (pp. 353–371). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Wackerhausen, S. (2009). Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), 455–473.

Weller, J. (2012). Shedding new light on tribalism in health care. *Medical Education*, 46(2), 134–136.

Whitehead, C. (2007). The doctor dilemma in interprofessional education and care: how and why will physicians collaborate? *Medical Education*, 41(10), 1010–1016.

Wilson, K. G. (1997) en Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.

Zwarenstein, M., & Reeves, S. (2002). Working together but apart: barriers and routes to nurse-physician collaboration. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 28(5), 242–247, 209.

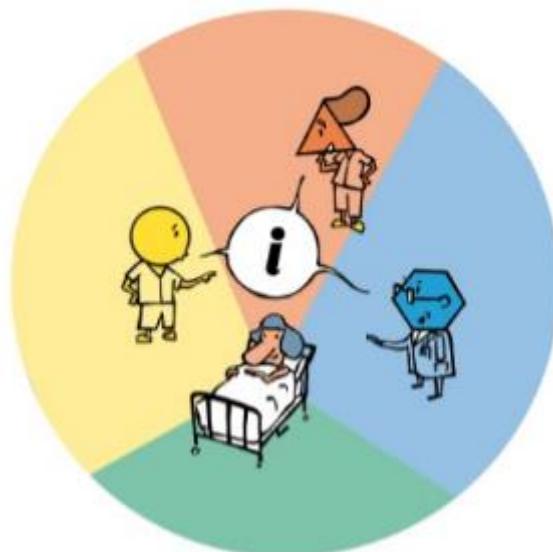
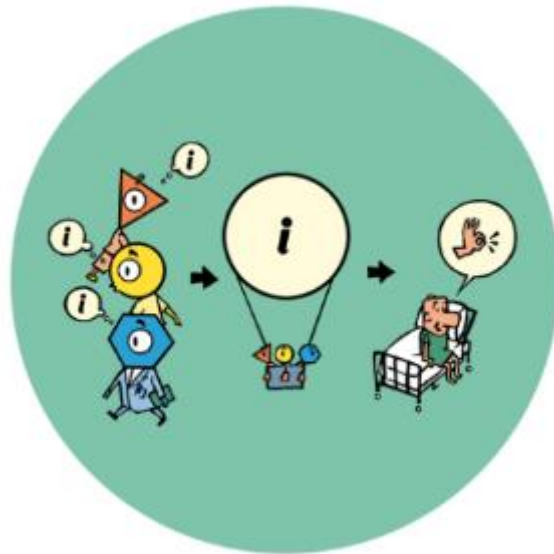
ANEXOS

Anexo I. Guion de la entrevista semiestructurada

Guion de la entrevista para el personal clínico	
Presentación y agradecimiento por su colaboración en el estudio	
Solicitar las preferencias del participante respecto al tuteo y el idioma en el que quiere recibir la entrevista	
Resolver dudas o aclarar algunos objetivos de la investigación	
Informar al participante de que la entrevista va a ser audio-grabada para volver a ser escuchada posteriormente y de que en el transcurso de la misma se realizarán pequeñas anotaciones en un cuaderno	
Identidad	<ol style="list-style-type: none">1. ¿Cómo te definirías como profesional enfermero/médico? ¿Qué es para ti ser enfermera/médico?2. ¿Cuál crees que es tu contribución en relación a la atención que tu equipo de trabajo ofrece al paciente?
Reconocimiento	<ol style="list-style-type: none">3. ¿Qué es lo que más valora de ser enfermera/médico?4. ¿Qué es lo que valora usted de ellos?5. ¿Qué es lo que cree que las enfermeras/médicos y la institución donde trabaja en general valoran/dan importancia de usted y de su labor como profesional enfermera/médico? (¿Y en comparación al valor que se le atribuye a los demás?)
Recursos	<ol style="list-style-type: none">6. Como enfermera/médico, ¿cuáles son los recursos a los que tiene acceso para llevar a cabo su práctica de forma adecuada y de calidad? Me refiero al uso de ordenadores, dispositivos electrónicos o material clínico para realizar su práctica, organización del tiempo, disponibilidad de espacio, pero también a la remuneración obtenida, a las oportunidades de promoción dentro de su organización.7. ¿Qué diferencias piensa que existe entre enfermeras y médicos en relación a ello?

Representación	<p>8. ¿Quién y cómo se toman las decisiones en relación a la atención al paciente dentro de su equipo de trabajo?</p> <p>9. ¿Cree que enfermeras y médicos tienen la misma oportunidad para tomar decisiones dentro del equipo o para participar en sesiones clínicas?</p>
Estrategias	<p>10. De todo aquello que me has comentado... ¿qué cree que debería de cambiar para su lugar de trabajo fuese más justo/equitativo/igualitario y se pudiera trabajar en equipo de forma eficaz?</p> <p>11. Respeto a cómo se define, qué funciones desempeña y su relación con el colectivo médico/enfermero... ¿Qué propuestas, iniciativas o acciones piensa que podrían llevarse a cabo para poder cambiar los aspectos de reconocimiento, acceso a recursos y de representación en la toma de decisiones?</p>
<p>Clausura de la entrevista. Revisar que todas las preguntas han sido abordadas. Realizar un breve resumen de los aspectos clave de la entrevista y ofrecer la posibilidad de que, a pesar de que para nosotros la información sea suficiente, pueda añadir algún aspecto más que considere importante. Agradecimiento por su participación. Despedida.</p>	

Anexo II. Viñetas *Cómo se construyen las relaciones interprofesionales en los equipos de salud. Impacto en la práctica clínica y el desarrollo profesional*



Anexo III. Planificación temporal del proceso de análisis de datos

	Fase I	Fase II	Fase III
Técnicas de recogida de datos	Entrevistas semiestructuradas	Grupos de discusión	Análisis final
	Diario de campo		
Análisis de datos	Análisis preliminar tras cada participante	Análisis preliminar tras cada grupo	

Anexo IV. Hoja de información al participante

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Título del estudio: (Re)inventar la justicia en salud: un espacio de diálogo entre las identidades profesionales y la colaboración interprofesional

Investigadora principal: Investigador principal: Camelia Viviana López Deflory. Estudiante de Máster en Investigación en Salud y Calidad de vida de la Universidad de las Islas Baleares. 664728123

Introducción

Me dirijo a usted para informarle sobre un estudio al que le invito a participar. El presente estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares, de acuerdo con la legislación vigente, y se ha llevado a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración de Helsinki y a las normas de buena práctica.

Mi intención es tan solo que reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere participar en este estudio. Para ello, lea esta hoja informativa atentamente y pregunte las dudas que puedan surgirle tras su lectura. Además, puede consultarlo con las personas que considere oportuno. Si tiene alguna duda póngase en contacto con la investigadora principal, Camelia Viviana López Deflory.

Participación voluntaria

Debe saber que su participación en el estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con la investigadora. Si usted decide revocar su consentimiento, no se recogerán nuevos datos, pero esta revocación no afectará a las investigaciones realizadas hasta el momento a no ser que usted lo manifieste.

Descripción general del estudio

A continuación, se le expone una descripción general del proyecto de investigación que puede ser de su interés.

Propósito de la investigación

Esta investigación tiene como objetivo explorar cómo influyen los discursos identitarios de médicos y enfermeras de atención especializada de los hospitales públicos de Mallorca en su percepción sobre las condiciones necesarias para la colaboración interprofesional según su disciplina y su género.

Descripción de la investigación

Las técnicas que se utilizarán para conocer la perspectiva de los profesionales son las entrevistas semi-estructuradas y los grupos de discusión. Las entrevistas se realizarán a un número inicial de 8 enfermeras y 8 médicos que trabajen en el Hospital Universitario Son Espases, el Hospital Universitario Son Llàtzer,

el Hospital de Manacor o el Hospital Comarcal de Inca y tendrán una duración aproximada de una hora. Dicha entrevista se realizará en un espacio y en un tiempo acordado con el participante. Además, a algunos de los participantes se les solicitará su participación en grupos de discusión (uniprofesionales o mixtos) de los que también formarán parte otros participantes médicos y enfermeras reclutados a través de sesiones de presentación del proyecto de investigación dentro de las correspondientes instituciones sanitarias o de invitaciones a través de un correo institucional enviado por parte de los directores, supervisores o responsables de docencia y de investigación de su centro hospitalario.

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio

Su contribución permitirá comprender cuáles son las percepciones de los profesionales sobre la disponibilidad de las condiciones necesarias para ejercer el trabajo en equipo. La participación en este estudio le supondrá el tiempo de asistencia a la entrevista (aproximadamente 1 hora) y, en función de la metodología, a un grupo de discusión (aproximadamente 90 minutos).

En el caso de que decida participar en la investigación, es importante que comprenda que:

- Puede ejercer su derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento.
- Antes de iniciar la entrevista se le proporcionará la oportunidad para poder aclarar sus dudas.
- La información obtenida servirá para la elaboración de publicaciones y presentaciones científicas, sometidas a la ley orgánica 118 15/1999 de Protección de datos de carácter personal.

Confidencialidad

La comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, del 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 en caso de requerimiento legal.

