

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**La cultura organizacional enfermera de la atención primaria de salud
en Cantabria: dinámicas de integración**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

María Madrazo Pérez

Director

Esperanza Rayón Valpuesta

Madrid, 2015



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA
Y PODOLOGÍA

Tesis Doctoral

“LA CULTURA ORGANIZACIONAL ENFERMERA
DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CANTABRIA:
DINÁMICAS DE INTEGRACIÓN”

Dña. María Madrazo Pérez

Dirigida por:

Prof.^a Dra. Dña. Esperanza Rayón Valpuesta

Madrid, 2015

AGRADECIMIENTOS

Al poner fin a este trabajo de varios años, quisiera expresar mi sincero y profundo agradecimiento a las instituciones que lo han hecho posible y a las personas que me han acompañado. Ellas me han permitido y facilitado realizar este proceso de aprendizaje, reflexión y maduración.

Especial reconocimiento y enorme gratitud a mi Directora de tesis, la Doctora Esperanza Rayón Valpuesta por aceptar la tutela de esta tesis. Su necesaria e intencional búsqueda del equilibrio al combinar exigencia y generosidad, paciencia y apoyo incondicional, se han constituido en la clave del trabajo fértil que juntas hemos realizado.

Agradezco al Doctor Juan Vicente Beneit Montesinos por abrirme las puertas al Máster en Investigación en Cuidados y al Programa de Doctorado, agradecimiento que se extiende al Departamento de Enfermería y a la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, facilitadores del crecimiento académico de la disciplina enfermera.

Muy especialmente quiero mencionar a mi amiga y compañera de trabajo, la Profesora Cristina Blanco Fraile, por haber realizado este camino juntas. Difícilmente la soledad de los momentos perdidos en el trayecto habría sido superada sin el apoyo mutuo.

A las enfermeras de Atención Primaria de Salud, Luz García Ruiz y Esperanza Castañeda García, auténticos pilares de este proyecto. Su apasionada historia es el reflejo de la memoria viva de lo que somos y hemos sido. Sumo este agradecimiento a los profesionales de enfermería que con su buena disposición y sus relatos se han constituido en el núcleo de la investigación.

A mis compañeros de la Escuela Universitaria de Enfermería y del Departamento de Enfermería de la Universidad de Cantabria por el apoyo a mi trabajo. Especialmente por la generosidad, cariño y paciencia demostrada, a Adolfo Rodríguez Martínez, Miguel Santibañez Margüello, María Paz Zulueta, Blanca Torres Manrique, Raquel Sarabia Lavín, Carmen Cosío González y Pilar Parrado Gutiérrez.

A la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud por la colaboración y apoyo mostrado, personificando mi gratitud en el Director de Enfermería, Abraham Delgado Diego.

A Claudia Torre Celeizabal por su inestimable apoyo técnico.

Por último, mi enorme agradecimiento a los profesionales de Atención Primaria de Cantabria con los que trabajé, por enseñarme a mirar lo social, por haber aprendido de ellos que en lo invisible habita la complejidad.

Este trabajo se lo dedico a mi familia que ha entendido esta ausencia.

A mis padres, Carmina y Agustín, que pronto dibujaron mi camino.

A mis hermanas, Pepa y Menchu, por estar siempre ahí cuando el ruido acecha.

A mis queridos Javier, Carlos, Ana, Elsa, Celia, Carmen, Javi e Isa.

A mis hijos, Álvaro y Clara, el motor de mi vida y de muchas enseñanzas.

A Javier, por estar por encima de cualquier prosa.

*No hay hecho del pasado
que no pueda prefigurar el presente,
y el nosotros de ahora viene de un linaje
no interrumpido nunca.*

ANTONIO MUÑOZ MOLINA, *Todo lo que era sólido*

ÍNDICE

RESUMEN	11
ABSTRACT.....	15
CAPÍTULO I - INTRODUCCIÓN.....	19
1.1. Estado de la cuestión.....	21
1.2. El sistema sanitario	22
1.2.1. Contexto histórico y marco conceptual de la Atención Primaria de Salud	23
1.2.2. Instrumentos de gestión: la cartera de servicios y el contrato programa.....	27
1.2.3. Evolución del modelo de Atención Primaria.....	30
1.2.4. A propósito de un estudio en Cantabria.....	32
1.3. Finalidad de la investigación.....	33
1.3.1. Justificación de la tesis	35
1.3.1.1. Interés profesional	35
1.3.1.2. Interés académico	36
1.3.1.3. Interés personal.....	37
CAPÍTULO II – PERSPECTIVA Y ORIENTACIÓN TEÓRICA.....	39
2.1. Organización y cultura	41
2.2. El estudio de la organización desde la teoría de la complejidad. Los conceptos de Stacey ..	43
2.3. Modelo cultural de la organización de Schein	49
2.4. Integración de teorías en el estudio de la cultura organizacional.....	52
CAPÍTULO III – ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN	57
3.1. Objetivo general.....	59
3.2. Objetivos específicos.....	59
3.3. Metodología cualitativa.....	60
3.4. Técnicas de recogida de datos.....	62
3.5. Ámbito de estudio	64
3.6. Categorías de análisis	65
3.7. Muestra y muestreo teórico	67
3.7.1. Descripción de la muestra	69
3.8. Entrevistas	69
3.8.1. Guión de las entrevistas.....	71
3.9. Observación.....	72
3.10. Saturación.....	74
3.11. Análisis de los datos	74

3.11.1. Proceso de codificación	75
3.11.2. Narración del proceso de codificación.....	79
3.11.3. Análisis descriptivo y del discurso	79
3.12. Criterios de verosimilitud del proceso investigador.....	80
CAPÍTULO IV – RESULTADOS	81
4.1. Estructura de los resultados.....	81
4.2. Etnohistoria de los equipos de enfermería	81
4.2.1. Cómo se gestó la puesta en marcha del modelo	84
4.2.2. Perspectiva del inicio y primeros años. De dónde se venía y hacia dónde se quería ir	91
4.2.3. Balance, percepción de la evolución y de futuro.....	94
4.3. Influencia de las políticas de personal en la incorporación de enfermeros a la At. Primaria	97
4.4. El trabajo en equipo	105
4.4.1. Evolución del equipo de Atención Primaria.....	106
4.4.2. El equipo de enfermería.....	109
4.4.3. La lógica organizativa de los miniequipos	113
4.4.4. El triaje como experiencia innovadora	117
4.5. El producto enfermero.....	118
4.5.1. Polivalencia del producto	120
4.5.2. Paradojas de la evolución	123
4.5.3. El bucle de la atención a la cronicidad	127
4.6. La influencia del liderazgo en la organización.....	128
4.6.1. Influencia del liderazgo directivo	130
4.6.2. Liderazgo profesional.....	134
4.7. Relato	137
CAPÍTULO V – DISCUSIÓN.....	141
5.1. Etnohistoria de los equipos de enfermería	141
5.1.1. Función de la cultura en el ciclo vital organizativo.....	141
5.2. Influencia de las políticas de personal en el desarrollo profesional de la enfermera de Atención Primaria	146
5.3. El trabajo en equipo	152
5.4. El producto enfermero.....	156
5.5. La influencia del liderazgo en la organización.....	162
CAPÍTULO VI – CONCLUSIONES	167
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	171
APÉNDICES.....	185

RESUMEN**LA CULTURA ORGANIZACIONAL ENFERMERA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CANTABRIA: DINÁMICAS DE INTEGRACIÓN**

INTRODUCCIÓN. Existen evidencias de la influencia de la cultura de una organización en la efectividad de su producción, lo que justifica un interés profesional creciente en su estudio. Se trata de identificar la compleja interacción de fuerzas que se produce entre la estructura organizativa y el rendimiento profesional. El interés académico se sustenta en la ascendencia que el desarrollo de la Atención Primaria en España ejerció en la modificación sustancial de los planes de estudio de Enfermería, al introducir nuevas materias como la Promoción de la Salud, la Epidemiología y Salud Pública, y la Atención Comunitaria, innovaciones que pretendían construir un nuevo perfil profesional, la enfermería comunitaria. Aportar luz a la evolución de las fronteras competenciales que han distinguido la adaptación profesional, es un compromiso que se refuerza al haber formado parte del grupo de profesionales de la salud que, en la segunda parte de la década de los años ochenta, en la Comunidad Autónoma de Cantabria, tuvimos la oportunidad de participar en la reforma del sistema sanitario.

Una incógnita a despejar era el nuevo rol a desempeñar por los profesionales de enfermería, en los que teóricamente se habían depositado expectativas acordes con la reforma sanitaria emprendida. Es de esperar entonces que las vivencias de las enfermeras que se implicaron en el proyecto y de las que se han ido incorporando, se hayan transformado en significados compartidos que otorguen sentido al ejercicio profesional, y puedan ser identificados y descritos como la representación de una nueva cultura organizativa.

El contexto histórico en el que se encontraba nuestro país, pudo influir en la fuerte motivación con la que se vivió la reforma sanitaria, fundamentalmente por parte de quienes se constituyeron en impulsores y partícipes de la puesta en marcha del modelo de Atención Primaria. Esta afirmación se apoya en las profusas publicaciones dirigidas a describir las características que lo diferenciaban de modelos organizativos sanitarios conocidos hasta ese momento y la complejidad de su desarrollo. Se pretendía crear una nueva cultura entre los profesionales que a él se incorporaban.

En identificar el potencial organizativo reside su complejidad. Una necesaria y vinculante relación entre los atributos que definen la Atención Primaria para que esta sea efectiva, establece que la accesibilidad, la variedad de servicios, la población diana a la que van dirigidos y la continuidad asistencial, todos ellos elementos estructurales, están estrechamente relacionados con la intensidad de la utilización y la identificación de problemas de salud, entendiendo estos como elementos de proceso.

Una información apreciable de la evolución de la Atención Primaria que justifica este estudio, lo constituye las reflexiones surgidas y publicadas periódicamente, tan profusas como las que definían el inicio del modelo y que, con diecisiete, veinte y casi treinta años, en algunos casos los mismos autores, han analizado la experiencia y realizado diagnósticos que les permite hoy sugerir como reorientar organizativamente de nuevo el modelo. Sin embargo, todas estas publicaciones tienen en común algo que paradójicamente afecta al núcleo de esta investigación: el espacio dedicado a analizar la profesión enfermera es mínimo, aunque en sus diagnósticos coincidan en la necesidad de aumentar sus responsabilidades asistenciales. Esta invisibilidad es posible que se justifique en el respeto a la creencia de que no debe ser otro colectivo profesional, los autores de estas obras mayoritariamente son médicos de familia, quienes realicen una crítica a las características y prácticas otros profesionales. Y a comprender que las mejoras organizativas parten de la autocrítica de cada grupo profesional. Sea por estas u otras justificaciones, pretendemos con este estudio contribuir a la visibilidad de la enfermería comunitaria.

OBJETIVOS. El propósito de esta investigación consiste en estudiar la cultura organizacional generada entre las enfermeras de Atención Primaria en Cantabria, un modelo de atención sanitaria española surgido en la década de los años ochenta, como consecuencia de la recomendación de la Organización Mundial de la Salud de la necesidad de reorientar los sistemas sanitarios desde el derecho a la protección de la salud y la disminución de las desigualdades entre la población.

Los objetivos específicos propuestos consisten en: relatar los aspectos históricos claves de la organización de Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de sus fundadoras, identificar la influencia de las políticas de personal en el desarrollo profesional, describir la evolución del trabajo en equipo, analizar el producto generado entendido como el resultado de la actividad enfermera, y diferenciar los liderazgos ejercidos en la organización.

ORIENTACIÓN TEÓRICA. El estudio de la cultura profesional enfermera conlleva indagar como se representan epistemológicamente los dos conceptos, organización y cultura, factores inseparables al entender que toda cultura se crea y compone de comportamientos aprendidos en un grupo socialmente organizado. Recurrimos al modelo cultural de organización de Schein (1988) que entiende la organización como “un sistema abierto y complejo de interacción con múltiples medios, de forma que trata de alcanzar metas a muchos niveles, en grados diversos de complejidad, evolucionando y desarrollándose a medida que la interacción con un medio cambiante determina nuevas adaptaciones internas”, e identifica la cultura como una “entidad claramente definida que solo puede demostrarse que existe si un grupo de personas ha compartido una cantidad significativa de experiencias importantes”, orientando su estudio a explorar el nivel profundo de las presunciones básicas y creencias generadas entre los miembros del grupo.

La conexión que vincula este modelo cultural con la atención que Stacey (1996), teórico de la organización, presta a la teoría de la complejidad al entender aquella como “un proceso de interacción entre

personas, conversaciones en las que se negocian decisiones basadas en intereses concretos, en donde la continuidad organizacional es impredecible y no el resultado de un plan establecido”, se aproxima no solo a nuestra percepción de lo que es una organización, sino que va más allá, se convierte en el hilo conductor que puede explicar el proceso de construcción y evolución de la cultura organizativa de Atención Primaria desde la perspectiva enfermera. Ambas teorías se complementan.

METODOLOGÍA. La investigación cualitativa se constituye en el método idóneo para identificar las percepciones que subyacen en la cultura generada entre las enfermeras de Atención Primaria, fruto de sus experiencias. En el ámbito del profesional de la salud, la Etnografía, por su naturaleza contextual y holística, permite a través de los relatos y de la observación de la interacción, comprender el sistema de significados compartidos. En concreto, la Etnografía etnohistórica permite describir la realidad cultural del presente como resultado histórico de los acontecimientos del pasado. En la selección del emplazamiento y de los profesionales informantes, se ha tenido en consideración el lugar común donde se ejerce la atención sanitaria, el centro de salud. Para el análisis se ha adoptado una perspectiva integradora que permita identificar las categorías que vinculen todo el proceso y revelen los temas y patrones característicos.

RESULTADOS. La exposición de los resultados se presenta articulando las categorías investigadas en torno a un eje histórico temporal que reconstruye la etnohistoria de la organización, enlaza el inicio del modelo con el presente de la enfermería de Atención Primaria, y se orienta a indagar qué hechos y circunstancias del ciclo vital organizativo han influido significativamente en el presente. Desde esta perspectiva, se reconstruye la evolución a través de los relatos de profesionales que lideraron el origen; una primera dirección del eje explora la política de personal en el sistema de reclutamiento de profesionales y su influencia en las expectativas creadas; la segunda enlaza con la construcción y evolución de los equipos de salud; la tercera dirección muestra el valor del producto enfermero; por último, una cuarta dirección del eje analiza el liderazgo como parte esencial del proceso de formación de una cultura de la organización.

Si cada tiempo tiene sus metáforas y pertenecen al sonido de fondo de una época, *“fuimos desnudas totalmente”*, refleja la inexperiencia de entonces, la incertidumbre y la valentía de aquellas profesionales. La expresión *“la lucha por buscarse un hueco”*, representa el valor de los hechos que contribuyeron a sentar las bases de un nuevo profesionalismo, una cultura de “lo diferente” respecto a lo conocido hasta ese momento. Desde la perspectiva etnohistórica de lo que podría entenderse como el ciclo vital de la organización, los profesionales que la han liderado en los diferentes centros de salud, realizan un balance de satisfacción y de logro profesional importante, perciben un rol dinámico, cuya evolución debe ser continua adaptándose a nuevas necesidades de la población, y con actitud autocrítica expresan sus miedos hacia una involución en el sentido profesional, a la pérdida de territorio en

favor de otras profesiones que consideran emergentes debido a la invisibilidad profesional, algo que se percibe con la expresión *“nos hemos vendido mal”*. La política de asignación de nuevo personal por parte de las gerencias ha dificultado poder reforzar o mantener su equilibrio. El desconocimiento y las expectativas distorsionadas, quedan acuñados en la metáfora escuchada e identificada en las entrevistadas, *“las viejas glorias de Valdecilla creen que vienen al cementerio de los elefantes”*, una creencia atribuible a la cultura funcionarial, que refleja lo único a que puede aspirar una enfermera que en ausencia de carrera profesional.

La expresión *“hay tantos equipos como centros”* manifiesta la heterogeneidad de cada cual y exige profundizar en los rasgos distintivos de quienes lo han mantenido en el tiempo. Sin embargo, afirmaciones rotundas como *“yo creo que no existe el trabajo en equipo”* y *“creo que todos trabajamos en miniequipos”*, una asociación con valor funcional y colaborativo que se sustenta en lógicas de eficiencia y organizativas, formado por enfermera/médico, confirman un patrón común entre los informantes. No obstante, cuando se afirma *“equipo, equipo, el de enfermería”*, surge la necesidad de explorar qué condiciones exige su mantenimiento. El producto de la organización es considerado como el patrimonio cultural que otorga sentido a su existencia, así la satisfacción que muestra la enfermería en el ejercicio de su profesión se caracteriza por haber inventado, construido y adaptado sus competencias profesionales a las necesidades de la población atendida, que las ha identificado y demandado. De ahí que las entrevistadas se declaren *“autodidactas”*. Su polivalencia parte de la creencia original del modelo, en el que las funciones vienen delimitadas por la competencia profesional. Una aspiración en la estrategia de crear el nuevo modelo de Atención Primaria consistía en orientar sus estructuras hacia formas organizativas más planas y horizontales, con cierta capacidad de autogestión. Paradójicamente, el giro en la gestión hacia el paradigma “gerencialista” es vivido de forma perjudicial para el nuevo desarrollo profesional, *“los de arriba no valoran, no valoran qué tipo de trabajo hagas”*, al evidenciar el desconocimiento y desinterés manifiesto de su trabajo, *“las gerencias lo que suelen hacer es borrar y cuenta nueva”*. Aún con estas contradicciones, se percibe que estamos ante una nueva cultura profesional como sinónimo de liderazgo, al atribuirse logros profesionales sustentados en valores como la confianza, la implicación en la salud y la satisfacción de los pacientes, *“yo invierto tiempo en mis pacientes”*.

CONCLUSIONES. Los mecanismos que influyen en la creación de la cultura organizacional identificados a través de las etapas del ciclo vital organizativo de la Atención Primaria, son similares a los de otras organizaciones. Los rasgos particulares que la definen, se caracterizan por haber creado y difundido un paradigma cultural que ha traspasado la dispersión geográfica y que revelan un patrón de creencias compartidas, fruto de la interacción entre las enfermeras, con otros colectivos profesionales y con los gestores. La ausencia de una política de personal, la invisibilidad profesional percibida y el liderazgo profesional, son elementos de la cultura que reflejan contradicciones en la evolución del modelo de Atención Primaria.

**ORGANIZATIONAL NURSING CULTURE IN PRIMARY HEALTH CARE IN CANTABRIA:
INTEGRATION DYNAMICS****ABSTRACT**

INTRODUCTION. There is evidence of the influence of an organizational culture in efficiency and effectiveness of its production, justifying an increasing professional interest in its study. It is about identifying the complex interaction of forces that takes place between organizational structures and job performance. Academic interest is sustained by the influence applied by development of Spanish Primary Care on substantive changes to the curricula of Nursing by introducing new courses such as Health Promotion, Epidemiology and Public Health and Community Care. The intention of such innovations was to build a new professional profile: community nursing. A renewed commitment whose mission is, with that study, shedding light on the evolution on competency-based boundaries from which professional adaptation stands out and which is reinforced by having been part in the health professionals group that, in the late eighties, in the Autonomous Region of Cantabria, had the chance of participate in the Health-care System Reform.