El acceso a su información personal quedará restringido al equipo investigador y personal autorizado, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

Compensación económica

Su participación en el estudio no le supone ningún tipo de compensación económica.

Otra información relevante

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, si bien los responsables del estudio podrán seguir utilizando la información recogida sobre usted hasta el momento, a no ser que usted se oponga expresamente.

Agradecimiento

Sea cual sea su decisión, le agradezco su tiempo y su atención.

Anexo V. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Título del estudio: (Re)inventar la justicia en salud: un espacio de diálogo entre las identidades profesionales y la colaboración interprofesional

Investigador principal: Camelia Viviana López Deflory. Estudiante de Máster en Investigación en Salud y Calidad de vida de la Universidad de las Islas Baleares. 664728123

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 podido comunicarme con la investigadora principal, Camelia Viviana López Deflory
- Entiendo que mi participación es voluntaria
- Entiendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que ello repercuta sobre mi relación con la investigadora principal
- Entiendo que si decido retirarme del estudio los resultados tengo derecho a solicitar que todos mis datos e informaciones entregadas sean eliminadas

Presto mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y la utilización de mis datos en las condiciones que se detallan en la hoja de información:

- Acepto participar en una entrevista individual de una duración aproximada de una hora, audio-grabada y en la que la investigadora principal tomará notas.
- Acepto, en función de la metodología, a participar en un grupo de discusión de 90 minutos de duración en el que un observador tomará notas.

Firma del participante

Firma de la investigadora principal

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

Anexo VI. Pilotaje de las entrevistas individuales

Entrevista 1 (03/05/2018): E1M

Datos sociodemográficos

Disciplina profesional: Enfermería

Género: Mujer

Ámbito de ejercicio profesional: Práctica clínica

Años de experiencia profesional: 14 años en práctica clínica

Centro: Hospital de Manacor

Contenido de la entrevista

Investigadora principal (IP): Bones tardes (nom de la infermera). Com t'he comentat abans, a continuació et faré una sèrie de preguntes amb l'objectiu de poder conèixer la teva visió sobre la presència de les condicions necessàries per fer feina en equip en el teu lloc de treball. Et record que no hi ha respostes correctes ni incorrectes i que pots expressar lliurement la teva opinió. Les dades que reculli en aquesta entrevista no s'analitzaran, sinó que serviran per realitzar el pilotatge de l'entrevista, es a dir, per comprovar que les preguntes són adequades i que s'entenen correctament per posteriorment fer les modificacions necessàries per millorar-les de cara a futurs projectes. Sí?

Infermera: *Sí! D'acord!*

IP: La primera pregunta que et faig és: Com et definiries com a professional infermera? És a dir, què és per tu ser infermera?

Infermera: *A veure... (piensa) sa veritat és que és una pregunta súper difícil. Per jo ser infermera és... Bé, una professió, una feina, una manera de guanyar-me la vida però en principi era una idea molt romàntica per jo això de ser infermera, no? Perquè era com a molt vocacional, que ja sabem que no existeix, però tenir passió per ajudar, per cuidar. Era com un rol meu, saps? Ser infermera per jo és això.*

IP: D'acord, i quina creus que és la teva contribució en relació a l'atenció que el teu equip de treball ofereix al pacient?

Infermera: *Mmm... ara no entenc molt la pregunta.*

IP: Em referesc al teu paper, el teu rol...

Infermera: *Ah! El meu paper, el meu rol, consider que és molt important, sobretot a l'àrea que estic fent feina perquè és un lloc bastant fred i la gent es bastant seria. El pacient ve amb bastanta por i trob que per part meva o d'una infermera és com a molt important i positiu. Li aport una mica de calma, una mica de seguretat, a vegades, i fins i tot... No sé com dir-ho... Sí, com a que li ajudam deixar la por a la porta quan actuam.*

IP: D'acord. I què és allò que valores més de ser infermera?

Infermera: *Uff...Sincerament? A vegades m'aporta decepció per el que t'he dit, perquè era per jo una cosa súper guapa i en el fons qualque dia me'n vaig com un poc destrossada però no per la feina que jo hagi pogut fer. És perquè moltes vegades la feina que jo hauria de fer no l'he poguda fer. En el sentit de que, així com està muntat el sistema moltes vegades tot són preses, no és tan fàcil poder ajudar al pacient de la manera en que el voldria ajudar. A vegades tot son les tècniques ràpides i... molt justet i això. Me fa sentir a vegades una mica malament (se ríe).*

IP: I què creus que valoren els metges de tu dins la teva unitat?

Infermera: *Mmm... zero?, molt poca cosa? A vegades, sobretot, pel col·lectiu metge és...a vegades et fan sentir bastant malament, com si fossis un zero. Com si la teva feina no fos important. Com si la seva feina fos la important i tot allò que tu puguis fer no contés per res.*

IP: I com i on ho veus tu a això?

Infermera: *Eh...mira una situació que me va passar ahir, per exemple. Ahir necessitàvem demanar un pacient al zelador, que ens ho du de la unitat on es trobi per passar-lo a quiròfan i fer-li la intervenció que se li hagi de fer. Idò hi havia una urgència, vàrem demanar aquest pacient. Aquest pacient justament no estava preparat, s'havia de dutxar, estava a urgències, acabava d'arribar com aquell que diu, encara duia tots els objectes i el vàrem demanar però no estava preparat. Eh.. per tant vàrem esperar. La infermera d'urgències hem va dir "jo t'avisaré quan estigui". D'acord. La vaig tornar a cridar perquè havia passat un quart d'hora i trobava que a lo millor ja podria haver accelerat una mica però me varen dir que no, que encara s'estava dutxant i que estaven esperant al de seguretat perquè encara tenia objectes personals que li havien de donar. Bueno idò, un dels meus companys, metge anestesiòleg, va venir cridant com un animal i mos va*

donar una passada enorme: “Que no ho veia normal, que som uns inútils, que sempre estem igual, que estam perdent el temps” i que (se ríe)... Bueno, com si fos culpa nostra, m’entens? Pues te sents malament perquè realment culpa teva no és però per ell és una manera de xerrar o és una manera correcta cap a nosaltres. Cap un altre company seu no ho faria però cap a les infermeres sí que... com a que està permès, no? Està permès. Una infermera pot rebre tot això, no passa res. I res... s’han fet queixes i tot això però tampoc no serveixen de res. Som un col·lectiu una miqueta... (piensa) perjudicat en aquest sentit, crec jo...

IP: I a nivell institucional, creus que se’t reconeix?

Infermera: *Pff, pff... no sabia què dir-te... De manera institucional, crec que tampoc, mira que et dic. No... crec que tampoc.*

IP: Val. I què és allò que valores tu dels metges de la teva unitat?

Infermera: *A veure... jo valor un metge quan és realment... quan té una actitud humana, correcta, que té una actitud empàtica tant cap al pacient com cap a la infermera. Bàsicament valor això, l’empatia la valor moltíssim. És el que més, però es que... hi ha molta manca d’això.*

IP: Com a infermera, ¿Quins són els recursos als que tens accés per a dur a terme la teva pràctica de forma adequada i de qualitat? Em referesc a l’ús d’ordinadors, als dispositius electrònics o a material clínic que puguis haver d’empregar quan fas feina, organització del temps i de les agendes, disponibilitat d’espais però també a la remuneració obtinguda, a les oportunitats de promoció dins la teva organització.

Infermera: *A veure, els espais en el meu lloc de feina són molt justos tant físicament com parlant de recursos materials. A veure... recursos materials els tenim, som un hospital públic i realment tens tot el que et fa falta, per aquesta banda. Ordinadors...també en tenim i hi tenim accés. Les xarxes són molt justes, restringides. Tenim, és a dir, tenim ordinadors però crec que estan obsolets i el sistema informàtic deu ser molt modern i a vegades estam com a molt pendents perquè hem d’esperar molta de estona i necessitem a vegades accedir a una informació en aquell moment i hem d’esperar una bona estona i mos retarda bastant. Eh...no record ara que més m’has demanat.*

IP: Sobre els espais per compartir informació amb altres professionals que em podries dir?

Infermera: *Nosaltres per exemple a la REA que és on ens passam el “parte”... Home... pff...te'l passes allà davant el pacient, no tenim un espai. La REA és un lloc que tampoc no pots perdre el pacient de vista per tant es fa allà. I l'àrea de reanimació o la URPA que diguem sí que és espaiosa entre cometes però per exemple l'espai de preanestèsia és un espai súper petit on estressa bastant perquè sols tenir tres pacients junts, un devora l'altre, separats per una cortina, però no et pots manejar bé, que a vegades per punxar na via tens a la teva companya a darrera fent malabars per poder-li mirar la tensió a un altre... No, molt mal ubicat.*

IP: *Altres coses que té comentat son la remuneració...*

Infermera: *Jo crec que sí, que no està malament. Jo la meva remuneració tampoc no sé exactament quina és. No sé exactament el que puc guanyar... Jo tenc una reducció horària i la veritat és que crec que no està malament. Ara... si em pos a comprar per exemple una bibliotecària, a lo millor, que ella sí que te uns horaris més normals, que els meus no són tan normals, que jo pugui fer festes, que jo pugui fer nits, a lo millor sí que pens que pot estar descompensat, per aquest costat.*

IP: *D'acord. I de les oportunitats de promoció que et puguin oferir?*

Infermera: *Mm...no, molt poquetes. Si et refereixes a ascendir, no almanco en aquest hospital. Hauria de canviar perquè és bastant “dedocrático”. És molt difícil, això aquí... (se ríe) és una altra història (se ríe).*

IP: *I m'has estat comentat sobre la bibliotecària però... tu creus que en relació a tot allò que m'has dit sobre els ordinadors, els espais, les oportunitats, la remuneració...creus que hi ha diferències entre metges i infermeres?*

Infermera: *Totaaalment (se ríe). Aberrants (se ríe). Hi ha molta diferència (se ríe). Home...ells tenen un espai, un office allà on tenen com a sis ordinadors per ells per accedir a la informació del pacient que han de veure, no? Després...hi ha una altra àrea seva de descans on tenen els seus sofàs, els seus llits, la seva tele perquè clar... ells han de poder descansar (se ríe). I en tenen dues, perquè clar ells són dos de guàrdia i cada un té el seu espai, perquè clar... no s'ajuntaran, no? (se ríe). I de promoció, dins el que dèiem d'ascendir... crec que estan igual de nosaltres en aquest aspecte. I remunerats, bastant millor que nosaltres, crec. Estic xerrant fora saber el net de la remuneració, eh? però em fa tot l'efecte (se ríe) de que sí. Ho tenen bastant més fàcil. Trist però real.*

IP: Qui i com es prenen les decisions en relació a l'atenció al pacient dins del teu equip de treball?

Infermera: *Respecte al què se li ha de fer?*

IP: Sí.

Infermera: *Mira veus, amb això et diré que crec que és l'únic punt que podríem dir que està una mica equilibrat, no? Perquè hi ha coses que sí, que és un poc autònom de la infermera però... Més que res perquè els protocols així que tenim fets estan fets per infermeria també, bé infermeres juntament amb metges. Al final crec que la feina l'han feta un equip d'infermeres...*

IP: Però preneu les decisions en conjunt?

Infermera: *No... home, segons quines no. Per exemple, a lo millor de qualque tècnica en concret que se li hagi de fer a un pacient, per exemple, o coses que nosaltres podríem dir... "ostres! Jo crec que per aquesta senyora o aquest senyor seria més fàcil o seria millor això" No, no... aquí no decidiríem. La infermera no decidiria. Decideix sempre el metge.*

IP: Per tant, teniu la mateixa veu a l'hora de prendre decisions?

Infermera: *No... a l'hora de prendre decisions, no. No, no, no...no! No sabia si em deies per exemple a les rutines que nosaltres solem tenir a dins... m'entens? Per exemple en quan rebre un pacient, quines tècniques li faràs segons la intervenció que li han de fer... Tot això ho hem fet nosaltres però el que passa es que si a aquell pacient es decideix fer-li un plexe o donar-li una analgèsia o no donar-li o... no ho decidim nosaltres... No, no, no. Zero autonomia amb això. No.*

IP: Idè... quines decisions pots prendre com a infermera?

Infermera: *Segons quines vegades les prens més a l'àrea de URPA perquè moltes vegades no tens el metge allà. Per tant... si no t'han deixat pautat res, per exemple, eh? estic suposant...eh.. pues decideixes tu el que li poses, li administres. Et botes la llei, molt però clar si no tens a ningú allà... abans és el pacient i t'ho botes i això ho fas tu. Per exemple... això és una però molt poques, molt poques decisions, molts poques n'arribes a prendre. Estàs com a molt barrat, realment. Això és una altra de les frustracions quan acabes... és a dir, quan tu estudies infermeria és com a molt guapo o a mi me va parèixer súper*

guapo però alhora de la veritat, quan estàs fent feina d'infermera, te'n dones compte de que... "ostres estàs molt negada" i que estàs molt fermada en moltes coses. Si... ets un poc autòmata, al final.

IP: De tot allò que m'has comentat... Què creus que hauria de canviar en el teu lloc de treball perquè fos més just/equitatiu/igualitari i que es pogués fer feina de manera més eficaç?

Infermera: *Jo crec, ara pareix que estic donant la culpa als metges, no la vull donar només als metges. Però és que crec que només si confiéssim una mica en la nostra professionalitat i que ens respectessin una mica, crec que podríem fer millor feina i ens sentiríem millor, saps? És que a vegades et sents com a cohibit i tot. Bueno... no sé si t'he contestat a la pregunta...*

IP: Si! I en relació a aquesta confiança i professionalitat que em comentes... Quines propostes, iniciatives o accions penses que es podrien dur a terme per poder canviar aquests aspectes de reconeixement, d'accés a recursos i de representació en la presa de decisions?

Infermera: *No se m'està acudint res...no ho sé...(silenci). Home...a lo millor que et donessin certa autonomia en alguna cosa, que tu poguessis fer i desfer segons el que tu pensis o tu vegis, i que després t'ho respectessin i no t'ho canviessin... Però clar després et trobes, per exemple, que a l'hospital ara posaran una unitat del dolor, que ja hi és a Son Espases i a Son Llàtzer i volen que siguem les infermeres que pugem a veure els pacients... Quan realment és per llevar-se feines de damunt sí que hi compten amb tu (refiriéndose al colectivo médico). Però...no sé molt bé ara...*

IP: Molt bé. Per mi la informació recollida és suficient, però voldries aportar alguna cosa més, alguna reflexió?

Infermera: (Se ríe) *No... (se ríe) M'ha fet reflexionar...Bé no és que m'hagi fet reflexionar però és vera que són coses que no deim i és el dia a dia nostre. Que comptes poquet, saps? Que, que... et miren poc i que compten poc amb tu. Compten poc en tu però alhora hi ha moltes coses que sense tu no les saben fer o no les podrien fer. Et necessiten en el fons, saps? Necessiten a la infermera però a vegades és com si fossis "ara et necessiten però ara ja està". No ho sé... I la darrera pregunta...*

IP: Si... més que res era per conèixer un poc...

Infermera: *Home, a mi se m'acudeix que segons en quines coses podríem ser iguals...Mira ara te posaré un altre exemple. Ara fa poc ens varen fer fer uns cursos teràpia entre cometes de "coaching", val? Per sabre fer feina en equip. Perquè clar no en sabem! Però resulta que tots els que vàrem anar a fer el "coaching" érem infermeres, que, a més érem companyes i ens miràvem com que dir "quin sentit té ara això?". Saps? Aquí hi ha hagut una miqueta de pèrdua de temps i de doblers. Això es gestiona fatal. Perquè? Perquè a dins la nostra àrea de feina els problemes que hi ha hagut són entre metges i infermeres, saps? Perquè no sabem conuiu, això no qualla, no va bé. Però clar! Els metges no el fan al curs aquest i nosaltres l'hem fet. Molt bé... no serveix de res, crec jo, saps? aquestes coses... I alhora ells se'n varen enriure. Segons quins companys, metges, me varen dir "andaa! Que heu anat a perdre ara aquest dematí, eh? Així de "guais", jo també vull anar de "coaching", és molt important, no? anar de "coaching"?". Bé...No és important ni ho deixa de ser, però... ells no ho varen fer. Pels metges no és necessari. Però realment el problema no és a la meua àrea, crec, és per tot... el problema és aquest: que... que no va bé perquè no te consideren res a tu, saps? Zero. Pues mira una idea seria aquesta que ens juntessin i en poguéssim xerrar tots. Nosaltres cada dematí feim el bon dia. El bon dia... (se ríe). És molt fort això també. Són 5 minuts que ens hem de veure a l'office i ens veim: una infermera de cada quiròfan que comenta les intervencions que es faran, una infermera de la URPA o preanestèsia i els zeladors que ens diuen a quin quiròfan seran i tal. Bueno pues d'anestesisistes no en vé ni un! De cirurgians, de traumatòlegs, de ginecòlegs no en ve ni un tampoc, saps?. Però es que a damunt no és que no hagin de venir a dir "ei mira escolta jo m'he mirat això , aquí hi ha un problema"... El bon dia ho feim per això, "escoltau-me a n'aquest el canviarem d'ordre perquè es un aïllat, tal"... Comentam les incidències, no? Ells per exemple no han vingut mai! Però no és això... és que ara com que nosaltres "és que les infermeres ara han de fer el bon dia (imitando a los médicos), pues... ja vendrem més tard". Ara venen més tard. Ara venen a lo millor a les 9 del dematí perquè total de les 8 a les nou fan el bon dia... perdona? De les 8 a les 9 no feim el bon dia (se ríe). Estan els pacients preparats per entrar a quiròfan i de les 8.30 a les 8 i mitja i cinc feim el bon dia. Però ells (los médicos) "com que elles han de fer el bon dia, eh? aquesta "botxor"... pues ja venim a les 9... és que perdeu el temps amb unes beneitures, les infermeres", saps? (Suspira) Són aquestes cosetes que a lo millor poc a poquet et van cremant, et molesten i t'ho agafes de broma però en el fons és un poc trist, eh? Molt trist.... Mira una proposta, que venguin a fer el bon dia! (se ríe) però bé... tot*

això també ve de la universitat, has adquirit que medicina és medicina, no? que és com si lo demás no contés per res...