Unknown at that time was the role that nursing professionals, in which expectations according to the reform undertaken were assumed, will play in this new structures created for this purpose, healthcare centers and multidisciplinary teams. It is expected then that those experiences lived by the nurses implied in the project as well as by the ones that have been incorporated, have become shared meanings that have given sense to professional performance, and can be identified and describe as the representation of a new organizational culture.

The historical context in which our country was could have influenced the strong motivation with which healthcare reform was experienced, mainly by those who drove and took part in the implementation of the Primary Care model. This assertion is supported by the profuse publications aimed at describing the characteristics that differentiate it from other healthcare organizational models known at that time, its development complexity and the aspiration to create a new culture among professionals that joined this model.

Its complexity lies in identifying its organizational potential. A necessary and binding relationship between the attributes that define Primary HealthCare for it to be effective, which lays down that accessibility, services variety, target population and care continuity, all of them structural elements, are closely related with using intensity and health problem identification, being them understood as process elements.

A significance information for the justification of this study, is constituted by thoughts about Primary Healthcare evolution aroused and issued periodically, as profuse as the ones that defined the beginning of the model and that, seventeen, twenty and almost thirty years later, in some cases the same authors studied the experience and performed diagnostics that allow them now to reorient in reorganizational terms the model again. However, all these publications has something in common that, paradoxically, affects the core of this study; the space dedicate to analyze the nursing job is minimum, although their diagnostics agree on the need for increasing their care responsibilities. This invisibility may be justified with the respect to the belief that there must be no other professional guild but family doctors, with whom nurses work very close, who criticize professional features and performance from other guilds. And to understand that organizational improvements arise from the self-criticism of each group. Whether it is explained with these reasons or with others, we aim with this study to contribute to the visibility of nursing community.

AIMS. The purpose of this research is to study the organizational culture that arises between Primary Care nurses in Cantabria, a Spanish primary care model that emerged in the eighties, following World Health Organization's recommendations on the need to reorient health systems from the right to health protection and inequalities among the population reduction.

Among the proposed specific objectives are: to relate historical key aspects from Primary Health Care from its founder's perspective, to identify personal policies' influence on professional development, to describe the evolution of teamwork, to analyze the product generated understanding it as a result of nursing activity, and to differentiate leaderships performed in the organization.

THEORETICAL ORIENTATION. Studying professional nurse culture in an organizational context involves inquiring how organization and culture are epistemologically represented, both concepts are inseparable factors when it is to try to understand that every culture is created and composed by behaviors learnt in a socially organized group. We will resort to Schein's (1988) cultural organization model, which explains organization as "an open system and interaction complex with multiple resources, such that tries to achieve goals at many different levels, with varying degrees of complexity, evolving and developing as interaction with a changing environment determines new internal adaptations" and to identify culture as "a clearly defined entity that can only be demonstrated if a group of people have shared a significant amount of important experiences", their study aimed to explored the deeper level of basic assumptions and beliefs generated among members of a group.

The link between this cultural model and the attention that Stacey (1996), organizational theorist, gives to complexity theory when understanding it as a "process of interaction between

people conversations in which decisions based on specific interests are made, where organizational continuity is unpredictable and not the result of an established plan”, is approximated not only to our perception of what an organization is, but it goes further, it becomes the thread that can explain the construction process and evolution of the organizational culture of Primary Care from nursing perspective. Both theories are complementary.

METHODOLOGY. Qualitative research constitutes the ideal method to identify assumptions underlying the culture generated among Primary Healthcare nurses, which is a result of their experiences as a group. In the field of healthcare, Ethnography, by its contextual and holistic nature, allows to understand shared meanings system through stories and interaction observation. Specifically, ethnohistorical Ethnography allows describing present cultural reality as a historical result of past events. The common place where primary healthcare is performed, the Healthcare Center, has been taken into account when choosing the location and informant professionals. For the analysis, an integrating perspective has been adopted, which has allowed us to identify categories that link the whole process and reveal characteristic topics and patterns.

RESULTS. Exposition of the results is presented by articulating the categories researched around a time-history axis that reconstructs organization’s ethnohistory, it links the beginning of the model to current nursing Primary Healthcare, and it is aimed at investigating which facts and circumstances of the organizational life cycle have significantly influenced the present. From this perspective, evolution is reconstructed through stories from the professionals who led the origin; a first axis direction explores personnel policy in the system of professional’s recruitment and their influence on expectations raised; the second one links to the construction and evolution of health teams; the third direction shows leadership as an essential part of the organizational culture formation; and finally, a fourth axis direction checks nursing product’s value.

If there is a metaphor for every time and they belong to the background sound of an era, “*we went totally bare*”, this one shows the inexperience of that time, the uncertainty and courage of those professionals. The expression “*struggle for seeking for a niche*”, represents the value of the events that helped to lay the foundations for a new professionalism, a culture of “what it different” with respect to which was known to date. In a global analysis of what could be understood as organization’s vital cycle, professionals that have led it in the different healthcare centers, they take stock of satisfaction and important professional achievement, they perceive a dynamic role, whose evolution should be continuous and adapt to the need emerging from the population, and, with self-critical attitude, and they express their fear of a professional involution, loss of territory to other emerging professions due to professional invisibility, which is

perceived with the expression *“we have sold ourselves poorly”*. The policy for allocating new staff by managements has not been directed to strengthen or maintain its balance. Ignorance and distorted expectations are coined in this metaphor that has been heard and identify in the interviews, *“old glories from Valdecilla believe that they come to the elephants’ cemetery”*, belief that can be attributed to the civil service culture, which reflects the only thing a nurse without career can aspire to.

In the expression *“there are as many teams as centers”* it is reflected their heterogeneity and they require deepening the hallmarks of those who have supported it over the time. However, statements such as *“I do not believe that teamwork exists”* and *“I think we all work in mini-teams”*, an association with practical and collaborative value that is based on efficiency and organization logics, formed by nurse/doctor, confirm a pattern which is common among the informants. However, when stating *“team, team, nursing team”*, the need to explore which conditions require its maintenance appears. Organization’s product is considered as cultural heritage that gives sense to its existence, thus the satisfaction that nursing shows during its practice is characterized by having invented, constructed and adapted its professional competences tailored to the needs of the population to whom they were taking care of, that has identify and demanded them. This is why interviewees define themselves as *“self-taught”*. Their versatility comes from the original concept of the model, in which functions were demarcated by professional competence. An aspiration pursued with the strategy of creating a new model of Primary Healthcare consisted of orientating its structures towards flatter and more horizontal forms, with some self-management capacity. Paradoxically, the turn in management to “managerialism” paradigm is experienced as harmful to the new professional development, *“those above do not value, they do not value what kind of work you do”*, when demonstrating the ignorance and indifference evident from their work, *“what managers usually do is clean slate”*. Even with these contradictions, it is perceived that we are in face of a new professional culture as synonymous with leadership, by attributing to themselves professional achievements supported by values such as trust, involvement in health and satisfaction of patients, *“I spend time on my patients”*.

CONCLUSIONS. Mechanisms that influence the creation of organizational culture identified through the stages of organizational life cycle of Primary Health Care, are similar to those of other organisations. Particular features that define it, are characterized for having created and disseminated a cultural paradigm that has overstep geographical dispersion and that reveal a pattern of shared beliefs, result of the interaction between nurses, with other professional groups and with managers. The absence of a staff policy, the perceived professional invisibility and professional leadership, are the elements of the culture that reflect contradictions in the evolution of Primary Health Care model.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Pasados 30 años desde el inicio de la reforma sanitaria de la Atención Primaria en España, podemos considerar que ha transcurrido un periodo de tiempo lo suficientemente largo para poder obtener una perspectiva de lo que los profesionales implicados han realizado. Desde entonces y a lo largo de su desarrollo “ha habido buena intención, ilusión y millones de horas de trabajo de sus profesionales” (Gervás, Pérez-Fernández, Palomo-Cobos y Pastor Sánchez, 2005, p. 12).

Si los sistemas sanitarios son producto de la historia, la cultura y el esfuerzo de las sociedades en las que se desarrollan, el inicio de la Atención Primaria en España ocupa un lugar prominente por el momento político, la trascendencia y el significado que su implantación tuvo en el reconocimiento al derecho universal a la protección de la salud y a la búsqueda del grado posible de salud más alto (Gervás, Pérez-Fernández, Palomo-Cobos y Pastor Sánchez, 2005).

Diseñada su estructura, difícilmente ningún otro campo profesional como la enfermería, a excepción de los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria si contemplamos que fue creada para tal fin, podía llegar tan lejos a partir de entonces. Para comprender entonces la integración de la profesión enfermera en el nivel de Atención Primaria del sistema sanitario desde la perspectiva de este periodo de tiempo, es necesario previamente delimitar el entorno a estudiar así como los aspectos que se desean abarcar.

Los continuos cambios organizativos y de gestión a los que es sometido el sistema sanitario se justifican en la situación permanente de crisis en la que se encuentran, cambios que unas veces obedecen a criterios políticos, otros a estrategias de gestión, pero “raramente encontramos una reforma de la magnitud de la que ha supuesto la de Atención Primaria de Salud de nuestro país” (Gené, 2005, p. 61). Además de ser considerada una innovación en sí misma, la Atención Primaria ha sido objeto de importantes cambios en la gestión de sus servicios (Gené, 2005).

Un hecho significativo que motiva su estudio, es que durante más de 20 años se haya mantenido una misma política consiguiendo imponer un único modelo organizativo en la totalidad del territorio español, simultáneamente al proceso descentralizador del Sistema Nacional de Salud. “Un proceso largo, costoso y mal evaluado, pero que dispone de elementos para estimar la relevancia social de esta importante innovación organizativa” (Gené, 2005, p. 62).

Esta fuerte transformación que experimentó el sistema sanitario público español en los años ochenta propició un nuevo modelo organizativo sustentado en fuertes convicciones de igualdad social, expresadas en unos principios en los que los profesionales que tuvieron la oportunidad de participar en su inicio, fueron ideologizados impregnándose de la filosofía de la Declaración de Alma-Ata (Gervás, Pérez-Fernández, Palomo-Cobos y Pastor Sánchez, 2005). Una etapa de gran creatividad en la que se dotó de una estructura física, el centro de salud; una organizati-

va, el equipo de salud, y una población a la que atender, la denominada zona básica de salud (*RD137: Sobre estructuras básicas de salud*, 1984). Todo lo demás estaba por construir, el tipo de atención sanitaria que se iba a realizar, la delimitación de funciones de cada colectivo profesional o su distribución. Entonces resultaba difícil prever cuales serían los beneficios que podría esperar la población de este nuevo nivel de asistencia, un pronóstico que originó intensos y largos debates (Gervás, Pérez-Fernández, Palomo-Cobos y Pastor Sánchez, 2005).

Una incógnita más a despejar consistía en identificar qué papel iba a desempeñar la enfermería en ese nuevo modelo de atención. Sobre el diseño se le había atribuido un lugar relevante, no sólo porque se le otorgaba “carta blanca” para construir un rol diferente a lo ya conocido, sino porque se abría una puerta nueva a la profesión y al ejercicio pleno de su autonomía (González, 1990; Gené, 2005).

El conocimiento profesional acumulado desde entonces es producto de la experiencia vivida y ha contribuido a generar una metodología que facilita la adaptación, como sistema organizativo abierto, a los cambios demográficos y necesidades sociales, a los avances científicos, a las tecnologías de la información, y al crecimiento profesional (Ferrer, 2009).

La propuesta de entender el sistema sanitario como una organización que aglutina esfuerzos e ideas y configura relaciones influidas por mecanismos tan diversos como son la imaginación o la motivación, puede ser descrita como la forma en que se integran visiones, estrategias, conocimientos y profesiones (Aimar, 2009). Es de esperar entonces que las vivencias de las enfermeras que se implicaron en el proyecto y de las que se han ido incorporando, se hayan transformado en significados compartidos que otorguen sentido al ejercicio profesional, y puedan ser identificados y descritas como la representación de una nueva cultura organizativa.

1.2. EL SISTEMA SANITARIO

Considerar los sistemas sanitarios como sistemas sociales que deben ser estudiados, como la forma en que una sociedad se dota de los mecanismos organizativos para proteger la salud y garantizar la asistencia sanitaria, es el enfoque que le otorgan quienes, desde diferentes perspectivas, lo investigan, (Irigoyen, 2007, 2010; Oteo, 2009, 2010, 2012; Repullo, 2005, 2006, 2009, 2013; Sevilla y Enríquez de Salamanca, 2006). Estos últimos estiman que deben ser analizados a partir de la íntima relación que tienen con los valores de los ciudadanos, el modelo de Estado y la sociedad en que se desarrollan. Implícitamente deberán considerar los intereses de los agentes que los componen: pacientes, instituciones, profesionales, financiador y ciudadanía, ya que cada uno espera satisfacer los suyos en un entramado tan complejo como es cada sistema sanitario.

Estos enfoques le conceden la cualidad de sistema dinámico abierto. Es su descripción, Ramírez (2005) considera que estos sistemas se distinguen por sus cambios de ritmo, un ciclo de transformación, estabilidad y cambio de nuevo, el dinamismo, la forma en que debe orientarse la mirada hacia ellos para “poder percibir el movimiento, la construcción, las formas de mantenerse, disolverse o reorganizarse en un tiempo concreto, y ser explicado teórica y metodológicamente” (p.77), mirada que justifica, puede aplicarse tanto a una célula, a una persona, o a una organización, cualquier elemento cuya interacción afecte a la globalidad.

La complejidad de sus estructuras y su tamaño no deben distorsionar su estudio como un sistema social cualquiera, con sus formas concretas, un ámbito más de socialización, aprendizaje y renovación constante.

1.2.1. CONTEXTO HISTÓRICO Y MARCO CONCEPTUAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La necesidad de reorientar los sistemas sanitarios hacia objetivos de optimización de la salud y a disminuir las desigualdades entre los grupos de población, motivó a la Organización Mundial de la Salud a llamar a sus países miembros a una Conferencia Mundial en 1978 en Alma-Ata, y recomendar una nueva orientación del concepto de salud, sus prácticas, la formación de los profesionales, la distribución de los recursos, y la estructura y el funcionamiento de las organizaciones sanitarias, estableciéndose el inicio del interés de los sistemas sanitarios por la Atención Primaria. De la conferencia nació un lema y un objetivo tan motivador como utópico “Salud para Todos en el Año 2000”. Contenía el reconocimiento al derecho a la protección de la salud, a la obligación de los gobiernos de cuidar de la salud de los pueblos y a proclamar la Atención Primaria como el eje del sistema sanitario.

... Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad (Alma-Ata, 1978, p. 2).

En nuestro país las ideas de Alma-Ata cayeron en un entorno altamente motivado para el cambio (Gené, 2005). El momento histórico de transición a la democracia en el que se encontraba España propició un gran interés por la nueva orientación del sistema sanitario al poner en marcha la Atención Primaria, un modelo organizativo que comenzó a implantarse de forma gradual

a partir del año 1984, con unas connotaciones fuertemente adoctrinadoras de cambio para los profesionales que entonces se incorporaban en torno a la nueva filosofía. Se trataba de diferenciar los principios y requisitos que iban a conformar el nuevo modelo de asistencia sanitaria que pretendía instaurarse, una tarea nada fácil que requería alejarse del pensamiento clínico curativo erigido hasta ese momento como único valor en el ámbito sanitario.

Este pensamiento único había desalojado de universidades y hospitales el pensamiento preventivo y las disciplinas Epidemiología y Promoción de la Salud, siendo los problemas de salud prevalentes en esos momentos aquellos que eran más fáciles de prevenir que curar (González, 1990). Se imponía entonces una reorientación completa tanto de la concepción de la salud, como de las prácticas sanitarias, la formación de los profesionales y las estructuras organizativas.

El hecho de que la reforma acabara imponiéndose no se debe exclusivamente a una decisión política, sino que su consolidación también debe atribuirse a los profesionales y a la población que estaba deseosa de cambios en los servicios públicos de salud (Gervás, 2005).

Quienes querían impulsar el modelo, publicaban entonces libros que iban dirigidos a describir extensivamente las características que lo diferenciaban, un aspecto novedoso entre las instituciones sanitarias, con la pretensión de crear una nueva cultura entre los profesionales que se incorporaban. Así Martín y Cano (1986), en la primera edición del libro *Manual de Atención Primaria: organización y pautas de actuación en la consulta*, definían en su capítulo 1 las funciones del equipo de salud y los elementos conceptuales que la componen:

- Integral: Considera a la persona desde una perspectiva holística.
- Integrada: Interrelaciona la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en la salud.
- Continuada y permanente: Atención sanitaria a lo largo de la vida de las personas, en sus ámbitos y en cualquier circunstancia.
- Activa: Los profesionales de los equipos han de trabajar activamente resolviendo las necesidades de salud no expresadas.
- Accesible: Se accede a sus servicios en condiciones de igualdad y justicia social.
- Basada en el trabajo en equipo: Profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan de forma coordinada.
- Comunitaria y participativa: Destaca la importancia de la atención colectiva y participativa de la comunidad.
- Programada y evaluable: Proporciona atención a los problemas de salud mediante programas de salud pública y comunitaria evaluables.

- Docente e investigadora: Otorga importancia a la formación pre y posgraduada, así como la formación continuada y a la investigación aplicada en su ámbito.

Conceptos que han permanecido invariables en las seis ediciones publicadas del libro y que han contribuido a fomentar la cultura estructural de la organización en la que se han educado los profesionales que se han incorporado progresivamente. En la misma línea argumental González (1990), describía las características de la nueva orientación, estableciendo requisitos necesarios como:

Que todo el equipo tenga un conocimiento común de Salud Pública y Atención Primaria. Ello ayudará poderosamente a unificar criterios y a trabajar en armonía. En tal sentido el reciclaje del personal asignado a los Centros de Salud, es fundamental (González, 1990, p. 343).

En este sentido totalizador destacaba Aranda (1994) el significado de reorientar la organización, más allá de la atención sanitaria, a la demanda, teniendo como meta la promoción de la salud. El interés en desgranar la complejidad del modelo le lleva entonces a Borrell (1994) a definir la Atención Primaria con una singular descripción:

La Atención Primaria de Salud es prevención, es diagnóstico precoz, es acertar en tratamientos para enfermedades agudas, es considerar las etapas madurativas de la familia y avanzar a sus períodos naturales de crisis, es conocer al consultante y adivinar los rasgos de carácter que le harán susceptible a padecimientos psicológicos, es también actuar comunitariamente sobre franjas de población expuestas a un riesgo, o en las que resulta posible acciones de promoción de la salud. Todo eso, y posiblemente algo más, sea la APS (Borrell, 1994, p. 89).

Principios, características y estructura que han permanecido en el tiempo en el convencimiento de sus referentes, como la investigadora y académica Starfield (2001) que desarrolló importantes herramientas metodológicas para reforzar la estrategia de los profesionales. Sus obras emblemáticas, reconocidas por su gran rigor científico, exponen el pensamiento de la Atención Primaria y pretenden destacar su papel central en los sistemas sanitarios, proporcionando evidencias sobre su valor con el objetivo de facilitar su expansión y desarrollo. Con ellas ha demostrado que es una atención compleja y eficiente.