IP: Molt bé, per part meva és suficient. Moltíssimes gràcies de nou per haver accedit a participar.

Infermera: *De res!* (Se ríe).

IP: Apag la gravadora.

Entrevista 2 (09/05/18): E2H

Datos sociodemográficos

Disciplina profesional: Enfermería

Género: Hombre

Ámbito de ejercicio profesional: Práctica clínica

Años de experiencia profesional: 10 años en práctica clínica

Centro: Hospital de Manacor

Contenido de la entrevista

Entrevista David

Investigadora principal (IP): Buenas tardes (nombre del enfermero). Como te he comentado antes, a continuación, te haré una serie de preguntas con el objetivo de poder conocer tu visión sobre la presencia de las condiciones necesarias para trabajar en equipo en tu lugar de trabajo. Te recuerdo que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que puedes expresar libremente tu opinión. Los datos que recoja en esta entrevista no se analizarán, sino que servirán para realizar el pilotaje de la entrevista, es decir, para comprobar que las preguntas son adecuadas y que se entienden para posteriormente poder hacer las modificaciones necesarias para mejorarlas de cara a futuros proyectos, ¿sí?

Enfermero (E): *Vale.*

IP: La primera que pregunta que te hago es: ¿Cómo te definirías como profesional enfermero? Es decir, ¿qué es para ti ser enfermero?

E: (Piensa) *Mogollón de cosas. Es muy difícil definirlo. Es que si lo defino pierde el sentido. Es muy difícil. Ser enfermero no es solo una profesión es una obsesión, es un sentimiento. No todo el mundo puede ser enfermero. Si yo te explico ser enfermero es “esto”, “esto” y “esto” ¡mentira! Me quedaría corto, no me bastaría nunca poder explicarlo. Yo diría que es un conjunto tanto de capacidades profesionales como toma de decisiones, técnicas, juntándolas con otro tipo de capacidades que no se pueden palpar, ¿no? Es tener un conjunto de capacidades que se requieren para tratar a una persona y eso es muy difícil. No me sale una definición.*

IP: ¿Lo dices por la complejidad?

E: *Sí, exacto.*

IP: ¿Y si tuvieras que definir la contribución que como enfermero haces en tu equipo de trabajo que me dirías?

E: *Yo creo que como enfermero apporto mi capacidad de trabajo, mi capacidad de decisión y mi buen humor, que creo que es fundamental en esta profesión. Yo creo que apporto eso y capacidad indiscutible de trabajo.*

IP: Y, ¿qué es lo que más valoras de ser enfermero?

E: *Lo que más valoro es la capacidad que tú tienes de relacionarte con la gente y de formar parte posiblemente de un círculo íntimo con la gente que tu atiendes. En el momento en que tu atiendes se crea un vínculo emocional tan grande... ¿Sabes de eso que dicen que al final son los momentos más delicados los que unen a las personas? Pues a los enfermeros con las personas les pasa algo parecido y yo creo que lo que más valoro es el vínculo emocional que tienes con los pacientes.*

IP: De acuerdo. Y ¿qué es lo que más valoras de un profesional médico?

E: *Valoro que sea muy atento con la gente que atiende. Valoro mogollón de ellos que sean buenos entrevistadores, que no les dé pereza gastar tiempo en entrevistar a una persona y bueno darle a entender a esa persona que les importa mucho el problema con el cual llegan al centro. Casi que es lo que más me puede sorprender de un médico porque el resto parece que como que ya viene de serie... No todos los profesionales son capaces de entrevistar como toca y vincularse con el paciente como toca.*

IP: Por lo que me das a entender, lo que valoras en ellos es algo que no se suele producir, ¿no? Y que valorarías en ellos algo que valoras de ti mismo, ¿no?

E: *Sí, sí, totalmente.*

IP: Y ¿Qué es lo que crees que los médicos y la institución en si valora de ti como enfermero?

E: *Quizás... conocimientos y capacidad de resolver situaciones, la confianza que das en los momentos más difíciles. La formación.*

IP: Y, ¿crees que el colectivo médico te valora entonces?

E: *Sí, personalmente sí.*

IP: Y, en relación a otros de tus compañeros, ¿hay diferencias?

E: *Sí, mucha, porque... antes me has preguntado que es para mí ser enfermero. Ser enfermero no es haber acabado la carrera, llegar al hospital y acabar tu trabajo cada día y volver a empezar el día siguiente. Yo, para mí el enfermero tiene que ser un obsesionado con su trabajo y muy metido en tu trabajo. Ser enfermero va a ser tu vida. Tú vas a ser enfermero todos los días, todas las horas. Y los médicos, esto lo ven enseguida. Cuando ven a un enfermero muy implicado en su trabajo, esto crea un cierto vínculo y una cierta confianza. A los médicos les van a dar confianza ciertos trabajadores porque cada cosa que hagamos, desde escribir en una historia a darle una pastillita al paciente, pues va a tener una repercusión en su paciente. Y lo que quiere el médico al final es tener al lado a alguien con el que se pueda confiar. De quien va a fiarse más el médico, ¿de alguien que controla mucho a nivel farmacológico, que es muy responsable, que sabe cuándo tendrá que avisarlo y cuándo no, o de otra persona que sabe que es un despistado, que no sabe si conoce bien la farmacología? Pues al final eso...*

IP: ¿Y la institución? ¿Crees que te valora?

E: *No.*

IP: ¿Podrías decirme porqué motivo crees que pasa esto?

E: *Es que lo han demostrado en muchas ocasiones. Yo, por ejemplo, tengo una formación muy especializada en el programa de cuidados críticos y yo estoy en cuidados críticos porque yo he ido a preguntar. Nadie se ha molestado en ver currículums, en examinarte, en hacer semanas de prueba. Nadie te tiene en cuenta a no ser que se lo hayan dicho otras personas "oye que sepas que esta persona viene de aquí y está muy especializada". También he trabajado en extrahospitalaria y ahí sí se empieza a valorar. Pero a nivel institucional no te sientes nada valorado, nada. Tú eres un número, te mandan a trabajar en un sitio y a lo mejor te están mandando a un sitio que a lo mejor otro sería más bueno que tú y tú serías más bueno en otra parte, pero no te han colocado.*

IP: ¿Y crees que en este sentido hay diferencias con el colectivo médico?

E: *Por supuestísimo, aunque también cometen muchos errores. Por ejemplo, medicina de familia está muy bien delimitada, cada uno con sus especialidades en medicina y tú eres médico de familia y ya te tienen colocado en un puesto de trabajo que tú puedes abarcar por tus competencias en la especialidad. Pero también lo hacen muy mal porque,*

por ejemplo, esto se ve mucho en ámbitos muy extensos como atención primaria. Tú ves médicos que no están preparados para ser médicos de familia, porque medicina de familia es muy difícil, y los ponen ahí, por tanto, por una parte, está muy bien porque está muy definido, pero de repente meten a gente que no está preparada ni con titulación adecuada. Pero bueno, medicina está mejor que enfermería en esto.

IP: Como enfermero, ¿cuáles son los recursos a los que tienes acceso para llevar a cabo tu práctica de forma adecuada y de calidad? Me refiero al uso de ordenadores, dispositivos electrónicos o material clínico para realizar tu práctica, organización del tiempo, disponibilidad de espacio, pero también a la remuneración obtenida, a las oportunidades de promoción dentro de su organización...

E: *En espacio para atender a la gente, sí. yo siempre me he sentido muy bien con el espacio que ha puesto la institución para que nosotros atendamos a la gente. ¿Quejas? Quejas tiene todo el mundo. Yo creo que está muy bien, por supuesto que puede mejorarse, pero está muy bien. A nivel de material, nosotros tenemos un pozo sin fondo hasta derrochamos material a mansalva, tiramos material que no se debería de tirar... Nosotros tenemos abasto de material para atender a un paciente. Y...*

IP: Antes de continuar... me comentas sobre el espacio que necesitas para atender al paciente, pero... ¿y para comunicarte e intercambiar información con el resto del equipo?

E: *Ah bueno, sí. A nivel hospitalario no hay unas zonas bien delimitadas para pasar los partes. Para pasar un parte, puesto que la información del paciente es confidencial tu no lo puedes pasar en cualquier parte. Debes tener una zona especializada donde se puedan hacer los pases de información, que no deberían ser ni el office, ni la zona de meriendas ni la zona donde atiendes al paciente (se ríe). Y aquí la ironía, ¿no? O sea... físico donde se transmita la información de un profesional a otro no existe. He visto pasar partes en la UCI lo pasábamos en el pasillo, lo cual no está bien. En las plantas en las office, lo cual tampoco está bien. En las REA, en el office o en la propia REA donde hay pacientes sedados, pero otros no tan sedados y que escuchan todo. La solución no es hablar bajito (se ríe).*

IP: ¿Y en cuanto a la organización de tiempo, la carga de trabajo?

E: *La carga es bastante alta, me parece muy cargante y no hay que subestimarlo. Eso al final repercute sobre la seguridad del paciente: puedes pautar mal la medicación porque*

vas de prisa, puedes delegar a gente que no está formada para poner cierta medicación o cierta sueroterapia, puedes saltarte curas, la revisión de las historias...

IP: ¿Y en cuanto a la remuneración obtenida por tu trabajo?

E: *Hombre...a ver. Si yo soy un estudiante que no he trabajado en la vida y de repente cobro un sueldo de enfermero, me parecerá alto. Yo personalmente venía de trabajar de otros sitios y vamos... hablado claro yo siendo enfermero cobro 400 euros que en los sitios donde estaba y no tenía ni la mitad de responsabilidad. Está muy bien comparado con el resto de población, sobre todo ahora por cómo está la cosa, pero a nivel general no estamos bien remunerados en comparación con otras profesiones. Es una profesión que requiere de nuestra financiación propia y de nuestra inversión propia de capital porque hay que formarse continuamente para ser competente, para poder tener trabajo porque esto luego es como una competición (se ríe), con lo cual no está bien remunerado. El 60/70%, sin exagerar, se va a la formación y hay otros trabajos que no tienen ni la mitad de obligaciones, responsabilidades, carga de trabajo porque la carga emocional a nivel de enfermería es altísima, y están tres mil veces mejor remunerados que nosotros y ya no te digo cuando haces turnos de día, noche, día, noche, día, noche y se te junta y... envejeces... (se ríe).*

IP: ¿Y en cuanto a oportunidades de promoción?

E: *Es que yo creo que, dentro de la enfermería, el tema de ascender... para mí enfermería no tiene ascenso. A nivel de enfermería militar puede ser que las tenga (se ríe) pero a nivel de enfermería no se puede ascender. Yo asciendo a nivel personal. A mí me da exactamente igual el coordinador que el otro, para mí es un enfermero exactamente igual. Al revés, ¡con más problemas! Porque además tiene que lidiar con el resto de compañeros y saber que va a tener a muchos de ellos en su contra porque un coordinador sabe que nunca va a poder tener a todo el mundo contento. Para mí no es ascender, es coger otra competencia que forma parte de la enfermería, pero que nunca la querría (se ríe).*

IP: De acuerdo. Y bueno me has estado hablando de que tienes el material disponible, que en cuanto a tiempo y carga de trabajo es verdad que debería mejorarse, que para pasar un parte no tienes un espacio para ello, de que la remuneración es mejorable... ¿Y tú crees que en relación al colectivo médico hay diferencias?

E: Sí, bueno... En la parte económica sí que hay muchas diferencias. A ellos les compensan a nivel económico alguna mejora que puedan hacer. Por ejemplo, si tú eres un médico y a nivel de coste farmacéutico eres capaz de llevar unos costes asumibles por parte de la institución pues te van a premiar. Esto lo hacen también en el sistema nacional de salud inglés: si un médico tiene muy buenos índices se le premia con dinero. Aquí no se hace tanto. pero se hace igualmente, mientras que a enfermería se le premia con dos días libres. ¡Con dos días libres por tener unos buenos indicadores de salud! (se ríe). La medicina tiene esa ventaja, pero es lo único que veo de diferente. En el resto es exactamente igual, al final es lo mismo. El medico se ve en las mismas que nosotros. Bueno... ¡mentira, mentira! En espacios sí que te voy a tener que decir una cosa. Los médicos, ¡y esto te parecerá una tontería!, en los turnos nocturnos en todas, todas, las unidades tienen habitaciones donde poder dormir. Tienen habitaciones con su camita. Enfermería si en algún momento quisiese echarse un poco, te tienes que echar donde cojas. Donde cojas es una butaca, cualquier sitio. O sea, ellos durante la noche, ellos pueden estar en su cama, en su cuarto, bien... aparte, que nosotros... nadie se va a echar porque hay que vigilar a los pacientes, estamos sentados... y si tú te quisieses echar en algún sitio porque lo estas pasando mal, no hay sitio. A nivel de hospital, sí, es muy vertical la organización.

IP: Bien. Y ¿Quién y cómo se toman las decisiones en relación a la atención al paciente dentro de su equipo de trabajo?

E: A nivel hospitalario las toma el médico. Es así de claro. O sea, durante los cuidados, tu estas con el paciente, con el usuario y tu cuando estás ahí para cuidados que no puedan provocar un cambio en el estado de salud del paciente, esos los puedes ejercer tú, ¿no? Pero en el momento en que eso que vas a realizar tú puede tener un efecto por ejemplo sobre la hemodinámica del paciente, ya hay que avisar al médico. Si a él no le parece bien, no se hace, cosa que en el hospital a mí me parece mal. El enfermero queda un poco anulado en ese sentido porque yo creo que una de las características más importantes de enfermería es la toma de decisiones que tenemos, el poder decidir sobre ciertos tratamientos... Y eso a nivel hospitalario, todo lo decide el médico. Colocar a un paciente que está en decúbito supino a decúbito lateral porque tiene una atelectasia y le va a mejorar, lo voy a hacer yo, pero lo tengo que comunicar y si eso no le parece bien, se va a quitar. He pasado por extrahospitalaria y ahí todo se decide en conjunto. Es el sitio

donde mejorar se puede explicar el trabajo en equipo y donde recomendaría a todo el mundo que rotase. Los alumnos de enfermería se van encantados porque dicen “he flipado con el trabajo en equipo” así te lo dicen. Ahí no se distingue entre conductor, enfermero y médico.

IP: Entonces, crees que a nivel hospitalario enfermeras y médicos no tienen la misma oportunidad ni la misma voz a la hora de tomar decisiones, ¿no?

E: *No, no, y tengo algunos ejemplos. Ahora los enfermeros que salen de la universidad tienen esa capacidad de decir “esto no parece bien” y que pueden ir al médico y decir: “oye te parece bien que hagamos...”. Me parece un paso muy importante para enfermería el “poder decir”. Mientras, hay enfermeros veteranos que yo cuando he llegado a un puesto de trabajo y me ha pasado algo y he propuesto de hacerlo de otra forma, los veteranos me han dicho “aquí se hace lo que diga el médico”. A mi esta frase me define muy bien como es esa persona. “Hay que hacer lo que diga el médico”. ¡Pues no! Nosotros no somos un “ayudante de”. Nosotros tenemos un trabajo que abarca mucho y creo que... Nosotros no ayudamos, nosotros brindamos unos cuidados que al ser nosotros los que estamos pendientes de la hemodinámica del paciente, cuando vienen médicos que tienen muy en cuenta al enfermero, enseguida te preguntan a ti porque tú eres el que le podrá explicar todo y en función de lo que tú le expliques, él decidirá. O sea, veo un colectivo que sí que tiene en cuenta la opinión de los enfermeros, pero también veo a enfermeros que están muy encapsulados y les es muy cómodo hacer solo lo que les dice el médico.*

IP: ¿Y por qué crees que pasa esto último?

E: *Pasa porque hay gente, ¡y ahora no sé si me equivocaré!, que tendría como un problema generacional. Hay gente que se crió con “el médico es el que manda y es el que tiene la voz” y se han acostumbrado durante muchísimo tiempo a... como te diría... a hacer lo que dice el médico, “esto lo hago por prescripción médica”. Muy bien..., en el momento que llega alguien que puede ver un poquito más allá, no quiere jugar con los médicos, lo único que quiere es darle un sentido a los cuidados que le brinda al paciente y tomar ciertas decisiones, y esto está.... ahí es donde (se refiere a los enfermeros) se ven un poco como amenazados esta gente. Es generacional, es una cultura generacional. Yo la comparo un poquito como la cultura en casa “estoy acostumbrado a que uno mande*

siempre y yo hago todo lo que me dicen” y de repente llega alguien y rompe esa barrera y dice “no, no, el médico está muy bien delimitado, él tiene que hacer su diagnóstico médico, eso está claro, pero yo debo hacer otro tipo de diagnóstico”. Esa generación aun no lo ve y claro hay una generación que ha roto con eso y eso choca. Es más cómodo dejar que te digan todo lo que tienes que hacer. Incluso la gente dice “¡a mí que me van a contar si yo sé bastante!”. Hay gente que aprende por rutina y que perfectamente se podrá poner... o anticipar a las complicaciones que surjan porque lleva 40 años en el servicio y lo ha visto mil veces. Pero también hay enfermeros que son capaces con dos añitos trabajando de tener una capacidad de resolución y de toma de decisiones, que serán capaces de tomar decisiones por ellos y de, a través de una orden médica, podrán, digamos, tomar otras decisiones también. Siempre con permiso o siempre consultando, pero no por...” yo se lo consulto al médico porque es el que manda”. ¡No! “yo se lo consulto al médico para que él sepa lo que estoy haciendo y por si él tiene que volver a modificar alguna cosa” ... Pero si... es generacional, este problema.

IP: Vale. Y, de todo esto que me has comentado ¿qué crees que tendría que cambiar para que tu lugar de trabajo fuera un lugar equitativo/justo/igualitario y que permitiera trabajar realmente en equipo de forma eficaz?