Starfield (2001) aborda el estudio del modelo de Atención Primaria con el objetivo de medir su potencial organizativo, y para ello establece la relación existente entre la accesibilidad, la variedad de servicios, la población diana a la que van dirigidos y la continuidad asistencial, todos ellos elementos estructurales, con la intensidad de la utilización y la identificación de problemas de salud, entendiendo estos dos como elementos de proceso. Teóricamente, cada elemento estructural estará relacionado estrechamente con uno de proceso.

Un mejor acceso debería llevar a una mejor utilización en cada nuevo problema de salud; la mejor identificación de la fuente de cuidados debería asociarse, con el paso del tiempo, a una utilización estable de dicho recurso y a mejor relación profesional-paciente; una mayor variedad de servicios a un mejor reconocimiento de la necesidad de los mismos, y una mejor continuidad asistencial a una mejor coordinación de la atención de salud, (Starfield, 2001, p. 33).

Probablemente, esta visión constituya una de las expresiones que mejor describa su complejidad.

Fruto de este cruce matricial, son los atributos de la Atención Primaria que Starfield (2001) define. La “accesibilidad” implica el grado de utilización de los servicios por cada paciente desde el primer contacto, bien para cada problema nuevo de salud o para cada episodio de un mismo problema. Así denomina “longitudinalidad” a la existencia de una fuente de atención continuada en el tiempo que presupone la existencia de un contrato formal o informal para prestar asistencia sanitaria centrada en la persona de forma regular. Su esencia es la relación en el tiempo entre profesional sanitario y paciente. Otro atributo, la “integralidad”, exige que los servicios se organicen de manera tal, que se garantice al paciente disponer de todos ellos aunque algunos no puedan prestarse de manera eficiente.

Al ser tan heterogénea y amplia la gama de servicios, la experiencia continuada para mantener cierto nivel de competencia profesional será un requisito esencial, ambos aspectos relevantes, en las decisiones de política sanitaria. El cuarto atributo, la “coordinación”, exige “una situación de armonía en una acción o esfuerzo común” (Starfield, 2001, p. 233). Su cualidad radica en poder disponer de toda la información relevante en cualquier parte del proceso que garantice un buen seguimiento al paciente. La potenciación que entre ellos ejercen los atributos, explicaría cómo sin accesibilidad y coordinación, la longitudinalidad no es posible y sin darse las tres, sería difícil conseguir una atención integral.

Todos estos conceptos han constituido la base de la estructura en la que están inmersos los profesionales de la salud, de manera más o menos consciente, en su vida laboral. Considerarlos y orientar la mirada hacia su integración, es determinante en nuestro estudio porque formarán parte de la esencia de la cultura organizativa.

1.2.2. INSTRUMENTOS DE GESTIÓN: LA CARTERA DE SERVICIOS Y EL CONTRATO PROGRAMA

Por la influencia que adquiere en la configuración de la cultura generada, es necesario exponer los instrumentos organizativos que han influido en las funciones de las enfermeras de Atención Primaria¹, y que han dirigido su desempeño laboral.

La implantación de un nuevo modelo de gestión sanitaria en el año 1991, la Cartera de Servicios, supuso un cambio organizativo que pretendía implicar en la gestión a los profesionales de los equipos con el objetivo de “introducir mejoras en los rendimientos y mayores niveles de calidad, aumentando al mismo tiempo las acciones de mejora de atención personalizada y de accesibilidad del ciudadano a los servicios” (Ichaso, 2002, p. 1).

Para ello se delimitó el concepto denominado servicio, entendido como aquella actividad desarrollada o fomentada por los profesionales de Atención Primaria, destinada a atender o prevenir un problema de salud o satisfacer una demanda sanitaria (Aguilera, 2001). Se constituye entonces un catálogo de servicios relacionados con los problemas y necesidades en salud susceptibles de ser resueltos desde este nivel de atención (Véase la figura 1.)

Para ser evaluados se establecen unos criterios cuantitativos y cualitativos, identificando la cobertura de personas y las denominadas normas técnicas mínimas, definidas como “criterios de correcta atención, específicos para cada servicio, de cuya relevancia y efectividad existe evidencia o consenso científico, por lo que su cumplimiento permite garantizar la calidad del servicio prestado” (Aguilera, et al. 2002, p.13). A partir de ese momento queda delimitada la oferta de servicios agrupándose según criterios demográficos en atención al niño, a la mujer y al adulto-anciano, y los servicios específicos considerados de apoyo.

Este instrumento gestor ha permanecido estable en el tiempo. La comparación entre la oferta de la Cartera de Servicios inicial y la publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2002, refleja el carácter estático y simplificador de la cartera en su evolución temporal (Véase la figura 2.)

1 En la literatura, cuando se trata la Atención Primaria como organización, se denomina enfermería, sin especificar “comunitaria” (Casajuana y Gervás, 2012; Gervás, Pérez-Fernández, Palomo-Cobos y Pastor Sánchez, 2005; Starfield, 2001). En adelante, utilizaré indistintamente las dos acepciones: “enfermería de Atención Primaria” / “enfermería comunitaria”.

Figura 1. Cartera de servicios 1991

Servicios de Atención al Niño	Servicios de Atención al Adulto-Anciano
Vacunaciones	Vacunación Antigripal Consulta Adultos
Revisiones del Niño Sano	Vacunación Antitetánica
Consulta de facultativo y A.T.S.	Atención a Grupos de Crónicos
Información Sanitaria a Maestros	Educación a Grupos de Crónicos
Información Sanitaria a Padres	Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados y Terminales
Servicios de Atención a la Mujer	Consulta en domicilio y centro de médicos y A.T.S.
Captación Precoz y Segui. de la Mujer Embarazada	Salud Mental
Administración y Segui. de Anticonceptivos Orales	Orientación, tratamiento y derivación de problemas mentales
Administración/Segui. Otros Métodos Anticonceptivos	Tratamientos Psicoterapéuticos
Visita Primer Mes de Postparto	Atención Continuada
Detección y Orientación de Problemas de Infertilidad	Atención durante las 24 horas del día
Diag. Precoz del Cáncer Ginecológico y de Mama	Prestaciones
Educación a Madres	I.L.T.
Consulta domicilio/centro de facultativo/A.T.S./matrona	Incapacidad
	Farmacia
Atención en Salud Bucodental	Medios Diagnósticos
Aplicación de flúor tópico	Extracción y determinación de muestras
Sellado de fisuras en niño	Electrocardiógrafo
Extracción de piezas dentarias	Radiología Simple
Educación en Salud Bucodental	Espirometría
Rehabilitación	Mamografía
Tratamientos Fisioterapéuticos	Información-Atención-Gestoría

Figura 1. Catálogo de la Cartera de Servicios del año 1991. Especifica mediante criterios sociodemográficos y organizativos los nuevos servicios ofertados a la población. Adaptado de "Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia", por M. Aguilera, L. Vega, A. Abad, M.T. Romera, M. García, I. Palanca, M. Gosá de Oteiza & R. Honduvilla, 202, p 12. Instituto Nacional de la Salud.

Figura 2. Cartera de servicios 2002

Servicios de Atención al Niño	Servicios de Atención al Adulto-Anciano
Consulta Niños	Consulta Adultos
Vacunaciones Infantiles de 0-14 años	Vacunación de la Gripe
Revisiones del Niño Sano de 0-23 meses	Vacunación del Tétanos
Revisiones del Niño Sano de 2-5 años	Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo
Revisiones del Niño Sano de 6-14 años	Prevención de Enfermedades Cardiovasculares
Educación para la Salud en Centros Educativos	Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos
Prevención de la Caries Infantil	Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes
	Atención a Pacientes Crónicos: EPOC
	Atención a Pacientes Crónicos: Obesos
	Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia
	Atención a Pacientes con VIH-SIDA
	E.p.S a Grupos de Pacientes Crónicos: Diabetes
	Educación para la Salud a Otros Grupos
	Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados
	Atención a Pacientes Terminales
	Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol
	Prevención y Detección de Problemas en el Anciano
	Cirugía Menor
	Atención al Joven
Servicios de Atención a la Mujer	
Captación y Valoración de la Mujer Embarazada	
Seguimiento Mujer Embarazada	
Preparación al Parto	
Visita Primer Mes de Postparto	
Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos	
Vacunación de la Rubéola	
Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cervix	
Diagnóstico Precoz del Cáncer de Endometrio	
Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama	
Atención al Climaterio	
Servicios de Unidades de Apoyo	
Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	
Tratamientos Psicoterapéuticos	

Figura 2. La evolución del catálogo que ofrece la Cartera de Servicios del año 2002 refleja la utilización única de criterios sociodemográficos e incrementa mínimamente la oferta con respecto a la de 1991. Adaptado de "Atención Primaria en el Insalud: Diecisiete años de experiencia", por M. Aguilera, L. Vega, A. Abad, M.T. Romera, M. García, I. Palanca, M. Gosá de Oteiza & R. Honduvilla, 2002, p 9. Instituto Nacional de la Salud.

Por otra parte, en el año 1993, nace el llamado Contrato Programa, posteriormente denominado Contrato de Gestión, un instrumento que se supedita estrechamente a la Cartera de Servicios.

Surge como necesidad de relacionar y vincular la utilización y consumo de recursos, con los resultados obtenidos. Un procedimiento que requiere negociar la fijación de unos objetivos, establecer un método de seguimiento, valorar el grado de cumplimiento y premiar la consecución de dichos objetivos (Guerra, 2002, p. 480).

Esta técnica de gestión implicaba la introducción de un estilo directivo participativo por objetivos y el desarrollo de una contabilidad de costes, aspectos novedosos en la cultura funcionarial de los profesionales de la salud. Como tal contrato, y con una vigencia anual, se articulaba en torno a un pacto de cobertura de servicios a alcanzar por cada equipo de Atención Primaria, condicionado a un balance positivo en la financiación la reversión de una cuantía discrecional económica (Guerra, 2002).

La importancia y trascendencia de los Contratos de Gestión con los años ha ido en aumento, expresado en el lema “todo debe estar incluido en el Contrato de Gestión”, con el argumento de “lo que no se mide o visualiza no existe” (Guerra, 2002, p.496).

1.2.3. EVOLUCIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Estudiar las estructuras organizativas desde dentro con el objetivo de introducir mejoras, no es frecuente en el sistema sanitario, es una excepción en el caso del modelo en estudio. Quizá la pasión con la que se implicaron los primeros profesionales y la visión dinámica de la organización ha contribuido a la autocrítica colectiva, al evidenciar las obras que a ella van dirigidas (Borrell y Gené, 2008; Casajuana y Gervás, 2012; Gervás, Pérez-Fernández, Palomo-Cobos y Pastor Sánchez, 2005; Ichaso, 2002; Navarro y Martín, 2009).

Las publicaciones que han evaluado periódicamente el modelo han sido constantes. Que hayan transcurrido treinta años es una justificación para que, quienes participaron en su construcción estudien no sólo el impacto en la salud, sino también el modelo organizativo. Diferentes ediciones y reflexiones aparecen en la literatura, todas ellas con interés en analizar el modelo como un proceso. Algunos establecen etapas claramente definidas en su desarrollo, y con intención de reorientarlo hacia las nuevas necesidades sociales. Se destacan en este apartado algunas que corresponden a los autores a los que se reconoce que con sus obras, han contribuido a crear una cultura organizativa.

Con el expresivo título *Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error*, Gervás, Pérez-Fernández, Palomo y Pastor (2005)

analizan el modelo con la perspectiva del tiempo y la experiencia. En su informe detallan los aspectos profesionales, políticos, financieros, de estructura, esfuerzo, satisfacción, formación y coordinación que han influido en la reforma, y plantean las recomendaciones de futuro en los mismos términos.

Dos de los autores más significativos y activos del modelo en nuestro país, Borrell y Gené (2008) plantean elementos para el debate en una cultura que ellos han contribuido a fomentar a los largo de los años. Partiendo de un diagnóstico de éxito moderado y describiendo la situación actual, exponen los retos de futuro orientados a potenciar la autonomía de los equipos, fomentar que estos se consoliden como empresas, renovar los perfiles profesionales otorgando más competencias a enfermería y continuar potenciando los mismos principios que inspiraron el modelo en su inicio.

Desde una perspectiva académica y profesional, Navarro y Martín-Zurro (2009) diseñan un proyecto de investigación con el objetivo de asimilar su complejidad integrando la necesidad de investigar de manera conjunta la gestión, los resultados clínicos, la docencia y la investigación, la satisfacción profesional, el gasto sanitario y la coordinación sociosanitaria.

El impacto de la Atención Primaria en España también es estudiado para introducir elementos comparativos con otros países. Borkan, Eaton, Novillo-Ortiz, Rivero y Jadad (2010), en referencia a nuestro modelo, destacan los buenos resultados en salud y atribuyen a una estrategia intensiva de reforma institucional y a la capacidad de construir unos principios básicos como la clave de su buena reputación externa como modelo.

Con una autocrítica inusual en el ámbito sanitario, Casajuana y Gervás (2012), valoran los aciertos e identifican los errores, lo que ellos consideran los lastres profesionales, y plantean de manera profusa y con gran argumentación bibliográfica, no una nueva revolución, pero sí una refundación del modelo. En esta propuesta de renovación de la práctica clínica, insisten en la potenciación de los atributos anteriormente descritos, la accesibilidad, la longitudinalidad, la integralidad y la coordinación, todos ellos valores esenciales que expresan el compromiso entre profesional sanitario y paciente.

Sin embargo, todas estas obras tienen algo en común en lo que afecta al núcleo de esta investigación: el espacio dedicado a analizar la profesión enfermera es mínimo, aunque en sus diagnósticos coincidan en la necesidad de aumentar sus responsabilidades asistenciales. Esta invisibilidad es posible que se justifique en el respeto a la creencia de que no debe ser otro colectivo profesional, los médicos de familia con los que trabajan con tanta proximidad, quienes realicen una crítica a las características y prácticas de otros profesionales. Y a comprender que las mejoras organizativas parten de la autocrítica de cada colectivo. Una justificación más se sostiene en que fueron los propios médicos quienes impulsaron la reforma al reclamar el desarrollo de la especialidad de medicina familiar y comunitaria, y por tanto los más interesados en cuestionarla.

1.2.4. A PROPÓSITO DE UN ESTUDIO EN CANTABRIA

Destacamos detalladamente el único estudio realizado en Cantabria que describe las expectativas profesionales de las enfermeras al inicio del modelo. Le añade valor al haber sido realizado por un profesional externo a los equipos que participó activamente en su construcción.

Una aproximación al estudio de la cultura incipiente en los centros de salud de Cantabria, lo constituye el informe denominado Operación Espejo, un estudio realizado por el sociólogo Irigoyen (1986), dos años después de la puesta en marcha de los primeros equipos de Atención Primaria. Pretendía narrar el proceso de cambio en dos centros de salud de Santander, en su transformación radical de pasar de un modelo tan contradictorio como el que provenían, los ambulatorios, y describir las percepciones y vivencias de sus protagonistas, los profesionales de los nuevos equipos de salud.

El informe persigue descifrar el camino realizado para pasar de lo antiguo a lo nuevo, y comprender qué mecanismos culturales de adaptación se han generado. Un trabajo realizado mediante observación, entrevistas individuales, encuentros con grupos de profesionales de cada uno de los centros y con personal de la administración.

De dicho informe se deduce que a pesar de evidenciarse una planificación estratégica consistente por parte de los “actores situados por encima de los propios centros para planificar la reforma y dotarla de contenido, ésta no se ha mostrado suficiente para superar los obstáculos crónicos del sistema sanitario en su ya conocida falta de flexibilidad organizativa” (Irigoyen, 1986, p.4). Un impedimento adicional a la implantación del nuevo modelo en Cantabria lo constituye “la radical centralización del hospital Marqués de Valdecilla, un hecho que genera una importante tendencia a la feudalización en la gestión” (Irigoyen, 1986, p.7).

Considerando que el comienzo de una organización es un momento en el que sus nuevos componentes tienen unas expectativas muy definidas y una posición abierta, el estudio describe cómo las diferencias entre los profesionales ya socializados en el ambulatorio con unos valores y cultura profesionales singulares, y los nuevos que comparten la filosofía de la reforma, genera la aparición de una cultura profesional disociada: de un lado está “lo que se sabe hacer” o “lo seguro”, y de otro lado “lo nuevo”, no integrándose bien ambas cosas en una actuación global (Irigoyen, 1986, p.10).

El escenario organizativo que se crea en torno a los equipos creados, favorece la descoordinación y se convierte en caldo de cultivo para el surgimiento y sobredimensión de conflictos, tendiendo a agruparse los colectivos profesionales dentro de los equipos. Toman relevancia entonces los grupos informales configurándose a partir de dos variables, la edad y el estamento, y se generan códigos propios de conducta, ceremonias, ritos y liderazgos informales (Irigoyen, 1986).

El conflicto singular que se origina al disponer las enfermeras de su propia consulta, pone en evidencia las distancias de culturas profesionales influidas por la edad y aparece una cuestión nuclear en la organización, el reajuste de los *estatus* profesionales con lo que ello conlleva, entendiendo una ganancia para la enfermería al crearse un espacio profesional nuevo, contrapuesto al anterior.

Irigoyen (1986) describe el nuevo rol de la disciplina enfermera adaptado al molde de la Atención Primaria y lo centra en unos requerimientos agrupados en torno a “las dimensiones observación/habilidades comunicativas y capacidad técnica/conocimientos de metodología, frente al rol tradicional de capacidad técnica/disciplina/responsabilidad/ minuciosidad” (p.32), diferencias que considera importantes pero que presentan menor resistencia al cambio debido a la mejora de estatus.

Concluye Irigoyen (1986) en su informe, que los cambios futuros en la cultura profesional en este ámbito vendrán determinados por los que se produzcan en el entorno socioprofesional de cada centro de salud.

1.3. FINALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito de esta investigación es estudiar la cultura organizacional generada entre las enfermeras de Atención Primaria en Cantabria.

Explorar qué ha sucedido en estos años y por qué; observar cómo ejercen su trabajo y poder conversar mediante entrevistas con quienes participaron, al igual que yo, en el inicio, y con quienes se han ido incorporando, teniendo la posibilidad de revivir la experiencia, es el objetivo del que nace esta investigación.

Las reflexiones iniciales parten del supuesto de la invisibilidad del desarrollo profesional enfermero de la Atención Primaria, pese a llevar ya casi treinta años implantado, quizás influido por la escasa legitimación social que tiene el modelo en su totalidad (Casajuana y Gervás, 2012). Por recurrir a una comparación; al igual que el actual Sistema Nacional de Salud, universal y basado en el derecho fundamental a la salud lleva los mismos años de desarrollo, pero aún sigue socialmente legitimado el sistema anterior, la Seguridad Social y en el mismo ámbito, la imagen enfermera continua asociándose a la atención hospitalaria.

Esta situación plantea algunos interrogantes, ¿por qué un modelo organizativo que surgió de manera planificada, inspirado en principios filosóficos orientados a fomentar el cuidado de la salud, no goza de un reconocimiento explícito por parte de la sociedad con la que directamente interacciona? Una profesión que influye de manera determinante en la frecuentación y la

demanda de los servicios de salud ¿qué relación ha establecido con la sociedad? Los elementos conceptuales como el trabajo en equipo, la accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación ¿siguen siendo esenciales en la organización?, ¿cómo se han fomentado? Con el paso del tiempo, ¿se ha considerado en la organización la importancia de la permanencia en el tiempo de los profesionales para favorecer la longitudinalidad y la integralidad?

Intentar averiguar estas cuestiones no es tarea fácil al sugerir Starfield (2001) que la Atención Primaria es compleja, y por ello considerar que tan relevante es que se investiguen sus contribuciones a la mejora de la salud, como las características que conforman su estructura organizativa, dada la interdependencia entre ambas.

Para el estudio de la cultura organizacional enfermera, podemos representar la organización de Atención Primaria como la “caja negra” que contiene todos los procesos, los problemas internos, las exigencias y las expectativas, los acontecimientos y los significados, las normas y las situaciones que conforman la interacción entre quienes la componen. Cada una de ellas, por sí sola, es fuente de complejidad. ¿Cómo abordar su estudio entonces?

Al considerar que toda organización es una cultura que otorga sentido a la actividad de la organización, la indagación se convierte en la clave para hacer inteligible la realidad. Velasco y Díaz de Rada (2003) observan que la investigación de una cultura pretende “abarcar la aprehensión de la totalidad, una pretensión aparentemente utópica pero estimulante que conlleva ser flexible y acomodarse a la heterogénea situación de trabajo que se genera” (p. 32). En su intención de enseñar al investigador, Velasco y Díaz de Rada presentan la cultura como:

Un conjunto de relaciones significativas entre acontecimientos e instituciones, dando cuenta de los significados que los agentes atribuyen a tales acontecimientos y de las intenciones con que participan en ellos, un proceso que exige detallar esos significados e intenciones que han ido construyendo un espacio común, de sentidos y valores compartidos, (p. 220).

Lo que define la cultura son las pautas de cómo las personas orientamos nuestro comportamiento en la interacción social en una situación concreta, (Díaz de Rada, 2010).

Así cuando Wolcott (2003) describe cómo organizar un estudio cualitativo con este enfoque con el objetivo de organizar la información, delimita los elementos que lo componen: el grupo objeto de estudio, la organización innovadora y el ambiente de la interacción. Esta clasificación orienta nuestro estudio y permite plantear la pregunta que la guíe: el modelo de organización de Atención Primaria que surgió para realizar una profunda reforma del sistema sanitario, ¿ha contribuido a generar una cultura compartida entre los profesionales de enfermería que se han ido integrando en ella?

1.3.1. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

La búsqueda bibliográfica realizada con el objetivo de obtener estudios similares publicados, corrobora que la investigación en este ámbito, el sistema sanitario entendido como sistema social, desde la perspectiva de la enfermería de Atención Primaria, con una orientación teórica que entiende la cultura como un proceso dinámico de interacción y creación de significados compartidos, con una metodología cualitativa y desde un enfoque sincrónico y diacrónico, es una investigación inédita en el contexto de nuestro sistema sanitario.

1.3.1.1. Interés profesional

Existen evidencias de que el conocimiento de la cultura de una organización influye en la eficacia y efectividad de su producción. Anteriormente a otorgar importancia a su existencia y a entender su impacto en la vida laboral, ya existían estudios que establecían una estrecha relación entre la estructura de una organización y el rendimiento (Mintzberg, 1984, 1989, 2002). Además, el interés creciente en identificar la compleja interacción de fuerzas que se produce, está relacionado con el descubrimiento por parte de los directivos de las grandes empresas del potencial que la cultura tiene (Schein, 1988). En la actualidad se experimenta con modelos de dirección muy alejados de las características que históricamente identificaban el éxito de una empresa con la existencia de líderes fundadores visionarios, otorgando mayor importancia a las relaciones entre los equipos (Hodge, Anthony y Gales, 2003).

La gestión de las instituciones del sistema sanitario no ha sido ajena a ello, y se han implantado modelos de gestión tomando como ejemplo postulados teóricos que ha adaptado a la especificidad de su organización.

Aunque no es motivo de indagación, parece pertinente recordar que el sistema sanitario entendido como el conjunto de organizaciones con la que una sociedad se dota para atender sus demandas de mejora de salud, tiene un significado relevante ya que supone un esfuerzo colectivo de ésta para mejorarlas, y por lo tanto, para financiar y garantizar las prestaciones que lo hacen posible. Esto implica un derecho fundamental que históricamente ha ido ligado, más que a los cambios políticos de un país, a las turbulencias y crisis económicas de estos. Que la partida presupuestaria mayor es la financiación de sanidad es una certeza que condiciona sus prestaciones y determina la accesibilidad a ellas.

No son ajenos a estos cambios en la gestión los colectivos profesionales sanitarios que viven en procesos adaptativos continuos, que ejercen un papel relevante como agentes del sistema, y que se sienten “en medio del sistema”, con fuerzas gestoras que “tiran” de ellos hacia un

sentido en búsqueda de resultados, y en otra dirección otras fuerzas ejercidas por la sociedad, “tiran” en otro, no siempre coincidente con el anterior. Las características intrínsecas que definen su profesionalidad no son permanentes ni están exentas de la acreditación de la sociedad, sino más bien van parejas a los profundos cambios de ésta y se transforman en compromisos que absorben estas necesidades cambiantes. Estos procesos dinámicos requieren estudios que identifiquen sus amenazas y sus fortalezas como profesión, y su posición dentro del sistema.

La enfermería es una profesión que se ha caracterizado históricamente por adaptarse a los entornos cambiantes (Hernández, 2012). Probablemente su crecimiento no ha ido parejo al reconocimiento que ha conseguido como profesión, su invisibilidad debida a cuestiones de género y otros factores, no exime de seguir indagando en aquellos aspectos que puedan contribuir a esclarecer la evolución de una profesión tan impalpable como compleja.

En este contexto, la escasa relevancia que le ha dedicado la investigación al desarrollo de la enfermería comunitaria (De Lorenzo, Cáceres y Otero, 2007), a identificar significados compartidos en un marco de competencias construidas de manera individual, a contribuir a legitimar un nicho profesional propio y comunicar a los expertos las percepciones internas que sus agentes tienen de la organización, justifican esta tesis.

1.3.1.2. Interés académico

Desde la perspectiva docente, la formación académica de los futuros profesionales de enfermería está sustentada en la adquisición de las competencias necesarias para su ejercicio profesional. La evolución de los planes de estudio ha ido paralela a los cambios en el sistema sanitario, siendo sensibles a absorber las necesidades de éste, tanto en sus nuevas competencias profesionales como en sus cambios organizativos, siempre con un talante innovador. Así, el desarrollo de la Atención Primaria en España supuso una modificación sustancial de sus planes de estudio al introducir nuevas materias como la Promoción de la Salud, la Epidemiología y Salud Pública, y la Atención Comunitaria, innovaciones que pretendían construir un nuevo perfil profesional, la enfermería comunitaria.

Por parte de la investigadora, existe un compromiso como docente de contribuir al conocimiento desde la aún incipiente investigación, con el objetivo de desarrollar conceptos y teorías que se adecúen a la realidad clínica profesional. Una prioridad que ya han abordado otras disciplinas con larga historia investigadora, tal y como señala Morse (2005) al evidenciar la urgente necesidad que tiene la disciplina enfermera de desarrollar conceptos pertinentes que faciliten la concordancia entre la realidad clínica y la base real del conocimiento.

La concepción dual de los perfiles enfermeros enfrenta la Atención Primaria y la especializada en posiciones que podríamos afirmar son antitéticas en cuanto a algunos de sus fundamentos. Al ser consciente de esta oposición conceptual, una creencia mantenida por la investigadora es que la esencia del trabajo en un centro de salud no se ajusta a los cánones del hospital, la tecnológica y la especialización, características que fascinan a los futuros profesionales que, sin embargo, presentan dificultades para absorber la complejidad y la exigencia de conocimientos que requiere la asistencia en aquella. Existirán más factores que influyan en esta situación, indudablemente, quizás algunos mediados por el positivismo aún predominante en el ámbito de la atención sanitaria.

Una responsabilidad académica añadida, es visualizar los cambios futuros a los que se enfrentarán los graduados. Quienes estudian la evolución de las organizaciones sanitarias, prevén que éstas van a experimentar fuertes procesos de cambio que afectaran a las estructuras profesionales (Hernández, 2013). Al igual que las sociedades evolucionan hacia mestizajes culturales, en los ecosistemas profesionales se modificarán las fronteras competenciales e inevitablemente se enfrentarán a situaciones en las que el ámbito académico debe estar alerta e identificar y adelantarse, en la medida de lo posible, a sus futuras consecuencias.

Por todo ello, esta tesis pretende contribuir a aportar luz al futuro profesional de la enfermería en el ámbito de la Atención Primaria.

1.3.1.3. Interés personal

El interés en estudiar la cultura enfermera de la Atención Primaria de salud se justifica por haber formado parte del grupo de profesionales de la salud que, en la segunda parte de la década de los años ochenta, en la Comunidad Autónoma de Cantabria, tuvimos la oportunidad de participar en la reforma del sistema sanitario otorgando un papel clave al nuevo modelo de atención surgido a partir de la conferencia de Alma-Ata. Está influido por haber vivido la experiencia como algo nuevo, intenso y diferente, proyecto del que me sentí parte activa, que me moldeó profesionalmente y en el que entonces percibí una nueva forma de ejercer la enfermería.

En aquella época, esta estrategia suponía el reto de participar en la construcción de una nueva faceta profesional, circunstancia vivida con el convencimiento de que, de manera colectiva, podíamos contribuir a la reforma sanitaria. La intensidad de la experiencia inicial, la posibilidad de indagar qué ha ocurrido con el paso del tiempo, casi treinta años, el reencuentro con las enfermeras del inicio y conocer algunas de las que se han ido incorporando, han alimentado en el tiempo la necesidad de realizar esta investigación, y ha supuesto unir experiencias profesionales y académicas, una forma de relatar vivencias biográficas paralelas.

Haber participado de este periodo de reforma sanitaria motivó el cambio profesional al ámbito académico con un reto, el deseo de poder transmitir a los futuros profesionales los beneficios empíricamente demostrados sobre bases objetivas de este nivel de atención sanitaria, y paralelamente continuar con mi proceso de aprendizaje, reflexión y maduración.

CAPÍTULO II
PERSPECTIVA
Y ORIENTACIÓN TEÓRICA

2.1. ORGANIZACIÓN Y CULTURA

Como se ha señalado ya, identificar la cultura de la profesión enfermera en un modelo organizativo, es la finalidad de esta investigación. Estudiar el fenómeno de la cultura organizacional conlleva indagar como están representados epistemológicamente los dos conceptos, la organización y la cultura, en la teoría general del conocimiento, factores inseparables porque cualquier cultura se crea y compone de comportamientos aprendidos en un grupo socialmente organizado.

Ambos van íntimamente ligados, así cuando de predecir el futuro de la profesión enfermera se trata, no hay duda de que ésta seguirá adaptándose a los cambios sociales y culturales que se produzcan. Y esto siempre lo hará en el contexto de una organización sanitaria. La evolución de la profesión a través de la historia va ligada a la de las organizaciones en las que se ha integrado, y los modelos de gestión de éstas exigen cambios culturales que obligan a la interrelación de todos los implicados, profesionales, gestores y pacientes.

La historia de la teoría organizativa acumula un largo recorrido desde las posiciones más clásicas hasta las que, en su momento, provocaron cambios profundos en el paradigma organizacional al descubrir el concepto de sistema o el de contingencia como nuevos modelos explicativos (Hodge, Anthony y Gales, 2003). Las perspectivas contemporáneas continúan ofreciendo enfoques novedosos que permiten observar las organizaciones y su evolución hacia estructuras más complejas (Hodge, Anthony y Gales, 2003).

La utilidad del estudio de la cultura tiene por objeto ayudar a comprender la incertidumbre y la ambigüedad de la existencia de los seres humanos, y se desarrolla de forma natural cuando se crean grupos de personas que interactúan entre sí. De este modo, se entiende que las organizaciones desarrollen sus propias culturas como parte de un mecanismo que les facilite gestionar su entorno (Hodge, Anthony y Gales, 2003).

En la revisión de la literatura se observa que el estudio de la cultura de las organizaciones se inició hace poco más de tres décadas, y una gran variedad de disciplinas las han estudiado, desarrollando cada una de ellas sus propios conceptos y modelos. El interés nace cuando expertos en organizaciones reconocen la influencia de una determinada variedad de comportamientos, actitudes y creencias en el rendimiento en el trabajo. Las publicaciones *La Teoría Z* de Ouchi (1982) que analiza y compara las culturas organizativas japonesa y norteamericana, y *En busca de la excelencia: lecciones de las empresas mejor gestionadas de los Estados Unidos*, de Peters y Waterman (1984), una obra que desafía el predominio racionalista en la gestión organizativa, marcaron el significado del potencial de la cultura en los ámbitos directivos y de investigación (Hodge, Anthony y Gales, 2003).

La diversidad de disciplinas y enfoques que estudian tanto la teoría de la organización como la cultura organizacional, ha conllevado una revisión exhaustiva de ellas con el objetivo de encontrar el enfoque adecuado que vinculara el análisis y la interpretación con el tema en estudio. El comportamiento humano tiene motivaciones complejas y nuestras interpretaciones deben reflejar esa complejidad reflejada en la profundidad de la exploración con una finalidad, que sea útil (Wolcott, 2003)

Tal y como establece Wolcott (2003), la teoría debe facilitar la indagación, y su búsqueda posibilita la manera de enlazar con el trabajo de otros autores y construir un diálogo entre ellas y el proceso investigador. Una oportunidad de diálogo en el que la teoría pregunta, nuestra investigación responde mostrando las conexiones con ella y vinculándola con el trabajo e ideas de otros (Wolcott, 2003).

Sin embargo, en todo momento han estado presentes las reflexiones que desde las Ciencias Sociales se muestran al reconocer la complejidad de los fenómenos que influyen en la formación de la cultura de una institución.

Comprender la cultura significa pensar en un proceso no lineal de creación y reorganización, descripción y redescipción colectiva del significado que las personas dan a las relaciones, a la pertenencia, a la comunicación y al conocimiento, habilidades que les permiten reorganizar y negociar subjetiva y colectivamente, con distintos grados el poder y la autonomía a largo del ciclo vital de una organización (Ramírez, 2005, p.28).

Igualmente consideramos la importancia de poner el acento en el aspecto dinámico y de proceso en la producción de una cultura que se estructura en forma de patrones y relaciones diversas.

Para entender y analizar el concepto de organización, más allá de las definiciones formales, Aguirre (2004) propone identificarla como una fuerza vital que contiene en su interior la misma complejidad que un ser vivo. Así, recurre a Schein al proponer una visión dinámica de la organización:

Un sistema abierto y complejo en interacción con múltiples medios, de forma que trata de alcanzar metas a muchos niveles, en grados diversos de complejidad, evolucionando y desarrollándose a medida que la interacción con un medio cambiante determina nuevas adaptaciones internas, (Schein, 1982, p. 210).

Complejidad, interacción y adaptación se convierten en la clave del análisis de una organización. (Ramírez, 2005) define la complejidad como “aquella condición de ciertos sistemas entre cuyas características se encuentra una gran interconectividad de elementos, procesos, microdinámicas que se interrelacionan implicando una elevada capacidad de intercambiar significados”, (p. 90). Hablar de interacción conlleva la presencia de un grupo humano con objetivos

comunes que conforman una red de significados compartidos, una cultura que otorga el sentido de su comportamiento. La adaptación manifiesta el proceso de interiorizar valores y símbolos en un entorno social. Podría decirse entonces que la organización no existe sin una cultura, ni hay cultura si no existe una organización, aunque conceptualmente se estudien por separado.

2.2. EL ESTUDIO DE LA ORGANIZACIÓN DESDE LA TEORÍA DE LA COMPLEJIDAD. LOS CONCEPTOS DE STACEY

En un momento determinado de la evolución de este trabajo, en la revisión de la literatura, reflexionar sobre la pregunta que Stacey se hacía “¿por qué los teóricos de la organización prestan atención a la teoría de la complejidad?”, (p. 481) supuso encontrar esa conexión que vinculara el proceso investigador a una orientación teórica explicativa. Su estudio de las organizaciones entendidas como interacciones ente personas, conversaciones en las que se negocian decisiones basadas en intereses concretos, en donde la continuidad organizacional es impredecible y no el resultado de un plan establecido, se aproxima no sólo a nuestra percepción de lo que es una organización, sino que va más allá, se convierte en el hilo conductor que puede explicar el proceso de construcción y evolución de la cultura organizativa de Atención Primaria desde la perspectiva enfermera.

A diferencia de las teorías clásicas de la organización en las que el pensamiento racional resalta el valor de las estructuras formales (Hodge, Anthony y Gales, 2011), el de Stacey (1995, 1996a, 1996b, 1998, 2005, 2007) desplaza el foco de atención de los procesos a las personas y su interacción. De centrar el interés en lo objetivo, a orientarlo a la intersubjetividad, una forma de entender la organización poniendo el énfasis en los discursos y acciones llevadas a cabo por las personas.

Si la Atención Primaria nace como un modelo organizativo que busca romper con la cultura sanitaria dominante basada en la tecnología y en criterios predominantemente biologicistas, realidades que se pretenden abordar con un nuevo enfoque, parece pertinente para su estudio como organización, aplicar teorías acordes a sus principios anteriormente mencionados.

El diseño de la organización prevé la importancia de la interacción de sus componentes en los logros, ya que fundamenta sus resultados en el trabajo en equipo, y para lograrlo rompe una tradición cultural en las instituciones sanitarias al establecer la premisa en la que se sustenta su filosofía: un trabajo coordinado y no jerarquizado, en el que las funciones de cada miembro las determina su competencia profesional y no la titulación (Martín, 1986). Mayor implicación tiene la interacción cuando las características que definen el tipo de atención sanitaria (accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación) están condicionadas no solo a la relación en el tiempo entre profesional sanitario y paciente, sino también a la relación entre todo el equipo.

En su respuesta al interés por la teoría de la complejidad, Stacey, afirma que:

Las organizaciones no son lineales, sino sistemas de retroalimentación porque cada vez que dos seres humanos interactúan entre sí, las acciones de una persona tienen consecuencias para la otra, lo que a su vez, le lleva a este a reaccionar de manera tal que tiene consecuencias para la primera, lo que provoca una respuesta de ésta, y así sucesivamente a través del tiempo, (Stacey, 1985, p.481).

Estos sistemas denominados bucles de retroalimentación, creados al interactuar las personas entre sí, no son lineales ya que la elección de los agentes en los sistemas humanos se basan en percepciones que conducen sus reacciones. Los resultados individuales posibles entonces son muchos, pero cuando se miden de forma grupal, la conducta es más que la simple suma de los comportamientos individuales. Esta explicación se aplica entonces tanto a las personas como a los grupos.

Con esta teoría, Stacey (1996a) considera que es razonable esperar que las propiedades dinámicas fundamentales que se han identificado en relación con los sistemas de retroalimentación no lineales, los denominados sistemas adaptativos complejos, en general, deban aplicarse al estudio de las organizaciones. Este enfoque se integra en su forma de entender la dinámica de la organización a través de la teoría de la complejidad identificando las propiedades de los sistemas adaptativos complejos.