E: *Pues que conociesen personalmente a cada uno, a las cualidades de cada uno de los profesionales. Eso es fundamental. No todos somos iguales. A partir de las capacidades de cada uno debería fomentarse el equipo. Luego, también la formación continuada dentro de los servicios. No solo “mira he puesto un curso ahí en la intranet a ver si te interesa”. En cada servicio los enfermeros que trabajen tienen que tener un mínimo de destrezas. Eso es obligatorio. Ellos llaman formación a hacer una sesión de una hora cada viernes, los jueves por la mañana. Eso no es formación, eso es enseñar el caramelo para ver si te interesa... (se ríe). Y después también se hacen grupos de trabajo. ¡No! Yo creo que se deberían hacer grupos en función de las cualidades del enfermero y no atosigar al enfermero a presentar trabajos cada mes o cada dos meses, porque ¡suficiente tienen! Y, luego otra cosa que tampoco se hace es un “debriefing” y que es fundamental para que funcione el equipo. No hay cultura de “debriefing” en ningún sitio. Esto es cada vez que sucede algo, se debe reunir el equipo para ver qué es lo que no ha salido bien, es decir, cuando haya complicaciones en los pacientes, cuando hay un fallo, alguien que se ha quejado... Esto no se hace y forma parte de lo básico de la comunicación. Para mí*

esto sería fundamental en los servicios: tener en cuenta las cualidades de cada enfermero, exigir una formación básica y hacer muchas reuniones para ver donde se falla y donde se puede mejorar.

IP: Y a nivel del colectivo enfermero, ¿se te ocurre alguna propuesta, alguna iniciativa que podría hacerse para que se vea más valorado, que se le tuviera más en cuenta a nivel institucional?

E: *Es que es muy difícil, ¡somos tantos! Yo creo que se podría generar una base de datos en función de la especificidad de cada enfermero, ¿no? Eso se intenta hacer ya con las bolsas únicas, pero es un despilgorre. Hay cuarenta mil enfermeros y tú no conoces a todo el mundo, pero si se podría hacer que cada enfermero se pudiera inscribir en un listado donde él crea que puede estar más... no sé. A ver... saber que en hospitalaria tienes a personal, por ejemplo, muy bien formado en cuidados críticos pero que están trabajando en planta... pues que te puedan pedir de cuidados críticos alguna colaboración... No sé... Sí, que de alguna forma te pudieran tener localizado.*

IP: Es decir que, ¿para ti la solución tendría que ver desde arriba?

E: *Por supuesto. Bueno... desde abajo tú puedes proponer. Yo puedo proponer mañana que pongan unas butacas más ergonómicas, pero no se hará nada. Nunca se hará nada sin el consentimiento de una voz con mucho más poder para poder hacer eso. Tiene que pasar por el coordinador, del coordinador a alguien del hospital, del hospital a alguien del IBSALUT... O también puedes hacer un proyecto a pequeña escala dentro de la misma unidad, enseñarlo si funciona a tu hospital y a lo mejor el hospital sí que puede llevarlo a cabo.*

IP: De acuerdo. Para mí la información recogida hasta ahora es suficiente, pero ¿tienes alguna cosa más que quisieras comentarme en relación a lo que hemos estado hablando?

E: *No... Bueno sí, que los enfermeros tienen que cambiar de zona de trabajo cada ciertos años. El enfermero tiene que pasar por todas las especialidades de la enfermería, por todas, porque si yo estoy toda la vida en planta de trauma conoceré hasta un punto, pero no voy a saber cómo trabaja mi compañero. Yo estoy en planta y me suben a un paciente de la REA y me quejo: "mira cómo me ha llegado...". Pero ¿de qué me quejo si no sé cómo trabajan en la REA? ¿Debería trabajar en quirófano? Sí, para conocer la*

complejidad de ese paciente. A mayores conocimientos, serás más capaz de controlar a nivel fisiológico a un paciente, serás capaz de brindar mejores cuidados. Al final esto es lo que te da una visión muy global.

IP: Muy bien. Muchas gracias por haber participado.

E: A ti, yo encantado.

P: Apago la grabadora.

Entrevista 3 (24/05/2018): M1M

Datos sociodemográficos

Disciplina profesional: Medicina

Género: Mujer

Ámbito de ejercicio profesional: Práctica clínica

Años de experiencia profesional: 16 años en práctica clínica

Centro: Hospital de Manacor

Contenido de la entrevista

Investigadora principal (IP): Bones tardes (nom de la metgessa). Com t'he comentat abans, a continuació et faré una sèrie de preguntes amb l'objectiu de poder conèixer la teva opinió sobre com són les condicions necessàries per fer feina en equip al teu lloc de treball. Et record que no hi ha respostes correctes ni incorrectes i que pots expressar lliurement la teva opinió. Les dades que reculli en aquesta entrevista no s'analitzaran, sinó que serviran per realitzar el pilotatge de l'entrevista, es a dir, per comprovar que les preguntes són adequades i que s'entenen per posteriorment fer les modificacions necessàries per millorar-les de cara a futurs projectes. Sí?

Metgessa (M): Sí

IP: La primera pregunta que et faig és com et defineixes com a professional metge, es a dir, què és per tu ser metgessa.

M: (Se ríe) *Aquesta ja és difícil. Jo crec que ser metge és poder donar ajudes o solucions a gent que té algun tipus de problema. Jo el que sempre intent és ajudar en el que es pugui, perquè a vegades no es cura, a vegades només es donar suport en segons que i poder ser una ajuda.*

IP: D'acord, i quina creus que és la teva contribució en relació a l'atenció que el teu equip de treball ofereix al pacient?

M: *El primer és sobre quin problema té el pacient. A vegades no és el que et conta (refirint-se al pacient) sinó saber el que té realment per poder posar una pauta per solucionar-lo. Però sobretot la meva funció és saber què té.*

IP: D'acord. I què és allò que valores més de ser metgessa? Què és el que t'aporta?

M: *A mi... el que m'aporta i m'ajuda a seguir és veure que hi ha gent que se'n va contenta i millora dels símptomes o que senzillament tenia un problema, l'he ajudat i se'n va contenta o que encara que no millorin els hi he donat confort.*

IP: I què és el que tu valores de les infermeres que fan feina dins el teu equip de treball?

M: *Les infermeres crec que han de pensar que el pacient també és una persona i també tractar-lo com a tal i pensar que això es una feina d'equip, és una col·laboració entre tots dos. No sé si és el que em demanes...*

IP: Sí, em referia a què és allò a que dones importància d'una infermera.

M: *Idò, sí, el tracte al pacient i, com que soc a urgències, jo crec que valor que sàpiguen prioritzar un poquet qui té prioritats més urgents que un altre.*

IP: I ara a l'inrevés. Què creus que les infermeres valoren de tu?

(Silencio. Se ríe)

IP: No personalment, sinó com a professional.

M: (Se ríe) *Jo crec que tenir les coses clares, sabre arribar al diagnòstic i saber-ho transmetre a la infermera. Sí... jo crec que... saber el què del pacient i saber el què li han de fer.*

IP: Val. I per la institució, et sents valorada com a professional?

M: *Bueno no massa (se ríe). La institució a vegades.*

IP: I en quines situacions te'n adones d'això?

M: *Necessitem més gent, fem moltes hores i no se'ns compensa de qualque manera i que no cerquen totes les solucions possibles quan tenim un problema. En segons què si però en segons què no. Quan hi ha un problema nosaltres sempre intentem resoldre-ho tot el que podem i a vegades ens donen les gràcies i a vegades se'ls oblida (se ríe).*

IP: I en comparació al valor que us atribueix la institució, creus que hi ha diferències amb el col·lectiu infermer?

M: *Jo crec que tenen més reconeixement però no sé perquè. Solen tenir més substituïts, tenen més... Mmm... no ho sé. Un exemple clar és que ara amb les obres d'urgències (se refereix a las obras de ampliación del hospital que se estan llevando a cabo actualmente)*

podíem anar a descansar deu minutets si veiem que feien molt de renou i ells (se refere a las enfermeras) varen posar una persona més perquè pogués cobrir aquests 10 minuts que la gent tenia dret a anar-se'n cada dues hores i a nosaltres no.

IP: Val. I com a metgessa, ¿quins són els recursos als que tens accés per a dur a terme la teva pràctica de forma adequada i de qualitat? Em referesc a l'ús d'ordinadors, als dispositius electrònics o a material clínic que puguis haver d'emplear quan fas feina, a la disponibilitat d'espais per intercanviar informació...

M: *Home... crec que els recursos els tenim però no sé si de forma adequada. Els recursos necessaris i imprescindibles sí que hi són, però després hi ha el problema de l'espai.*

IP: En quin sentit ho dius això de l'espai?

M: *Els boxes tenen dos pacients enlloc d'un, per exemple...*

IP: D'acord. Però, i en relació a tu, si has de transmetre alguna informació sobre un pacient?

M: *Allà on es pot. Bé, per passar-nos el parte venim aquí (refiriéndose al espacio donde se lleva a cabo la entrevista: el despacho de médicos) però per donar segons quines informacions cercam puesto, però així de transmetre informacions... ho fem al control, allà on es pot, sí.*

IP: I en relació a l'organització del temps i la càrrega de feina que em podries dir?