Un sistema adaptativo complejo consta de una serie de componentes, o agentes, que interactúan entre sí de acuerdo con un conjunto de reglas denominadas esquemas con el objetivo de mejorar su comportamiento y por lo tanto el comportamiento del sistema que integran. En palabras de Stacey (1996b), consiste en “un proceso adaptativo de aprendizaje que influye en la evolución del sistema” (p. 9).

En su comparación teórica, las organizaciones entendidas como sistemas lineales son deterministas en el sentido de las leyes de Newton o las leyes de la oferta y la demanda, y se expresan en términos de reglas y relaciones legales estableciendo el guion que decide las relaciones entre las personas dentro de la organización. Sin embargo, en los sistemas adaptativos complejos, en lugar de regirse por ellas, los agentes interactúan siguiendo sus propios intereses, no obedecen a leyes prefijadas, y el resultado de cualquier elección libre está determinado no sólo por la intervención escogida por cada agente, sino también por las intervenciones elegidas por otros agentes. Aun así, o precisamente por ello mismo, el resultado es que el orden acaba emergiendo de forma natural.

Según esta interpretación, todas las organizaciones son sistemas adaptativos complejos en los cuales los grupos y los individuos son los agentes, y las propias organizaciones también interactúan como un agente más para así formar los sistemas sociales, sanitarios o políticos. Estos, a su vez, interactúan para formar uno global encajando cada uno en el otro.

Stacey, afirma que contrariamente a algunas de nuestras profundas creencias la vida y “la creatividad de una organización se construye, no de acuerdo a un diseño previo, sino a través de un proceso de autoorganización espontánea que emerge” (Stacey, 1996a, p.182). Aunque haya un diseño previo, nadie puede saber lo que la experiencia deparará hasta que no se desarrolle en tiempo real.

Hay razones por las cuales, en determinadas condiciones, los agentes interactuando en un sistema pueden producir unos resultados que nadie pensó si se deja guiar la autoorganización por el orden implícito que hay en su interior. No hay lugar entonces para la anarquía. Por el contrario estas son las mismas razones requeridas para la creatividad, un espacio evolutivo sin espacio fijo predeterminado (Stacey, 1996b, p.183).

Un objetivo específico del estudio, como se verá más adelante, es explorar la evolución de los equipos y su influencia en el trabajo, e identificar si existen equipos de enfermería y, en caso afirmativo, conocer los fundamentos que los sustentan.

La organización se diseñó para conseguir unos fines concretos, armónicos y en consecuencia con los principios que algunos de los miembros de los equipos se habían formado, los médicos de familia.

Sin embargo, no hubo diseño previo para la enfermería, ni en funciones, ni en formación; agrupación profesional en la que, paradójicamente, se volcaron expectativas. Un cambio organizativo conlleva el cambio de una cultura tradicional ya establecida a otra nueva que precisa aportar nuevas ideas. Resulta estimulante conocer la cultura creada en torno a un colectivo que no ha tenido más guía que su intuición profesional para crear nuevas funciones, algo que puede explicarse en términos de autoorganización de una profesión construyendo un nuevo rol.

Stacey, reflexiona sobre la creencia predominante de que los agentes de una organización pueden prever las consecuencias futuras de sus acciones de manera suficientemente clara y relacionarlos con la intención que la organización busca en sus resultados. Este pensamiento se basa en la metáfora de una organización entendida como una máquina o como un organismo que se adapta a un entorno determinado. Una visión determinista que otorga a la gestión un poder único sobre el control de la organización. (Stacey, 1996a).

Esta misma creencia sostiene que los líderes pueden prever el futuro y controlar el avance de la organización hacia un resultado más o menos conocido. Una orientación con amplio consenso en la gestión actual según Stacey, es creer que las actitudes de las personas pueden ser entendidas en términos de racionalismo constructivista. La ciencia de la complejidad cuestiona la naturaleza simplista de este tipo de supuestos sobre las dinámicas de los sistemas. Aclara que no podemos prever resultados creativos ni podemos controlar el desarrollo de las organizaciones creativas por un largo período de tiempo. (Stacey, 1998).

Los enlaces causales entre las acciones específicas y los resultados organizacionales a largo plazo desaparecen en la complejidad de la interacción entre las personas en una organización, y los pequeños cambios pueden hacer que los resultados sean imprevisibles. No se puede pretender perseguir entonces esos resultados específicos a largo plazo ya que los resultados creativos e innovadores solo pueden emerger (Stacey, 1996a).

Una organización como tal sólo puede entenderse según Stacey (2005) como una construcción imaginativa que emerge en las relaciones entre las personas que la forman. Los patrones de relaciones y construcciones imaginativas son tan reales como algo que se encuentra en nuestras vidas, de hecho, son esenciales para el significado ellas. A medida que las personas interactúan entre sí, se forman patrones de actividad comunicativa, y son esos patrones de interacción los que constituyen la experiencia de la organización. Esta orientación social es la forma de entender las organizaciones como procesos temporales de acción permanente de comunicación, que son a la vez cooperativos y competitivos.

Los seres humanos, como agentes conscientes reflexivos, han logrado formas muy sofisticadas de acción conjunta a través del lenguaje, sobre todo en las conversaciones cotidianas entre sí. Los cambios en los patrones en curso de las conversaciones producen cambios en las organizaciones. Se interpreta entonces que al asimilar la organización a un proceso de comunicación, cualquier investigación sobre ella necesariamente deberá explorar esos patrones de interacción emergentes.

Stacey entiende que, por lo general, cuando se habla de las organizaciones, las personas se refieren a los procedimientos, los roles, las tareas, la planificación y los presupuestos.

Hablan de las organizaciones en términos de tecnologías o de recursos y descartan la conversación ordinaria del significado de “sólo hablar”. Considerar a las organizaciones como patrones de comunicación significa que no hay nada “a priori” “bueno” en las conversaciones humanas. Lo que es “bueno” y lo que es “malo” es algo que las personas estamos negociando continuamente entre nosotras y lo que significan estos términos difiere de un grupo a otro y cambia con el tiempo (Stacey, 2005, p.478).

Lo que surge en nuestras conversaciones cotidianas a medida que avanzamos en hacer todo lo que hacemos, son temas que organizan nuestra experiencia de ser en forma de patrones narrativos. Nuestras vidas en común son narraciones que recreamos en nuestras conversaciones con los demás, lo que refleja, en gran medida inconscientemente, las largas historias de las familias, los grupos y las comunidades en que vivimos.

Considera Stacey (2005) que las organizaciones son narrativas continuas y dinámicas emergentes que reemergen en los procesos temporales de la interacción. Según él, no hay nada abstracto en esta definición ya que están en nuestras experiencias ordinarias de interacción comunicativa,

en nuestras identidades potencialmente transformadas que producen el sentimiento de pertenencia a un grupo.

Esta reflexión le lleva a Stacey a mirar las organizaciones como objetos sociales, y a las personas que las conformamos no como recursos humanos, al contrario, como los que construimos constantemente el futuro de la organización en el presente, en las actividades cotidianas a través de los patrones que se van creando y formando nuestra propia identidad. Para no ser acusado de demasiada abstracción en sus planteamientos, ejemplifica en dos organizaciones como las de la salud o la educación y entiende que un Servicio Nacional de Salud, es un patrón de interacción comunicativa entre un gran número de individuos interdependientes.

Los fundamentos del modelo organizativo de Atención Primaria descansan en el trabajo en equipo (Martín, 1986; González, 1990; Gené, 2005) y esto no sólo se explica por la influencia de las teorías imperantes en el momento de su diseño que relacionaban la horizontalidad estructural con una mayor efectividad en los resultados, sino que su intencionalidad iba más allá, al saber que los resultados en salud pretendidos, cambios en los patrones de hábitos de vida, no podían medirse a corto plazo ni dependían de actuaciones individuales y tampoco la influencia del uso de la tecnología podía ser determinante en ellos. Se habrán producido cambios en los hábitos o no, representados en resultados, pero en ellos habrán ejercido una influencia relevante los patrones narrativos creados por cada profesional como instrumentos propios e imprescindibles de su trabajo.

En sus análisis, Stacey (2007) extrae las consecuencias de la gestión actual de las organizaciones. Los supuestos en los que se fundamenta el discurso dominante de los líderes y los gerentes en la actualidad, están basados en un diseño racional y en el control de las organizaciones desde el punto de vista de la eficiencia, unos supuestos que ya estaban establecidos hace más de doscientos años. Teorías que elevan los procesos sociales a la categoría de “mágicos” y “míticos” que promueven la ilusión del control. Entre esa promoción de la ilusión del control y la experiencia real está la brecha que invisibiliza lo que las personas construimos en el día a día de las organizaciones. Los líderes creen que están llamados a seguir una misión, y lo que los gerentes denominan herramientas para lograr el éxito, son por lo general una lista de conductas que conforman la cultura de una organización.

Stacey (2007) se distancia de este pensamiento y enfoca el interés en tomar en serio la experiencia cotidiana que cada cual tiene dentro de la organización, las interacciones con los demás y nuestra interdependencia que conduce a puntos de vista muy diferentes. No hay fuerzas sociales misteriosas que actúan, ni culturas abstractas que los líderes visionarios puedan modificar. En su lugar están nuestros patrones de interacción local que se producen y reproducen y en ellos expresamos el odio, el amor, la codicia, la compasión o el cuidado. Procesos que pueden ser entendidos como actos de comunicación en las relaciones de poder, conscientes de que las personas somos capaces de cooperar y llegar a un consenso o competir entre nosotras y generar

conflicto. Una interacción es siempre valorativa, consciente o inconscientemente. Los criterios para evaluarla son los valores y las normas, que juntos constituyen una ideología.

Concluye Stacey (2007) que el discurso dominante en la gestión de las organizaciones se basa en un mito transmitido en parte por la literatura, que se perpetúa por lo que los líderes y gerentes dicen que hacen, una concepción instrumental basada en un pensamiento racional de la organización, aunque no hay evidencia de que las organizaciones cambian, tienen éxito y fracasan debido a sus elaborados diseños. A falta de pruebas, el mito continúa y este pensamiento se ha importado a las formas de gestión del sector público. Romper con este mito acerca del valor del liderazgo de un líder frente al de las personas como principales actores, merece un lugar en esta investigación.

La historia de las instituciones sanitarias, en términos de liderazgo, podría describirse en la evolución del liderazgo profesional al gerencial, este influido por las políticas de prevalencia de la eficiencia como signo distintivo de una organización, principio entendible en un sistema en el que el incremento de los costes es imparable, pero que no justifica la anulación de otros igualmente importantes, distorsionando así, no solo los fines del sistema, sino también introduciendo confusión en el ejercicio profesional. Demasiado tiempo centrando el interés de las organizaciones en los procesos y en la importancia del liderazgo y en los resultados relacionados con ellos, cuando estos no se pueden prever al estar influidos por cambios no controlables por quienes gestionan la organización.

Quizás la propia complejidad de la atención sanitaria que realiza la enfermera, intangible si no se valora en sus dimensiones de continuidad y significado para el paciente, sea la responsable de que, en algunos casos, sea invisible a los ojos del gestor, o en otros, sea reducida a una valoración influida por esa concepción instrumental de la organización a la que Stacey (2007) alude.

2.3. MODELO CULTURAL DE LA ORGANIZACIÓN DE SCHEIN

Si la teoría de Stacey orienta la visión de una organización como sinónimo de patrones de interacción, el modelo cultural de Schein (1988), permite establecer qué elementos componen la cultura.

Este modelo se basa en el concepto de cultura organizacional de Schein (1988), orientado a conocer el nivel profundo de las presunciones básicas y las creencias compartidas entre los miembros de una empresa, supuestos que él considera constituyen la esencia de la cultura.

Los demás elementos son los comportamientos observados de forma regular entre individuos y su lenguaje, las normas que se crean en los grupos de trabajo, los valores dominantes acepta-

dos por la empresa, la filosofía que orienta la política institucional, las reglas de juego para ser aceptado como miembro, y el ambiente creado en torno a las relaciones. Aun considerándolos elementos que reflejan una cultura, les otorga menor importancia.

Schein, entiende por presunciones básicas, las percepciones, pensamientos y sentimientos que operan de manera inconsciente y que han sido moldeados como consecuencia del aprendizaje de un grupo en su proceso de adaptación al medio. Identifica la cultura como una “entidad claramente definida que sólo puede demostrarse que existe si un grupo de personas ha compartido una cantidad significativa de experiencias importantes” (Schein, 1988, p.24).

Esta distinción entre las presunciones básicas como lo que la cultura realmente es, y los valores y conductas como manifestaciones derivadas de la esencia cultural, las distingue en diferentes niveles (ver figura 3.).

Figura 3. Niveles de cultura y su interacción

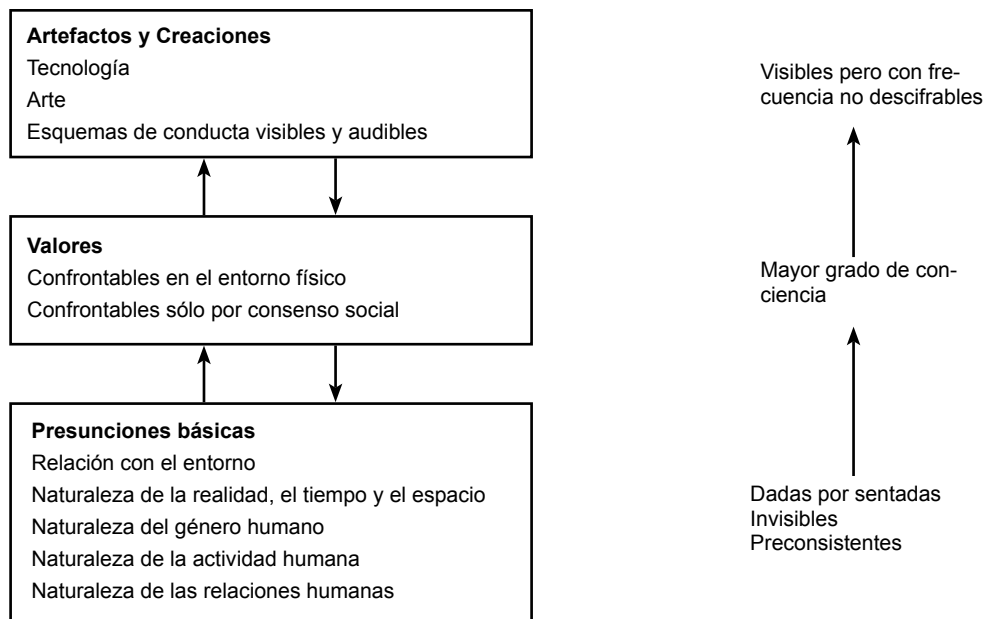


Figura 3. Niveles de cultura y su interacción. Adaptado de “Organizational Psychology” (3ª ed) por Schein, 1980, p.4. Copyright 1980 por Prentice-Hall.

El primer nivel es el más visible de una cultura y en él se encuentran los artefactos y creaciones; aspectos observables como el espacio físico, la tecnología, el lenguaje y la conducta expresada por sus miembros. En el segundo nivel se sitúan los valores propios del individuo que, con el tiempo, se transforman gradualmente en creencias y cuando son útiles para el grupo, en presunciones. Algunos llegan a articularse como la función moral que señala a los miembros de un grupo la manera de actuar en situaciones clave. El tercero, especifica las presunciones básicas subyacentes, un concepto que se encuentra firmemente arraigado en un grupo, orienta la conducta, la manera de percibir, pensar y sentir las cosas de forma indiscutible. Al igual que una teoría, se convierten en incontestables e indiscutibles.

El estudio de la cultura de la organización lo aborda Schein (1988) de manera exhaustiva en su obra *La cultura empresarial y el liderazgo*. Para este autor, el término cultura de la organización tiene muchos significados y connotaciones, por lo que debería ser estudiada como parte de una unidad social independiente y claramente definida, si puede demostrarse que un grupo de personas ha compartido una cantidad significativa de experiencias importantes. Así se asume que tales experiencias han originado una visión compartida del entorno que las rodea. La cultura es, en tal sentido, un producto aprendido de la experiencia grupal, localizable sólo allí donde exista un grupo poseedor de una historia significativa, que evoluciona con nuevas experiencias, y puede ser cambiada si llega a entenderse la dinámica del proceso de aprendizaje.

Un modelo de presunciones básicas, inventadas, descubiertas o desarrolladas por un grupo dado al ir aprendiendo a enfrentarse con sus problemas de adaptación externa e integración interna, que hayan ejercido la suficiente influencia como para ser consideradas válidas y, en consecuencia, ser enseñadas a los nuevos miembros como el modo correcto de percibir, pensar y sentir esos problemas (Schein, 1988, p. 25).

Más interesante que definir una cultura según Schein (1988), resulta investigar cómo surge y por qué sobrevive, algo que le conduce a centrar el interés en conocer la dinámica que explica para qué sirve, como se origina, evoluciona y cambia, relacionando desde esta perspectiva las cuestiones a las que se ha enfrentado el grupo desde su origen hasta ese momento.

Tal y como afirma Schein (1988), el proceso de formación cultural es idéntico al proceso de formación grupal, en cuanto que la misma esencia de la identidad de grupo es lo que en última instancia se denomina cultura, y cabe considerar el crecimiento del grupo y la formación de la cultura como dos caras de la misma moneda, siendo ambas el resultado de las actividades de los líderes. Lo que es necesario entender entonces es cómo las intenciones de los fundadores o inspiradores del nuevo grupo o empresa, sus presunciones y sus valores, llegan a convertirse en un conjunto de definiciones compartidas y validadas consensualmente. Debe haber pasado un tiempo de vida de una organización para entenderla y rastrear su función conforme madura el grupo, un concepto dinámico que proporciona sentido e identidad.

Explorar las presunciones que operan en el nivel profundo, conlleva identificar cómo perciben, conciben, sienten y juzgan los miembros de un grupo, e intentar responder sistemáticamente si existe o no un consenso real entre los miembros del ámbito estudiado. El proceso de construcción cultural supone el reconocimiento compartido de que algo que se ha inventado funciona y que sigue funcionando.

Schein (1988) establece una jerarquía de mecanismos que intervienen en la creación de la cultura de una nueva organización. Así considera que los mecanismos primordiales están relacionados con:

1. El modo en que se planifican las funciones.
2. La forma en que se encaran los incidentes críticos.
3. Los criterios que se siguen para la selección y el reclutamiento.

Como mecanismos secundarios, a los que otorga menor poder de influencia están:

1. Los procedimientos y las rutinas.
2. Su distribución física y las anécdotas.

La cultura consiste en una larga serie de presunciones asumidas e implícitas que abarcan la visión que los miembros del grupo tienen tanto sobre sus relaciones internas como externas. Si poseen una historia compartida, esas presunciones aparecerán alineadas ente sí y habrán generado un esquema en el que se reflejan el tiempo, el espacio, la gente y las relaciones. Este esquema se convierte en paradigma cultural y afectará a todos los aspectos de la empresa, a su estrategia, estructura, a sus sistemas de control y recompensas, y a sus rutinas diarias.

Surge entonces el interés en cómo descubrir esas presunciones básicas en nuestro estudio. Schein (1988) advierte que no hay preguntas mágicas ni hechos preferentes a observar, tampoco los agentes implicados podrán descifrar la cultura por su cuenta, sino que las categorías que se elijan deberán desentrañar lo que realmente está pasando en la organización, para lo cual el investigador deberá averiguar de forma inductiva qué dimensiones son más pertinentes sobre la base de la historia de cada organización.

Una hoja de ruta que guíe la observación y las entrevistas, sugiere Schein (1990) puede centrarse en explorar los aspectos de adaptación tanto internos como externos a los que se enfrentan todos los grupos. Entre las tareas externas que facilitan la integración está identificar la misión y las funciones de la organización con su entorno, conocer qué objetivos persigue y los medios para lograrlos, qué criterios se utilizarán para medir los resultados y cuáles serán las estrategias de corrección si no se consiguen. En cuanto a las cuestiones internas que afectan al grupo, sugiere explorar si existe un lenguaje común que exprese un mismo sistema conceptual, que incluya el estatus, en tiempo y lugar, cuáles son los límites para estar en el grupo y los criterios de inclusión, cómo se ejerce el poder y la autoridad, y explorar las relaciones personales.

Schein (1990) considera que en cada etapa del ciclo vital organizativo, la cultura cumple una función, así en el nacimiento, el principal impulso cultural proviene de los fundadores y sus presunciones, quedando implantado el paradigma cultural como aptitud que distingue la identidad de sus miembros, actuando de aglutinante social. Se comprende que será una fase en la que preocupará diferenciarse de los demás y tendrá posibilidades de generar una cultura fuerte porque implica haber luchado para construirse y mantenerse. Por el contrario, bien desde el interior o el exterior, las coaliciones que se ven amenazadas procurarán preservar la hasta en-

tonces cultura dominante, siendo la fuerza que desbloquee una situación semejante, una crisis de supervivencia. Surgen entonces las luchas entre los conservadores y los que quieren que se produzca el cambio, se disputan las posiciones de poder en un proceso exclusivamente interno. Caben en esta fase varias situaciones de evolución, que podrá ser natural, autodirigida, controlada por diferentes procesos, o a través de terceros.

En la etapa que denomina la adolescencia, los elementos culturales están implantados en los procesos básicos, y construir, integrar o conservar la misma poseen menor importancia. En esta etapa puede haber una menor integración debido a la formación de subculturas con poder, algo que se entiende en instituciones grandes y geográficamente dispersas. Los mecanismos de cambio en este periodo tienden a ser planificados, exigiendo nuevas intervenciones que promuevan metas compartidas.

El último estadio, la madurez, es el más importante desde el punto de vista cultural, ya que es el momento en que algunas empresas descubren que durante un largo periodo de tiempo, segmentos significativos de su cultura pueden volverse disfuncionales. Más que relacionada con la antigüedad, es una etapa que refleja hasta dónde ha llegado la interacción. Es el momento de la renovación, algo que necesita descifrar y conocer la cultura que se ha generado. Las renovaciones exigen la participación de todos como paso inicial de un proceso de formación de nuevas pronunciaciones, cambios en la estructura, en los procesos que deben ofrecer la posibilidad de generar nuevos elementos culturales.

Descifrar las etapas del periodo organizativo de la Atención Primaria desde la perspectiva etnohistórica se constituye en el eje central de esta investigación. El tiempo transcurrido, abarcable en estos momentos para ser interpretado por sus protagonistas, algunas en activo desde el inicio, permitirá identificar empíricamente sus propias etapas.

2.4. INTEGRACIÓN DE TEORÍAS EN EL ESTUDIO DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL

La importancia de adoptar una perspectiva integradora en la realización de estudios de las culturas organizacionales permite aunar ideas clave de las disciplinas que la estudian, ya sean la Antropología, la Administración o la Psicología (Schein, 1988). Su estudio se reforzará y reducirá la visión fragmentada si se compara con los postulados teóricos de más de una de ellas.

Igual que el estudio de Schultz y Hatch (1996) sobre la cultura organizacional muestra el interjuego que existe entre los paradigmas del funcionalismo y el interpretativismo, tanto para establecer similitudes como para preservar sus contrastes, la utilización de dos enfoques teóricos en esta investigación persigue la misma finalidad.

La búsqueda de un posible lugar de encuentro entre la teoría de la cultura organizacional y la teoría institucional, también es motivo de reflexión para Hatch y Zilber (2012) que exploran las intersecciones de ambas y proponen un estudio empírico de sus conexiones y diferencias como una forma de que ese diálogo facilite la comprensión de las organizaciones.

En esta investigación, ambas teorías, el enfoque del estudio de la organización desde la teoría de la complejidad de Stacey (1995) y el modelo de la dinámica cultural de Schein (1988) presentan similitudes y contrastes, y se constituyen en los vínculos que la guían y refuerzan.

La proximidad más notable se debe a que ambos entienden la organización y la cultura como fenómenos complejos que deben ser explicados más allá de aspectos racionales y ser descifrados en clave de interacción de un grupo de personas. Tanto sus nociones de organización como de cultura, en términos de adaptación, conllevan un aprendizaje en el tiempo. La importancia que Stacey otorga a la dinámica organizativa entendida como un sistema adaptativo complejo en el que los agentes interactúan entre sí de acuerdo a un esquema establecido, es equivalente a la que Schein concede a las denominadas presunciones básicas como la esencia de la cultura.

Esquemas y presunciones, tienen el mismo significado, son dos formas de identificar qué es lo que modula la cultura como sinónimo de organización. Si para uno la organización es un proceso de reproducción de patrones narrativos que expresan las experiencias cotidianas, para el otro la cultura es un proceso de construcción que refleja el significado de la historia compartida de un grupo.

De acuerdo con Boyle (2005), entre los diferentes tipos de estudios sobre la cultura de un grupo está la etnohistoria, una forma de describir la realidad cultural del presente como resultado de los acontecimientos del pasado, un enfoque que combina estrategias históricas o diacrónicas con abstracciones sincrónicas derivadas de los datos que se recojan en un momento dado. Este aspecto dinámico de conocer cómo se origina y evoluciona la cultura enfermera constituye el eje de este estudio al constituirse la etnohistoria del grupo de enfermería en el núcleo de la investigación, un enfoque histórico de los significados asociados al aprendizaje en el tiempo.

Figura 4. Relación entre la teoría de Stacey y la teoría de Schein

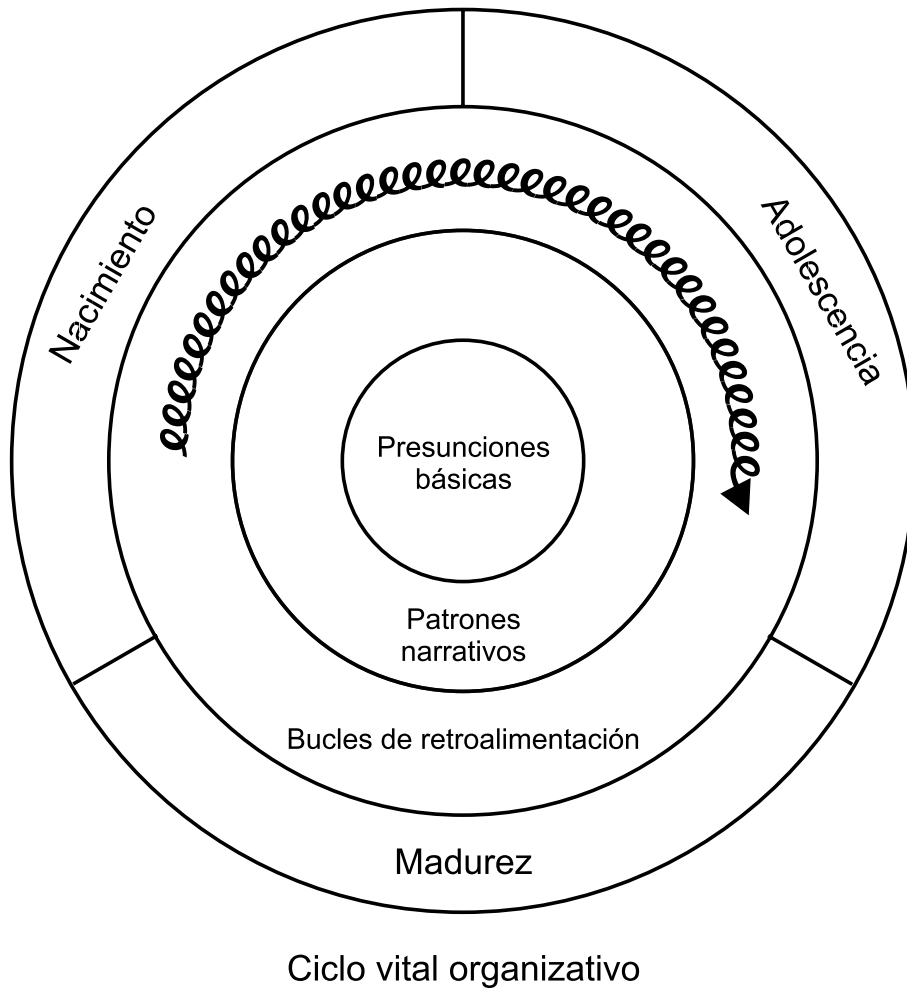


Figura 4. Modelo de figura concéntrica que representa la relación entre ambas teorías.

Ambas teorías desplazan el interés de lo objetivo, razonamiento frecuente en otros postulados teóricos, a lo intersubjetivo. Stacey, a diferencia de las Teorías Clásicas, cuestiona que el diseño intencionado de una organización determine lo propuesto, debido a que el orden lo marca la autoorganización que emerge, y Schein considera que los artefactos, las normas, los valores, son un elemento más de la cultura pero no revela su verdadero significado. En esta elección, se plasma una intencionalidad de contrastar con teorías que, en palabras de Ramírez (2005) se orientan a “deslizar buena parte de la práctica científica actual hacia la desobjetivización y commodificación de lo humano” (p.11). Conocer entonces el proceso que hace crecer y mantenerse una organización se convierte en el principal objetivo para su conocimiento profundo, y sus hallazgos pretenden traspasar la barrera de lo teórico y contribuir a ser útiles en la búsqueda de la efectividad de las organizaciones.

Las diferencias de ambas posiciones teóricas radican en la importancia que cada uno otorga al liderazgo, se podría decir que son contrapuestas. Mientras Stacey eleva a la categoría de mito

al papel que un líder ejerce al referirse a la ilusión que alimenta cuando se atribuyen el éxito organizativo, aunque no existan evidencias de esta relación causal, Schein concede gran relevancia al papel del líder como portador de los valores que influyen en las presunciones y en la transmisión de la cultura.

Surgen entonces varias preguntas a responder: ¿debe existir siempre un líder en una organización?, si es así, ¿es clave en la transmisión de la cultura en instituciones burocráticas?, ¿qué papel ejercen en ellas los liderazgos profesionales?

Precisamente debido a su complejidad, podemos afirmar que las condiciones actuales de las instituciones sanitarias han determinado que más allá de una simple relación causal entre la cultura organizacional y cualquier liderazgo individual, existe una vinculación recíproca entre todos los elementos, generando desafíos permanentes que son implícitos a los retos que debe enfrentarse toda organización. No hay lugar entonces para determinismos o reduccionismos, sino para una visión holística que permita comprender los factores que intervienen.

Los dos enfoques teóricos nos han permitido entender la complejidad del objeto de estudio al orientar y guiar una interpretación cultural que, tal y como plantea Ramírez (2005), pretende ser coherente con los saberes interdisciplinarios. Desde esta posición podremos observar y preguntar sobre las experiencias que han contribuido a construir la cultura organizativa enfermera y los detalles que la componen, a través del diálogo que los expertos proponen.

CAPÍTULO III

ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

Este capítulo refleja los objetivos, el enfoque, la metodología, las técnicas y los procedimientos que han constituido el proceso investigador.

3.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general es describir la cultura enfermera en el marco de una organización sanitaria, la Atención Primaria en Cantabria.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Relatar los aspectos históricos claves de la organización profesional de Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de sus fundadoras.
2. Identificar la influencia de las políticas de personal en el desarrollo profesional.
3. Describir la evolución del trabajo en equipo.
4. Analizar el producto generado entendido como el resultado de la actividad enfermera.
5. Diferenciar los liderazgos ejercidos en la organización.

3.3. METODOLOGÍA CUALITATIVA

Identificar las presunciones que subyacen en la cultura de las enfermeras de Atención Primaria, sitúa la investigación en el campo del conocimiento abstracto y exige identificar la estrategia adecuada para la indagación y la descripción detallada de todo el proceso.

La investigación cualitativa se constituye entonces en el método idóneo para analizar las experiencias del grupo en estudio, en base a sus relatos y a la observación de esa interacción, y la Etnografía como el diseño congruente para realizar el estudio de una cultura organizacional (Angrosino, 2012; Coffey y Atkinson, 2005 y Morse, 2005). Esta elección se reafirma al compartir la importancia de las ideas y conceptos que, con esta metodología, se han extraído acerca de la construcción de la profesión enfermera (Coffey y Atkinson, 2005 y Morse, 2005). Refuerza esta pertinencia nuestra orientación teórica que centra el interés en la intersubjetividad, una forma de entender la organización poniendo el énfasis en los discursos y acciones llevadas a cabo por las personas.

La Etnografía permite desarrollar el concepto de cultura según la orientación teórica que guíe al investigador, y su intención es comprender el sistema de significados compartidos de un grupo localizado, que lo mismo pueden compartir un estilo de vida, un lugar de trabajo, o una misma filosofía de gestión, Boyle, (2005). La Etnografía es “el arte y la ciencia de describir a un grupo humano: sus instituciones, comportamientos interpersonales, producciones materiales y creencias” (Angrosino, 2012, p. 27).

Con la intención pedagógica de eliminar la confusión acerca de su especificidad como método de investigación cualitativa e introducir claridad, Boyle (2005, p. 214) identifica las características que la distinguen:

1. Su naturaleza contextual y holística.
2. El carácter reflexivo que implica al investigador como parte del mundo que estudia y afectado por él.
3. El equilibrio necesario para manejar tanto la perspectiva que el informante tiene, *emic*, como las abstracciones del investigador, *etic*, ambas necesarias para la conceptualización.

Igualmente, Boyle (2005) y Coffey y Atkinson (2005) analizan los propósitos, similitudes y diferencias entre los métodos etnográficos y sus estrategias analíticas, al considerar la evolución que los enfoques y teorías de investigación etnográfica están experimentando. Tomando como referencia el ámbito del profesional de la salud, Boyle (2005) clasifica los tipos de etnografías en holísticas, particularistas, interseccionales y etnohistóricas. Esta última puede ser escrita de forma sincrónica, como si todos los acontecimientos descritos hubieran tenido lugar en el mismo momento, o desde una perspectiva diacrónica al describir la realidad cultural del presente como resultado histórico de los acontecimientos del pasado (etnohistoria).

Este enfoque, una etnografía etnohistórica, es el que se adecúa al objetivo de nuestro estudio. Con la finalidad que pretende un esquema, destacar los aspectos esenciales que conectan las ideas principales de un texto, la figura 5 trata de relacionar la delimitación de los elementos de una investigación cualitativa (Wolcott, 2003), la visión de una organización, los mecanismos que intervienen en la formación de una cultura, y la justificación de esta investigación (Véase la figura 5.)

Figura 5. Enfoque metodológico

IDENTIFICACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE ESTUDIO	ESTUDIO DE LA ORGANIZACIÓN	MECANISMOS QUE INTERVIENEN EN LA CREACIÓN DE UNA CULTURA	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
Wolcott	Stacey	Schein	Etnografía Etnohistórica
Identificar al grupo objeto de estudio	Organización vista como un sistema de retroalimentación	Primordiales	Grupo humano de enfermeras
		El modo en que se planifican las funciones	
		Sistema adaptativo complejo	
		Como se encaran los incidentes críticos	
Organización innovadora	Personas interactuando	Criterios de reclutamiento	Atención Primaria
Ambiente de interacción		Secundarios	Explorar presunciones mediante patrones de comunicación y narrativos
		Procedimientos y rutinas	
		Distribución física y anécdotas	

Figura 5. Esquema que establece la relación entre la metodología de la investigación y los postulados teóricos que la guían.

3.4. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

Por la innovación del tipo de estudio y de su orientación teórica, no existe un diseño estandarizado que establezca cómo realizar una investigación etnográfica, sin embargo los rasgos que vinculan los numerosos y variados enfoques, se constituyen en la guía de todo el proceso. Angrosino (2012) resume en dos los principios básicos de una etnografía:

1. Buscar patrones predecibles a partir de detalladas observaciones del comportamiento vivido y de entrevistas a personas de la comunidad en estudio.
2. Prestar atención cuidadosa en la elección del emplazamiento del trabajo de campo.

El consenso científico en los métodos etnográficos identifica la observación participante y la entrevista como su distintivo investigador, Angrosino (2012), Coffey y Atkinson (2005), Morse (2005), Velasco y Díaz de Rada (2003) y Wolcott (2003). Sin la obligación de ceñirse a una o varias estrategias, Wolcott (2003) destaca la importancia de combinar las técnicas de la forma que parezca más adecuada ya que la etiqueta que se puede dar a la observación participante como término general puede confundir, cuando lo relevante es ofrecer detalles de su despliegue. Valora a su vez, la contribución de contar cómo se combina el ambiente de campo con uno mismo como gran ayuda para otros investigadores que comparan sus trabajos con los tuyos.

En congruencia con la orientación teórica de este estudio también Schein (1988) propone la entrevista y la observación como los métodos adecuados de exploración conjunta entre el investigador y los distintos informantes que encarnan una cultura. Con el objetivo de entender las presunciones más profundas, objeto de nuestro estudio, señala que esta indagación no puede emprenderse con éxito fuera de la cultura a la que uno pertenece.

Esta afirmación nos lleva a tratar un aspecto fundamental en los inicios de toda Etnografía, la condición de alimentar la capacidad de extrañamiento, “una curiosidad que se despierta cuando se descubre una forma de sorprenderse o interesarse por cómo los otros interpretan su mundo sociocultural” (Velasco y Díaz de Rada, 2003, p. 95). En investigación en Ciencias Sociales, ponemos en juego nuestras creencias y valores adquiridos en nuestros propios marcos de referencias, por lo que observar realidades desde una absoluta neutralidad es una pretensión irreal, y “sería absurdo pretenderla puesto que el fundamento de todo conocimiento social se encuentra en las relaciones concretas que el investigador mantiene con su campo” (Velasco y Díaz de Rada, 2003, p. 216).

Ahora bien, que toda forma de conocimiento social sea etnocéntrica al “suponer que las categorías de percepción de la realidad, los valores, la adecuación o impropiedad de las conductas en las que uno se ha socializado, gozan de un valor o de una credibilidad mayor que las que sostienen personas socializadas en otros grupos” (Velasco y Díaz de Rada, 2003, p. 216), no exime al propio investigador de neutralizar ese etnocentrismo como parte del comienzo del proceso de autoinstrumentalización.

Sin embargo, los estudios sobre “nosotros”, es decir, sobre la propia sociedad de pertenencia del investigador, como es nuestro caso, donde las diferencias parecen a primera vista menos acusadas que en el estudio del “otro”, exigen al menos la neutralización de ese “sociocentrismo”, y en ellos el trabajo de campo debe llegar a ser del mismo modo un proceso de desmantelamiento de prejuicios (Velasco y Díaz de Rada, 2003). Este supuesto de partida de un estudio, contribuye

a mostrar “el horizonte que limita toda investigación etnográfica y gravita sobre ella al impedir percibir la inmediatez como distancia” (Velasco y Díaz de Rada, 2003, p. 29).