M: *A urgències depèn del dia i del moment però sí en tenim! Tenim la feina d'assistència, la feina de preparar sessions, la feina de docència... sí, un poc de tot.*

IP: I en relació a aquesta carrega de feina que em comentes, creus que la teva remuneració és adequada?

M: *Sí... no ho sé... faci la feina que faci la remuneració és la mateixa. (Cambia el tono de la voz y dice más bajo) Bé, sí tenim qualche incentiu... (Vuelve al tono normal) Està equilibrat, però sempre podria ser un poc més! (riu)*

IP: I creus que com a metgessa tens oportunitats de promoció dins la institució?

M: *No, no, oportunitats les has de treure tu, no tens massa possibilitats.*

IP: I en relació als espais, els recursos materials, la remuneració i les oportunitats, creus que hi ha diferències entre metges i infermeres?

M: *Jo crec que de material en tenen i de recursos per fer la feina de cada dia també. D'espai en tenen menys per intercanviar informació i si volen fer una feina en concret han d'anar a cercar un espai, no tenen un despatx com nosaltres.*

IP: I per les oportunitats de promoció entenc que...

M: *Igual que nosaltres.*

IP: Val. Ara et faré una pregunta sobre la presa de decisions. Qui pren les decisions en relació a l'atenció al pacient? Qui les pren de tot l'equip?

M: *Bé, nosaltres les prenem entre tots. Si algú proposa algun canvi, alguna coseta, entre tots arribem a un acord, normalment va així.*

IP: Entre tots et refereixes a?

M: *Entre metges. Segons què metges. Ara si és alguna cosa més d'atenció al pacient o protocols a lo millor sí que fem alguna en conjunt, però sobretot, nosaltres prenem les nostres decisions i infermeria les seves.*

IP: Per tant, per a tu, cada col·lectiu ha de prendre les decisions dins la seva àrea o camp?

M: Sí.

IP: D'acord. I creus que, en general, el treball en equip que feis actualment és l'adequat?

M: *No... és podria millorar. Jo crec que necessitaríem sessions conjuntes, que en fem alguna de forma molt molt molt puntual. Enguany n'hem fet una en tot l'any. Fem feina bé en microequips, però si que no fem coses conjuntes de dos. Metges i infermeres, no. En el moment en que fas feina davant el pacient "Jo som el metge, ella la infermera" (adopta el to de una presentació personal delante de un paciente) però feina així conjunta dels dos, no.*

IP: D'acord. Es a dir que proposes fer sessions conjuntes on es comentin els casos dels pacients...

M: *Sí, o els protocols... És a dir, es fan casos molt concrets com per exemple el codi ictus però inclús així elles fan els seus i nosaltres fem els nostres. Així que posem en comú, poc, que és el que s'hauria de fer.*

IP: Molt bé. Per jo aquesta informació és suficient però si se t'acudeix alguna cosa més que em vulguis comentar en relació a alguna pregunta...

M: *Mmm... no.*

IP: D'acord. Idò, moltes gràcies de nou per haver participat.

Metgessa: A tu!

IP: Apag la gravadora.

Entrevista 4 (24/05/2018): M2H

Datos sociodemográficos

Disciplina profesional: Medicina

Género: Hombre

Ámbito de ejercicio profesional: Práctica clínica

Años de experiencia profesional: 17 años en práctica clínica

Centro: Hospital de Manacor

Contenido de la entrevista

Investigadora principal (IP): Buenas tardes (nombre del médico). Como te he comentado antes, a continuación, te haré una serie de preguntas con el objetivo de poder conocer tu visión sobre la presencia de las condiciones necesarias para trabajar en equipo en tu lugar de trabajo. Te recuerdo que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que puedes expresar libremente tu opinión. Los datos que recoja en esta entrevista no serán analizados, sino que servirán para realizar el pilotaje de la entrevista, es decir, para comprobar que las preguntas son adecuadas y que se entienden para posteriormente poder hacer las modificaciones necesarias para mejorarlas de cara a futuros proyectos, ¿sí?

Médico (M): *Sí, muy bien.*

IP: Entonces... la primera pregunta que te hago es: ¿Cómo te definirías como profesional enfermero? Es decir, ¿qué es para ti ser enfermero?

M: *Ah, ¿qué es para mí ser médico?... Bueno, mm... yo definiría el ser médico como algo que tiene un compromiso no solo profesional, sino con la biografía, de una manera más completa. No solo por estar fuera del hospital o por quitarte la bata, dejas de ser médico, sino que en cualquier circunstancia estas como a disposición de una necesidad. Entonces, para mí ser médico es una vocación, pero, además, una actitud, una disponibilidad en torno a la salud. Vamos a dejarlo ahí (se ríe).*

IP: De acuerdo. ¿Y cuál crees que es tu contribución como profesional médico en tu equipo de trabajo en relación a la atención que ofrecéis a un paciente?

M: *De cara a la atención a un paciente, yo apporto lo que de forma regular hace un médico: hacer una valoración, un estudio del paciente (que en nuestro caso no es tanto*

analítico sino bastante biográfico, como de subjetividad), un juicio clínico, un tratamiento y un seguimiento. Pero, al mismo tiempo, en cuidados paliativos también una de mis funciones es de conectar, articular con otros proveedores de otros servicios o con otros profesionales. Y, de alguna manera, también evaluar los resultados de nuestras intervenciones y constantemente modificar el enfoque del mismo. Probablemente, ese enfoque va a cambiar en función de lo avanzada que se encuentre la enfermedad. A lo mejor el síntoma ahora ya no es específicamente el objetivo, sino que ahora el objetivo es calidad o confort al final de la vida. Entonces, ir valorando los resultados para reenfocar según las nuevas necesidades.

IP: De acuerdo. Y ¿qué es lo que más valoras de ser médico?

M: *Qué es lo que más valoro de ser médico... Yo creo que valoro muchas cosas. Actualmente tengo más consciencia de valorar... Lo gratificante que tiene a nivel humano la medicina siempre lo he valorado y lo he experimentado desde la carrera, pero he tenido como una pequeña crisis en los últimos meses que me han hecho valorar ese feedback positivo de salud mental, de ver cómo te hace bien la profesión. Pero, luego también la consideración social o que si un familiar tuyo necesita algo también tienes y un acceso más fácil. También me doy cuenta de lo difícil que es inventarse la vida, ¿no? Y de alguna manera, nosotros, desde que entramos en la facultad, no nos tenemos que preocupar, al menos durante muchos años, de inventárnosla, sino que, incluso, terminas el MIR y tienes que buscar dónde hacer, pero no qué hacer. No te lo tienes que ir inventando, lo tienes que ir haciendo. Eso es una gran ventaja de cara a muchos otros trabajos que son más abiertos, quizás.*

IP: ¿Y qué es lo que tu valoras de las enfermeras que trabajan contigo?

M: *Bueno (se ríe), en cuidados paliativos tengo que decir que la relación enfermería-médico es bastante horizontal. No es tan jerárquica como en el resto de especialidades y una cosa que valoro muchísimo es la naturaleza del cuidar del paciente, la naturaleza del enfoque del cuidar. Yo creo que los médicos tenemos que en nuestra formación tenemos que aprender a cuidar porque lo que nosotros aprendemos en la carrera es a curar y no a cuidar. Entonces, en cuidados paliativos lo aprendes, pero enfermería no tiene que aprender a hacer eso después de terminar la carrera, es lo que le han enseñado. Esta naturaleza, esta simplicidad, que para los médicos puede ser difícil de ver, que ellas lo vean me parece muy importante. Otra cosa que aprecio mucho es la capacidad que*

puede tener enfermería de, no de integrar, sino de sintonizar o hacer que las cosas vayan más en paz. Tienen un papel de intermediarias muy importante entre el paciente, el médico y la familia. Entonces, tienen como un rol de gestión fundamental que cuando lo hacen bien lo notas muchísimo y cuando algo falla lo notas tremendamente, también.

IP: Y, ¿qué es lo que crees que la enfermera que trabaja contigo valora de ti?

M: *Vale. Yo creo que, ¡porque me lo ha dicho!, es la capacidad de gestión con el resto de compañeros. Más o menos como lo que hace la figura de enfermería de sintonizar a todos estos intervinientes, pues mira eso, pero creo que también valora que lo haga con otras especialidades, con la gerencia... O sea, que como médico, al final puedas conducir o al menos vehicular... Y creo que también valoran la regulación de emociones porque te ves en algunos momentos que te cuentan algunas cosas (se refiere a los pacientes) a las que, si contestas lo que deberías de contestar, a lo mejor no estaría aquí. Yo creo en el ámbito de cuidados paliativos, pues eso, que muchas veces hay alguien que es desconocido o que es una amenaza. Resulta una amenaza porque parece ser no conciliador con los objetivos que un médico tiene. Lo que quiere él es curar y al enfrentarse los dos enfoques resulta difícil de conciliar, muchas veces.*

IP: De acuerdo. Y en relación a esa función vehicular que me has comentado, ¿crees que lo hacen porque por ellas misma no podrían hacerlo?