En ese proceso de autoinstrumentalización, a la condición necesaria de extrañamiento se une la de intersubjetividad: no considerar suficiente “el propio punto de vista sobre la realidad que estudia hasta que él mismo no haya sido radicalmente influido por el conjunto de todos los puntos de vista de los que hacen que esa realidad exista en su complejidad” (Velasco y Díaz de Rada, 2003, p. 218).

La tercera cualidad que conecta al investigador con la situación a investigar es la reflexividad, entendida como el proceso en el cual él “vuelve sobre sí mismo para examinar críticamente el efecto que tiene sobre el estudio y el impacto de las interacciones con los participantes” (De la Cuesta, 2011). Una toma de conciencia denominada *self*, término que distingue la bibliografía anglosajona al referirse al proceso reflexivo que pone a la persona en una situación de actuar hacia ella misma en lugar de responder de manera automática (De la Cuesta, 2011).

Cualidad que conlleva sentirse parte del proceso y visibilizar que el interés por el tema a investigar, la cultura organizacional de la enfermera de Atención Primaria en el caso que nos ocupa, no es casual, sino que el haber sido parte de ella durante un periodo de tiempo y haberse alejado, justifica ese interés en identificarla, e implica tomar conciencia de las creencias mantenidas en el periodo de ausencia, deconstruirlas y de nuevo reconstruirlas. La imposibilidad de que uno mismo pueda demostrar ese proceso debe considerarse como una limitación de la investigación y permite a quien lo juzgue la capacidad de cuestionarla.

En este proceso, la variedad de estilos narrativos para interpretar los datos constituye un aspecto fundamental. Angrosino (2012), Coffey y Atkinson (2005), Morse (2005) y Wolcott (2003) consideran que existen géneros creativos específicos, y diferentes enfoques al interpretar los relatos. Así Coffey y Atkinson (2005) instruyen en las diversas formas de narrativa o relato existentes, ya que los actores entrevistados al hablar con el investigador, ordenan sus recuerdos como una secuencia de historias narrativas marcadas por acontecimientos clave, de modo particular cuando de una cultura organizacional se trata, una suerte de cuentos que le otorgan un sentido colectivo de cultura a una determinada organización.

Desde el punto de vista analítico, se justifica que los actores sociales organicen sus biografías narrativamente ya que proporcionan una fuente de datos potencialmente rica al dejar entrever las perspectivas de las personas en relación con el entorno cultural en el que están inmersos. Estas narrativas revelan la importancia que otorgan los actores clave a los acontecimientos al convertirlos en hitos, un elemento valioso para el estudio de la cultura de una organización.

En nuestra investigación hemos utilizado entrevistas etnográficas, observación participante de la interacción en el emplazamiento elegido y documentos que apoyan el relato de la historia de la organización. Con el objetivo de sintetizar el todo en una parte y comprender la compleji-

dad del trabajo de la enfermera en Atención Primaria, siguiendo la recomendación de Wolcott (2003) de analizar “meticulosamente un día en una clase más bien que todos los días” (p. 151), hemos completado el análisis con el relato de un día de trabajo de una de ellas.

3.5. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio de la cultura organizacional de la enfermería de Atención Primaria, conlleva la selección del emplazamiento y de los profesionales participantes. Es oportuno entonces describir el entorno en el que desempeñan su trabajo.

En el capítulo I de Introducción, al contextualizar la magnitud de la reforma de Atención Primaria en nuestro país, hacíamos referencia a la significativa homogeneidad de una misma política en imponer un único modelo organizativo en la totalidad del territorio del Estado, y a su permanencia durante más de 30 años, a pesar de que la descentralización del Sistema Nacional de Salud, comenzase simultáneamente.

Este estudio se ha realizado en la Comunidad Autónoma de Cantabria, por motivos de pertenencia y residencia en ella. El mismo en otra Comunidad Autónoma partiría de historia y características similares.

El lugar común donde se ejerce la atención sanitaria, el centro de salud, se constituye en la estructura física en torno a la que se aglutina la asistencia sanitaria de la población agrupada geográficamente en las denominadas zonas de salud. En la actualidad, en Cantabria son 42 los centros de salud en los que desempeñan su trabajo los 412 profesionales de enfermería integrados en los equipos de salud, según datos del Servicio Cántabro de Salud (2014). Su implantación y desarrollo se ha ido incrementando en el tiempo, de tal manera que al inicio se fundaron 11 centros de salud y los 5 últimos se han puesto en marcha hace menos de 10 años.

Las características sociodemográficas de la población, la dispersión geográfica y la zona de salud, bien sea rural, urbana o periurbana, determinan la estructura de cada centro de salud, el tamaño del equipo de profesionales que lo forman y su organización, convirtiéndose cada uno de ellos en pequeñas comunidades aisladas geográficamente. No obstante, forman la red de asistencia sanitaria del nivel de Atención Primaria, comparten los mismos objetivos y son coordinados por una sola gerencia.

La comunidad que habita en la zona de salud, es objeto de atención por parte de las enfermeras, lo que significa que existen otros lugares físicos en los que realizan atención sanitaria. El domicilio de las familias es un lugar frecuentado, en el que establecen otro tipo de relación basada en

la confianza con las personas que allí viven. Menos frecuente en tiempo de dedicación, también acuden a los colegios e institutos y, ocasionalmente, a cualquier institución en la que identifique una necesidad en salud donde poder actuar.

Estas características perfilan diferentes entornos con situaciones variadas, así los centros de salud urbanos exigen una movilidad de las enfermeras más limitada que una rural y, dependiendo de la zona urbana, tendrán una población envejecida con lo que aumentará la presencia de las enfermeras en los domicilios, o una población joven si se corresponde con una zona de expansión urbanística. Por tanto, la situación de la zona de salud condiciona la morbilidad de la población y ésta, el desempeño de los profesionales.

La organización es extensa y dispersa a lo largo del territorio de la Comunidad Autónoma. Es necesario entonces establecer quiénes serán los participantes y elegir el emplazamiento óptimo para el estudio, elección que se describe a continuación como parte del proceso investigador.

3.6. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Con el objetivo de orientar los estudios cualitativos etnográficos, Coffey y Atkinson (2005) abordan las diferentes perspectivas sobre las narrativas de diferentes culturas, revelando una gama de variaciones en las funciones de las mismas, manifestando que las narrativas individuales también están situadas dentro de interacciones particulares y dentro de los discursos institucionales. Así ejemplifican cómo “la perspectiva de describir una saga organizacional, descubre su función al permitir una comprensión colectiva de la lógica de una organización y la razón de ser del compromiso de los trabajadores” (p. 89).

Lo que hace de la cultura un concepto apasionante según Schein (1988), es que su análisis obliga a adoptar una perspectiva integradora que aúna ideas clave de ciencias como la Psicología, la Sociología o la Antropología, aportando a cada una de nuestras nociones fragmentarias producto de la investigación.

Con el objetivo de explorar el nivel profundo de presunciones que define una cultura, es necesario identificar previamente cuál es la función de la cultura de una organización. Su delimitación proporciona las categorías de análisis que explican el funcionamiento de un grupo. Según Schein (1988) y desde la perspectiva dinámica e integradora de nuestro estudio, entendemos que lo que hace una cultura organizativa es “resolver los problemas del grupo relacionados con su supervivencia y adaptación al medio que lo rodea, y la integración de sus procesos internos con el objetivo de afianzar su capacidad de supervivencia” (p. 64).

Las categorías de análisis que se proponen, pretenden estudiar las dimensiones que expliquen esa dinámica de integración de los profesionales en la estructura organizativa y quedan descritas a continuación.

La etnohistoria que narra el inicio de la organización de la Atención Primaria desde la perspectiva de quienes participaron en su fundación, se convierte en la categoría en torno a la cual se vinculan las demás. Debe ser útil para estudiar su evolución, vicisitudes, retos y decisiones que los profesionales han afrontado, una acumulación dinámica de información que les convierte en informadores clave según Aguirre (2004), y describir así el ciclo vital de la institución (Schein, 1988).

Las políticas de personal se convierten en otra categoría de análisis que permite desgranar los criterios considerados al incorporar progresivamente nuevos profesionales, su integración y la influencia de otras culturas provenientes permitirán explorar el cumplimiento de las expectativas. Responde a uno de los mecanismos primordiales en la creación de una cultura (Schein, 1988).

El trabajo en equipo se justifica como categoría de análisis al haberse constituido en elemento esencial en la construcción de la organización. Su desarrollo y evolución permitirá describir la interacción de un grupo humano desde nuestra orientación teórica (Stacey, 1996).

El producto representa la categoría que expresa la “razón de ser” de la institución, el “patrimonio” del profesional, la respuesta al objetivo de su existencia, “la manera correcta de hacer las cosas” (Schein, 1988, p. 98).

El liderazgo cierra las categorías de análisis al ser considerado el “conductor” de una cultura. Nuestra orientación teórica lo contempla desde perspectivas diferentes; Schein (1988) considera la cultura y el liderazgo como dos caras de la misma moneda y van íntimamente ligadas, y Stacey (2007) argumenta que los supuestos en los que se fundamenta el discurso dominante de los líderes están influidos por un pensamiento racional que no absorbe la complejidad de las organizaciones.

3.7. MUESTRA Y MUESTREO TEÓRICO

La muestra la constituye una parte de un colectivo elegido mediante criterios de representación socioestructural y es seleccionada en función de la representatividad de sus propiedades y de su contenido, lo que define su singularidad (Mejía, 2000). Esta característica refleja la posición diferencial que cada informante seleccionado ocupa en la estructura social objeto de estudio y

pretende expresar su heterogeneidad, de tal manera que las características que la definan serán consideradas como las variables estructurales teóricas que definen la muestra (Mejía, 2000; Valles, 2002).

Los criterios que hemos considerado representan esa heterogeneidad estructural teórica, contienen las características que delimitan el objeto de estudio y señalan los informantes a elegir según los niveles estructurales de la muestra, el denominado “muestreo por juicio” (Mejía, 2000). Para mayor especificidad, se distinguen los tres niveles que constituyen la estructura muestral en:

1. El nivel que representa las características sociodemográficas de las zonas de salud.
2. El nivel que distingue las diversas trayectorias de los profesionales.
3. El nivel que personifica los periodos de tiempo de experiencia profesional en Atención Primaria.

A su vez, dentro de cada uno de ellos se incorporan las unidades de estudio reales con el objetivo de diferenciar todas las posibles variables estructurales (Véase la figura 6.)

Figura 6. Criterios de selección de participantes

	Valles	Criterios	Objetivo
Mayores	Nivel espacio	Características sociodemográficas de la zona de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Mixta • Rural Obtener una perspectiva multicéntrica
	Nivel estructural	Diversas trayectorias profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio • Hospital • Centro de salud • Variada Con experiencia profesional en otros ámbitos
	Nivel del tiempo	Periodo de tiempo de actividad profesional en Atención Primaria	<ul style="list-style-type: none"> • Desde el inicio hasta la actualidad • Cualquier otro periodo de tiempo En la que figuren diferentes generaciones profesionales
Menores Representación ambos sexos		Condición laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Fija • Interina • Eventual Con representación de la situación administrativa
		<ul style="list-style-type: none"> • Mujer • Varón 	

Figura 6. Matriz que define los criterios de selección de las variables estructurales a partir de principios de representatividad.

3.7.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Con el objetivo de identificar qué enfermeras podrían constituirse en la muestra y establecer qué información sería relevante explorar en el contexto del desarrollo profesional, la primera entrevista fue realizada a una enfermera que participó en el inicio del modelo de Atención Primaria, y por lo tanto, en el inicio de un nuevo desarrollo profesional. La elección como informante clave vino determinada por la consideración profesional hacia ella. Con un guion previamente diseñado, la entrevista se convirtió en una larga tarde de conversación, de recuerdos, un manejo ingente de información, un relato preciso de detalles y figuras retóricas que determinaron el desarrollo del trabajo de campo y de las posteriores entrevistas, y que ha contribuido a enriquecer este estudio.

Al ser la Etnografía un proceso abierto en el que la flexibilidad rige en la selección de los informantes, y la observación en la de los posteriores, para su elección nos hemos apoyado en “las reglas de secuencia fundamentales que incumben al procedimiento” (Velasco y Díaz de Rada, 2003, p.112):

1. Seleccionar la muestra de informantes posteriormente a conocer la relevancia de los criterios que deberán ser significativos y mantener relación con las categorías que se desean estudiar.
2. No realizar la observación sin categorías previas, explícitas o implícitas. Los datos procedentes de ella deben ser subsecuentes a la realización de las entrevistas. Las observaciones serán más significativas y válidas si parten de un diálogo cultural.
3. El contenido de las entrevistas será más válido si antes se ha sido capaz de identificar qué temas son significativos sobre los que hacer las preguntas.

De acuerdo a esta secuencia se ha desarrollado el proceso. Con el análisis de la información de la primera entrevista, se diseñó la estructura de las posteriores. Al criterio de muestra estructural se añadió el de muestreo teórico, pertinente en la evolución del análisis de los datos según Gerrish y Lacey (2008), en concreto en el transcurso de la observación participante en el centro de salud. Surgió entonces la posibilidad de obtener información a través de entrevistas a nuevas informantes que pretendían identificar patrones relacionados con las categorías ya analizadas en ese momento. La historia oral de una de las enfermeras fundadoras completó el muestreo teórico.

3.8. ENTREVISTAS

La entrevista entendida como un proceso por el que se dirige una conversación para recoger información, debe ser de naturaleza abierta, en la que fluye la conversación, haya espacio para la digresión y se pueden abrir nuevos caminos que no se habían considerado originalmente, buscando significados, explorando matices y detectando las áreas grises que inicialmente se podrían pasar por alto (Angrosino, 2012).

Los criterios anteriormente mencionados han influido en el progreso de reclutamiento de participantes al considerar que el ordenamiento de esta selección se realiza en función de la importancia que otorguemos a la historia de los acontecimientos (Amezcúa y Gálvez, 2002).

En la elección de las primeras informantes, se añadió la buena disposición de enfermeras que participaron en la construcción del modelo en ofrecer sus relatos. La riqueza de estos se convirtió en exigencia para la selección de los siguientes que, además del cumplimiento de los criterios, intencionalmente buscábamos en ellos la misma disposición que las enfermeras ya en ese momento apeladas tal y como una de ellas se definió, “románticas”.

El acercamiento a cada enfermera que deseaba participase como informante fue a través del teléfono que proporciona el mapa de las zonas de salud (Servicio Cántabro de Salud, 2014). Sólo una de todas las propuestas rechazó ser entrevistada excusándose por motivos personales. Esta primera fase se completó con 12 entrevistas a informantes que cumplían con los criterios establecidos y duró seis meses.

La primera entrevista se realizó en el mes de agosto de 2012 y la última en el mes de febrero de 2013. Las entrevistas se formalizaron en el lugar elegido por cada participante, y los escenarios fueron la propia consulta del profesional, el despacho o un apartado de cafetería. La información obtenida en cada una de ellas fue dibujando las categorías más significativas que facilitaban el acceso a la segunda fase del estudio, la observación participante.

Los datos socioprofesionales de cada informante reflejan las características estructurales y de muestreo teórico. Agrupa a todos los informantes entrevistados antes, durante y después de la observación (Véase la figura 7.)

Figura 7. Características socioprofesionales de cada informante

Código estructural	Código de entrevista	Descripción
MmPaF	E01 A11	mujer, zona de salud mixta, procedencia Atención Primaria, experiencia de inicio, condición laboral fija
MuPaF	E02	mujer, zona de salud urbana, procedencia Atención Primaria, 22 años de experiencia, condición laboral fija
MmPaF	E03 E31	mujer, zona de salud mixta, procedencia Atención Primaria, experiencia de inicio, condición laboral fija
MuPaF	E04	mujer, zona de salud urbana, procedencia Atención Primaria, experiencia de inicio, condición laboral fija
MmVcF	E05	mujer, zona de salud mixta, procedencia variada, 6 años de experiencia, condición laboral fija
MrAdI	E06	mujer, zona de salud rural, procedencia Atención Primaria, 12 años de experiencia, condición laboral interina
HmVdE	E07	hombre, zona de salud mixta, procedencia variada, 10 años de experiencia, condición laboral eventual
MrAaF	E08	mujer, zona de salud rural, procedencia antiguo modelo, 12 años de experiencia, condición laboral fija
HrVbF*	E09	hombre, zona de salud rural, procedencia variada, 7 años de experiencia, condición laboral fijo, en la actualidad trabaja en hospital
MrHdF	E10	mujer, zona de salud rural, procedencia hospitalaria, menos de 5 años de experiencia, condición laboral fija
HmVbF	E11	hombre, zona de salud mixta, procedencia 061, 12 años de experiencia, condición laboral fija
MmHbF	E12	mujer, zona de salud mixta, procedencia hospitalaria, 17 años de experiencia, condición laboral fija
MmHbF	A01	mujer, zona de salud mixta, procedencia hospitalaria, 13 años de experiencia, condición laboral fija
MmHbF	A02	mujer, zona de salud mixta, procedencia hospitalaria, 19 años de experiencia, condición laboral fija
MmHbF	A03	mujer, zona de salud mixta, procedencia hospitalaria, 16 años de experiencia, condición laboral fija

LEYENDA	
M: mujer	A: procedencia de ambulatorio
H: hombre	a: experiencia en AP de inicio
U: zona de salud urbana	b: experiencia en AP entre 22 y 26 años
m: zona de salud mixta	c: experiencia en AP entre 13 y 10 años
r: zona de salud rural	d: experiencia en AP ≤ 7 años
P: procedencia de Atención Primaria	F: condición laboral fija
V: procedencia variada	I: condición laboral interina
H: procedencia de hospital	E: condición laboral eventual

Figura 7. Cuadro que describe las características de cada informante que integra los niveles de representatividad estructural, y los criterios mayores y menores contemplados en la selección de la muestra y el muestreo teórico.

3.8.1. GUIÓN DE LAS ENTREVISTAS

El guión de la primera entrevista pretendía obtener información relevante que orientase las preguntas de las posteriores. No obstante, constaba de una batería de preguntas amplia, organizada en bloques temáticos acordes con las categorías de análisis. La riqueza del relato y su extensión, facilitó poder perfilar el guión de las siguientes comprobando que más que una lista de preguntas, cada nueva entrevista se convertía en un diálogo que progresivamente nos llevaba a profundizar en los aspectos que íbamos identificando (ver Apéndices A y B).

Las conversaciones se grabaron en audio y posteriormente fueron volcadas en archivos para su transcripción. El tiempo medio de duración de las entrevistas fue de una hora y cuarenta minutos y los datos obtenidos se transcribieron en su totalidad.

3.9. OBSERVACIÓN

Elegir el entorno donde observar a las enfermeras en su ambiente de trabajo, inició la segunda fase. El periodo escogido estuvo condicionado por limitaciones laborales propias. Comenzó en el mes de julio de 2013 y finalizó en octubre del mismo año.