M: *Creo que pueden en determinados ámbitos, pero luego ya de cara a “qué es lo que dice el oncólogo, el cirujano, el radiólogo...” parece que esta fuera de las competencias “de”. Pero luego cuando ellas ven que su objetivo tiene continuidad a ese otro nivel creo que tienen la satisfacción de decir: “ah esto que yo he estado haciendo lo ha sabido conducir también en ese otro ámbito, que no es el de su competencia”. Yo creo que ellas tienen mucha frustración porque cuando ellas lo hacen se encuentran con muchas dificultades, porque el escenario puede ser difícil. Entonces que en un momento le toque coger el balón al médico y que él no lo sepa conducir ni defender, creo que eso les provoca mucha frustración porque se han esforzado mucho por la parte que les corresponde.*

IP: Vale, y, a nivel institucional, ¿crees que se te valora como profesional médico?

M: *Yo creo que sí y el reconocimiento se puede recibir de diferentes formas. Obviamente lo verbal y lo escrito es fundamental y si se hace lo verbal y lo escrito creo que lo demás*

es más fácil de hacer. Que luego lo puedes recibir como verbal pero no en cuento a hechos. En cuanto a hecho, yo el mayor reconocimiento que he tenido es tener mucha libertad con lo que estoy haciendo. Tengo muy claro que lo que mi jefe espera de mí son resultados y no si los resultados se hacen a las 2-3 de la tarde o a las 10 de la noche. Esa libertad para mí es como un reconocimiento de “bueno pues están contentos con lo que hacemos” y hay flexibilidad.

IP: Y, ¿crees que para las enfermeras es igual ese reconocimiento?

M: *Para mis compañeras sí. Para las enfermeras en general, no lo sé. En mi equipo, sí que el reconocimiento es muy transversal, es igual, a no ser que se me escape información (se ríe).*

IP: De acuerdo. Y como médico, ¿cuáles son los recursos a los que tienes acceso para llevar a cabo tu práctica de forma adecuada y de calidad? Me refiero al uso de ordenadores, dispositivos electrónicos o material clínico para realizar tu práctica, espacios, organización del tiempo...

M: *Ahá. Yo creo que el recurso más importante es el tiempo y creo que según el día lo tengo más o menos. Al final, con los pacientes se te complican las cosas y esto es difícil de controlar. Por el resto, en general, yo diría que sí porque no tengo presión de ver un número de pacientes cada día. No nos preocupa esto. En cuanto al acceso a los recursos ya no es solo el tener acceso al ordenador, sino el tener acceso a la persona que puede diseñar o rediseñar parte de la historia clínica del paciente para que sea conveniente para nuestro trabajo. También, por ejemplo, la relación con farmacia, que se te permita prescribir algunas medicaciones que son tóxicas en otros ámbitos, pero nosotros tenemos permiso para hacerlo. Entonces, esa facilidad de acceso a quien controla los recursos que tú necesitas... O sea, yo creo que hoy en día todos tenemos acceso a los recursos que necesitamos pero que tengas acceso a que la historia del paciente sea de esta forma y no de otra. Me parece un plus muy bueno que presten atención a las necesidades específicas de tu área.*

IP: De acuerdo. ¿Y en cuanto a la disposición de espacios para poder compartir información?

M: *Sí. Yo creo que cuando empezamos tuvimos suerte de tener un despacho para ello que luego estuvo a punto de transformarse en un despacho más pequeño y hemos tenido la*

asertividad de decir “oye que no, que nosotros como equipo nunca te vamos a pedir ningún tipo de material, te vamos a pedir espacio, así que respétanos el espacio, que es lo único que te vamos a pedir”. El razonamiento fue como muy bien aceptado y ahora tenemos el sitio (se ríe).

IP: Vale. Y en cuanto a remuneración, ¿piensas que existe una equivalencia entre la carga de trabajo y la retribución por ella?

M: *Bueno yo creo que eso hay que contextualizarlo bastante. Tenemos que recordar que estamos en España, que los contratos son de la seguridad social y que yo, en mi caso, no hago guardias. Yo me siento bien retribuido con el poder disponer de la agenda según muchos intereses académicos que yo pueda tener. A mí me gusta investigar sobre esto y que me apoyen con eso que a mí me gusta... porque al final la necesidad es tan amplia que lo que hagas estará bien. Entonces, yo eso lo agradezco mucho y no que mi jefe diga “es que yo quiero que hagas esto” y a mi probablemente no me guste. Eso lo aprecio muchísimo, el poder trabajar con aquello que me gusta (se ríe), ya dentro de lo que me gusta, que ya es rizar el rizo.*

IP: Bien, y oportunidades de promoción dentro de la organización... ¿Hay oportunidades?

M: *Yo no lo veo. Desde mi equipo y desde mi postura no veo hacia dónde podría haber un ascenso y no es algo que me interese particularmente. Mi mayor interés y lo podemos ver como ascenso si queremos es mantener esa flexibilidad, ese poder. Creo que somos muy afortunados en el equipo en ese sentido, por eso mantener los estándares actuales es bastante.*

IP: Entonces... por lo que me das a entender, en vuestro equipo no existen diferencias entre médicos y enfermeras en relación a todos los aspectos que me has comentado sobre los espacios, recursos...

M: *Sí, pero porque somos muy poquitos. Como un equipo muy pequeñito y no hay cabida a diferencias de este tipo.*

IP: Y ¿Qué podrías decirme sobre la toma de decisiones? ¿Cómo y quién toma las decisiones en tu equipo de trabajo?

M: *Nosotros tenemos la filosofía o el principio de considerar que previo a tomar una decisión que afecte considerablemente a la trayectoria de la enfermedad o la vivencia del paciente pues partimos del principio de toma de decisiones compartida. Esto ¿qué significa y dónde aplica? Significa que tanto el equipo médico (incluyendo médicos y enfermeras) y si existen fisioterapeutas y profesionales de otras disciplinas (nutricionistas, psicólogos) que también estén implicados en el proceso, estar todos completamente de acuerdo con el enfoque se le ofrece al paciente y luego también hay que ponerlo en acuerdo con la familia y el paciente. Esto muchas veces requiere varias reuniones. No se hace en una sola oportunidad porque refiere que la familia comprenda las situaciones y que haya un alineamiento entre los profesionales y con la familia y con el paciente. Entonces podemos decir que se trata de crear una sintonía, una armonía de todos, que todos comprendan que el objetivo es cuidar al paciente y que los objetivos y priorizaciones se lleven a cabo. Esto es un proceso lento. Muchas veces no se llega a un acuerdo o un consenso en la primera o segunda reunión, sino que se va reflexionando y se hace a lo largo de un proceso. Para poder realizarlo es importante que se pueda iniciar de una manera temprana y no cuando las cosas son inevitables o inabordables.*

IP: De acuerdo. Y bueno... me has dejado intuir en algunas respuestas que esta situación más equitativa se da en tu equipo, pero no en otros equipos en otros servicios del hospital.

M: *Ahá.*

IP: Mi pregunta iría encaminada ahora a saber qué aspectos crees que hacen que esta situación sea posible en tu equipo y que podrían extrapolarse o transferirse al resto de equipos que no funcionan tan bien.

M: *Yo creo que es un poco complejo porque ya no por el espacio físico sino por las responsabilidades y por la dinámica de la organización y la dinámica de los equipos. Yo creo que lo más complejo de todo son los individuos, es decir, la diferencia que hay, la extrema diversidad que tenemos... Creo que es muy posible trasladarlo, pero lo que hace falta para poder trasladarlo es que los líderes de ambos equipos, en primer lugar, reconozcan que estas cosas (se refiere a la colaboración) son positivas y que no se trata de mitos, de tabúes o maneras de "siempre lo hemos hecho así". Entonces eso es parte de la cultura y yo creo que el gran responsable es el líder del equipo. En el ámbito de la salud, no solo en España sino internacionalmente, reconocemos ese déficit en cuanto a nuestros responsables médicos o jefes de departamentos y eso es quizás algo que vaya a*

cambiar en algunos sitios, pero va a ser muy lento. Yo creo que esto es una de las cosas que... esa horizontalidad que vemos en mi equipo, la vemos a años luz en cualquier unidad. Pero en según qué circunstancias vemos mucha cercanía y compañerismo entre médico y enfermera, pero en otros contextos parece como si se rompiese ese continuum. Yo creo que esto es tanto de los jefes médicos como de la orientación de la enfermería porque enfermería también tiene mucho “es que soy enfermero”, “es que soy enfermera” como una connotación negativa. Entonces... creo que hay mucho espacio en formación en estos dos perfiles de profesionales.

IP: Entonces, para construir ese espacio más equitativo, ¿para ti ambos colectivos tienen algo que cambiar o transformar?

M: *Sí, la cultura de liderazgo es lo que se tiene que potenciar.*

IP: Muy bien. Por mi parte, la entrevista podría darse por finalizada, la información me es suficiente, pero si quisieras aportar algo más en relación a algún aspecto de los que hemos estado hablando...

M: *Pues... para complementar la última pregunta, que he mencionado la cultura de liderazgo, creo que otra cosa es la resiliencia individual y colectiva, de equipo. Creo que es algo que tenemos pendiente en materia de educación.*

IP: Perfecto, muchas gracias por participar, de nuevo.

M: *¡Muy bien! Encantado.*

IP: Apago la grabadora.