Tras un primer análisis de las entrevistas, de los cinco elementos que componen los objetivos específicos, preferentemente tres eran susceptibles de poder observar en este periodo: el trabajo en equipo, lo que las enfermeras hacen, es decir, el producto, y el liderazgo profesional. Los dos restantes, la etnohistoria, debería completarse con la historia oral, y la influencia de las políticas de personal había quedado patente en las entrevistas, de manera tal que sólo encontrar un patrón diferente en este periodo de observación, podía introducir nuevos datos de análisis.

En la elección del centro de salud en el que debería integrarme como una enfermera más, valoré los siguientes requisitos:

1. Que fuese un centro de salud ubicado a una distancia razonable para los desplazamientos.
2. Que al menos una enfermera del equipo hubiese participado en las entrevistas previas.
3. Que en ésta se hubiese dejado entrever la existencia del trabajo en equipo.
4. Que el equipo de enfermería y el de los demás profesionales aceptasen el estudio y la observación, así como poder integrarme en sus actividades formales e informales, y

5. Que contase no sólo con la aprobación de la gerencia de Atención Primaria sino también con su opinión de lo adecuado de la elección.

El centro de salud Astillero está ubicado en el municipio del mismo nombre, El Astillero, se encuentra a una distancia de siete kilómetros y medio de Santander, y abarca la atención sanitaria de una zona de salud de una extensión geográfica de siete kilómetros cuadrados. Posee unas características sociodemográficas mixtas, por un lado un núcleo poblacional urbano que ha evolucionado en los últimos veinte años de un perfil industrial a uno de población joven, al ser municipio cercano a la capital de la comunidad autónoma, por otro, un entorno rural con una población dispersa en torno a la superficie descrita.

Según la información del Servicio Cántabro de Salud (2014), son 30 los profesionales que desarrollan su trabajo en este centro de salud, a excepción del personal de apoyo puntual y del servicio de urgencias que no coincide organizativamente con el equipo asistencial habitual.

En ese momento, tal y como establecen las reglas de secuencia según Velasco y Díaz de Rada (2003), las categorías a observar se habían identificado a lo largo de las entrevistas, había que apreciar entonces la relevancia de ellas en el proceso cultural que se iba a estudiar.

El equipo de enfermería, objeto de observación, está formado por 12 profesionales, diez mujeres y dos hombres, que desarrollan su jornada laboral entre las ocho de la mañana y las tres de la tarde, de lunes a viernes. Su agenda comienza con actividades organizadas como son las extracciones sanguíneas, o reuniones organizativas de no más de una hora de duración, a partir de la cual cada profesional realiza las actividades de atención sanitaria a demanda o programada, tanto en consultas individuales como en los domicilios. Las actividades comunes se organizan en torno a tomar café a media mañana en una sala adecuada, o de nuevo reuniones organizativas puntuales como final de la jornada.

La actividad realizada en este periodo de tiempo consistía en acompañar a una enfermera en todas sus las actividades. Para ella era un trabajo adicional informar a sus pacientes de quien era su acompañante, algo que resolvía diciendo “es una compañera que está haciendo un trabajo y estará conmigo unos días”. Las características del trabajo, tanto en la consulta como en los domicilios, debido a la interacción con los pacientes, y la intensidad, eran tales, que pocas veces me permitía tomar notas hasta finalizar la jornada laboral, momento en que conversaba con la enfermera. Tampoco mi presencia en reuniones y en encuentros informales parecía el momento idóneo para ello.

La percepción de cómo me aceptaron y acogieron el equipo de enfermeras es muy positiva. Tanto por la naturalidad con que vivían mi presencia como por la actitud auténtica que mantenían, hasta el punto de ofrecerse para ser entrevistadas o aceptar mi propuesta para ello, lo que se plasmó en tres entrevistas más (ver Apéndice C), que fueron realizadas una en los últimos días de mi estancia y dos, una vez finalizada ésta.

El periodo de recogida de datos finalizó con la reconstrucción de los acontecimientos que conforman la historia de la enfermería de Atención Primaria en Cantabria, a través de una nueva entrevista a una de las primeras informantes con el objetivo de obtener su historia oral (ver Apéndice D). La oportunidad de contar con el relato completo detallado de la enfermera que participó en la gestación del modelo, constituía un gran valor para el estudio, ilustraba el argumento y la información obtenida contribuía a fusionar todos los relatos anteriores, constituyéndose en el final de este recorrido.

3.10. SATURACIÓN

El punto de saturación es parte del proceso que supone por un lado, la heterogeneidad de los casos que dan cuenta de los diferentes niveles de muestra representativos de la estructura de estudio y por otro, la construcción paso a paso del objeto de investigación (Mejía, 2000). La secuencia de nuestro trabajo de campo ya descrita ha pretendido conocer y comprender la cultura organizativa en estudio. Así al evidenciar el análisis de la información obtenida en las entrevistas, los patrones de significado comunes y quedar acreditado que estaban cubiertas las pautas estructurales de la muestra objeto, concluimos la primera fase al entender que proporcionaba información relevante y válida para iniciar la siguiente, la observación participante. Esta, nos proporcionó el contraste con la realidad, la objetividad de la información que imaginativamente se nos comunicaba en las entrevistas (Velasco y Díaz de Rada, 2003), y el fruto del diálogo y la interacción. Hasta que llegó el momento de transitar a la descripción y la interpretación de la información acumulada.

3.11. ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis etnográfico consiste en buscar patrones en los datos (Angrosino, 2012), (Boyle, 2005), (Velasco y Díaz de Rada, 2003), (Wolcott, 2003). Es un proceso con dos tiempos bien diferenciados (Angrosino, 2012):

1. El análisis descriptivo que identifica temas o patrones que emergen de los datos clasificándoles en categorías.
2. El análisis teórico que averigua como explicar esos patrones percibidos para posteriormente relacionar los hallazgos con las interpretaciones de otros reflejadas en las publicaciones, bien por confirmarlas o por ser contrarias a estas.

El ejercicio de control de validez constante, Angrosino (2012), se ha realizado a lo largo del proceso al entender que la información que se obtenía de las entrevistas y la observación, es el resultado de una interacción entre los dos tipos de discurso presentes, el *emic* de los informantes basado en “la racionalidad de su sistema particular” y el *etic* de la investigadora que “basa su racionalidad desde un sistema universal” (Velasco y Díaz de Rada, 2003, p.35).

Con el objetivo de transcribir literalmente las conversaciones mantenidas en las entrevistas, éstas fueron analizadas en su totalidad de manera detallada una y otra vez, intercalando el texto literal con la grabación de cada una de ellas.

En el período de observación se utilizaron simultáneamente cuadernos de notas y grabadora, instrumentos que permitían recoger la información fruto de la investigación, la formulación de preguntas y los acontecimientos observados. En una fase posterior, esta información se transformaba en un diario de campo.

3.11.1. PROCESO DE CODIFICACIÓN

Para el análisis y codificación de los datos nos hemos guiado por las recomendaciones y reflexiones de Angrosino (2012) y Coffey y Atkinson (2005), que destacan las ventajas del uso de programas informáticos específicos, valorando su eficiencia en las fases de transcribir y redactar textos, escribir memorandos o preparar los archivos para la codificación y el análisis, y los inconvenientes al reconocer sus límites en el proceso de reflexión al tener influencia en nuestro pensamiento lo que hacemos con las manos (De la Cuesta, 2010). Por lo cual, en el proceso analítico se ha combinado el manejo del software, QSR NVivo 10, con el análisis manual de los datos.

El procedimiento ha consistido en almacenar las transcripciones de las entrevistas de manera organizada para poder analizar de forma segmentada cada una de ellas, codificando en forma de nodos la información obtenida. La primera codificación que se realizó fue estructurada en torno a las categorías establecidas. De esta forma se obtuvo el primer informe de codificación, extenso y plano, que integraba una amplia lista de códigos formulados según su significado y códigos “en vivo”, datos multirreferenciales todos que pretenden ofrecer diversos matices al remitir a una multiplicidad de aspectos de la realidad en estudio y reflejar la intertextualidad de la información obtenida (Velasco y Díaz de Rada, 2003). Podemos ilustrar con un ejemplo la riqueza de los códigos “en vivo” de la categoría etnohistoria (Véase la figura 8.)

Figura 8. Ejemplo de códigos “en vivo” de la categoría etnohistoria

The screenshot shows the NVivo software interface. The left sidebar has a tree view with 'Nodos' selected. The main window displays a list of nodes under the 'Etnohistoria' category. The list includes columns for 'Nombre', 'Recurso', 'Referen', 'Creado', and 'Modificado'. Below the list, there are thumbnails for 'Trabajo en equipo' and 'Etnohistoria'. At the bottom, there are sections for 'Referencia 7' and 'Referencia 8' with their respective coverage percentages and text excerpts.

Figura 8. Captura de pantalla que ilustra un ejemplo de codificación “en vivo” de la categoría etnohistoria.

Con el objetivo de estructurar el pensamiento analítico y conjugar ideas con perspectivas de análisis, organizamos esta combinación de información a través de la herramienta que permite clasificarla en forma de “memos” y distinguir entre la información inicial, los puntos clave de cada entrevista, las explicaciones que justifican cada código o los resultados que permiten avanzar la investigación (Véase la figura 9.)

Figura 9. Ejemplo de memos de proyecto de investigación

The screenshot shows the NVivo software interface. The left sidebar has a tree view with 'Memos' selected. The main window displays a list of memos under the 'Memos de proyecto' category. The list includes columns for 'Nombre', 'Nodos', 'Referencias', 'Creado el', 'Creado por', 'Modificado el', and 'Modificado por'. The list includes various memos such as 'Etnohistoria', 'Liderazgo de la organización', 'Trabajo en equipo (2)', 'Racionalismo planificador', 'Contrato programa', 'Centro de salud', 'Burocracia profesional', 'LONGITUDINALIDAD', 'INTEGRALIDAD', 'Experiencia', 'Características estructurales', 'COMPLEJIDAD', 'Accesibilidad', 'Coordinación', 'Perspectiva emic etic', 'Retórica del Modelo de Atención Primaria', 'Organizaciones Profesionales', 'Competencia profesional', 'Calidad organizacional', 'Incentivos internos', 'Horizontalización Descentralización', 'Trabajo en equipo', 'Conclusiones de culturas organizacionales', 'Evolución de las políticas sanitarias', 'Políticas de recursos humanos', 'Sistema Sanitario', 'El marco actual', 'EJES DE ANÁLISIS', 'Valores', 'Definición de cultura', 'Contrato Psicológico vs Contrato Social', and 'CLAVES DE LA INVESTIGACIÓN'.

Figura 9. Captura de pantalla que ejemplifica una lista de memos del proyecto de investigación.

El software QSR NVivo 10 ha permitido explorar datos mediante gráficos y otras técnicas de visualización que han facilitado la búsqueda de patrones en el comportamiento de los datos (Véase la figura 10.)

Figura 10. Ejemplo de gráfico de codificación de la categoría trabajo en equipo

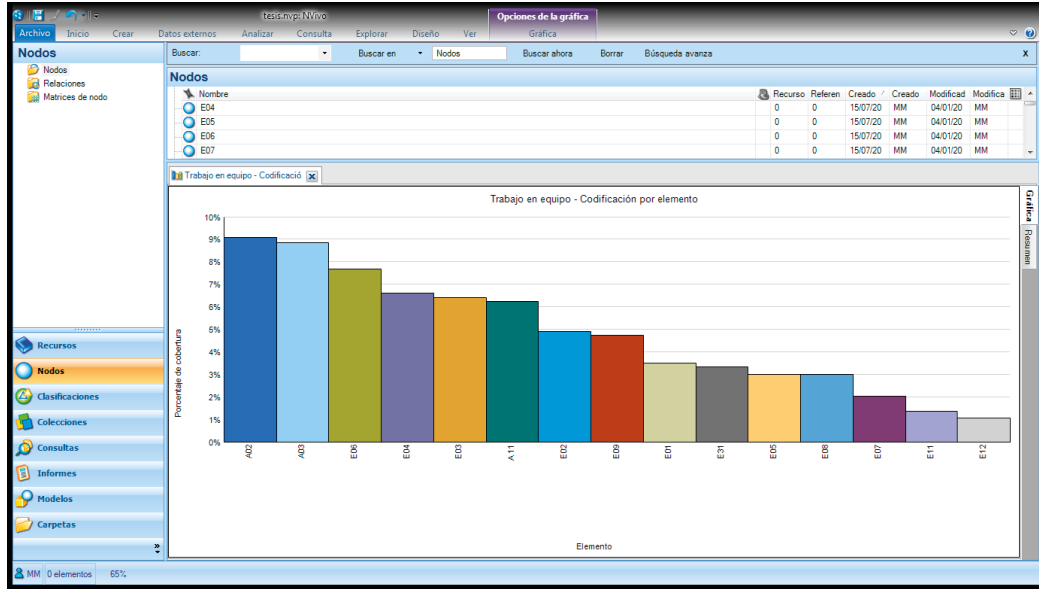


Figura 10. Captura de pantalla que muestra un ejemplo de gráfico que relaciona la codificación de la categoría trabajo en equipo con cada informante.

La reducción y segmentación progresiva de datos, a la par que se dibujaba el árbol de las categorías principales, permitió identificar los patrones significativos y establecer el escenario necesario para interpretar la información descriptiva (Véase la figura 11.)

Figura 11. Ejemplo de codificación específica

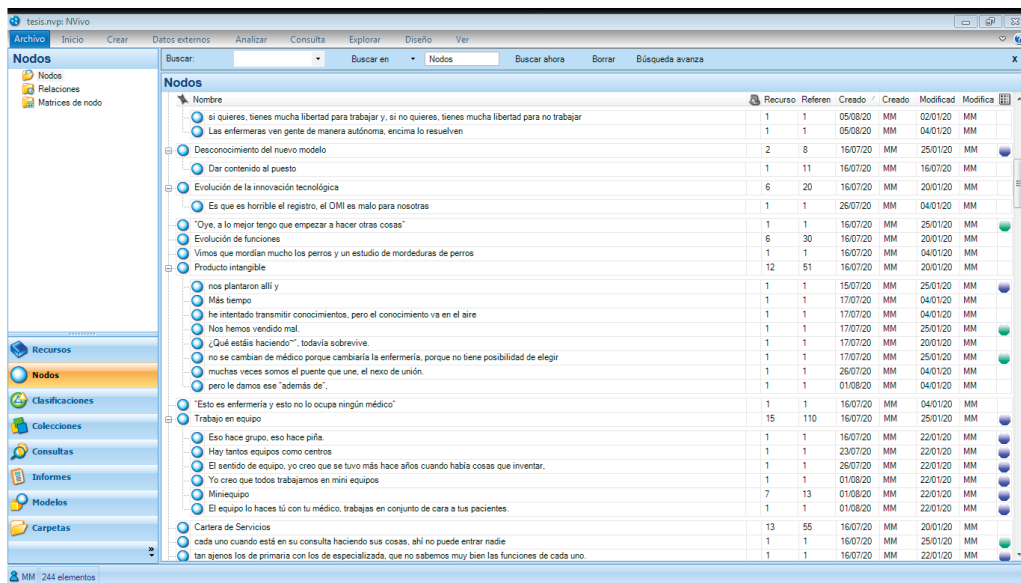


Figura 11. Captura de pantalla que muestra un ejemplo de codificación detallada.

Una vez finalizado el proceso, el resultado final se plasmó en un último informe que contiene la clasificación de cada nodo relacionándola con cada referencia y, a su vez, vinculándola con el contenido de cada entrevista (Véase figura 12.)

Figura 12. Resumen final de codificación

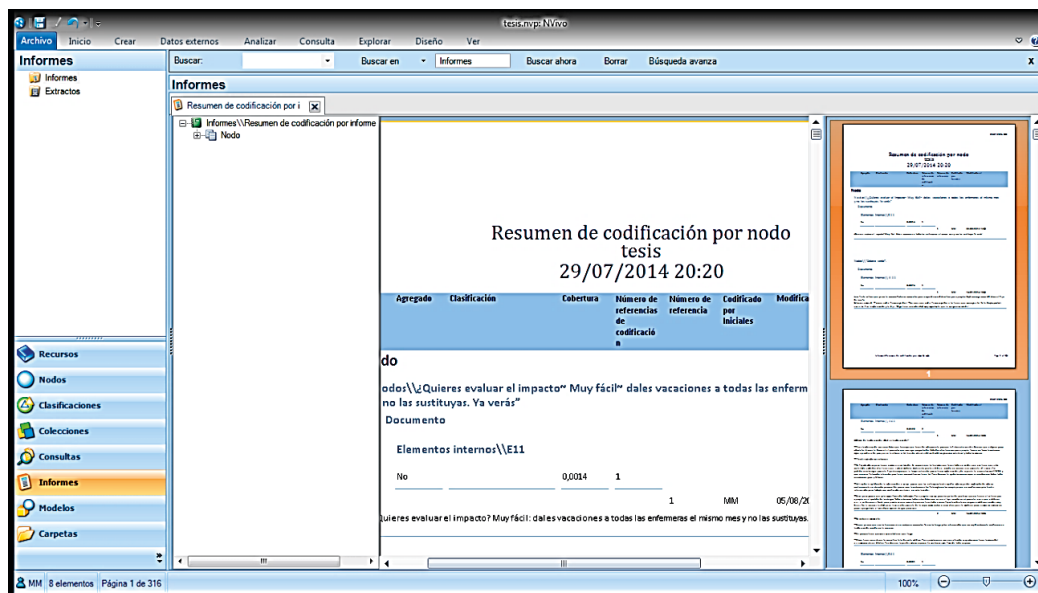


Figura 12. Captura de pantalla que muestra el último informe de codificación.

3.11.2. NARRACIÓN DEL PROCESO DE CODIFICACIÓN

El propósito de la codificación ha consistido en recuperar los datos mediante un proceso de descomposición y segmentación de la información con la finalidad de organizar y seleccionar nuestras impresiones. Una forma de empezar a agrupar ideas e información repetida, de abajo a arriba, en torno a las categorías. Esta primera parte del proceso recoge una lista de códigos etiquetados y códigos “en vivo” que reflejan los términos y el lenguaje empleados por los entrevistados (ver Apéndice E).

Para explorar los diferentes niveles de complejidad de la información obtenida, se vinculan los códigos con las reflexiones recogidas a través de los diferentes memos analíticos, de entrevistas o propiamente de resultados, derivando de forma simultánea patrones de significados comunes. Tomando como ejemplo ilustrativo la categoría de “producto”, esta se asocia a un grupo de códigos que permiten descubrir su singularidad. Así, la “polivalencia” expresa el abanico de actividades difícilmente delimitables que realiza la enfermera. Este código se ramifica en otros como son “comunicación entre niveles” o “polivalencia del puesto”. A él también se asocian códigos “en vivo” como *“les damos ese además de”*, que proviene de las palabras de una en-

trevistada. El “producto intangible” permite referirnos a la dificultad de delimitar lo que las enfermeras hacen, el que a su vez engancha con los códigos “en vivo” *“he intentado transmitir conocimientos, pero el conocimiento va en el aire”* o *“tienes más tiempo”*.

Este proceso ha sido meticuloso y refleja las lecturas y relecturas de los datos en los que se pretende que interactúen los detalles de las entrevistas y nuestros objetivos de investigación que buscaban patrones de significado, paradojas y también contrastes. Sirva como ejemplo un extracto del informe final de codificación como paso previo a la descripción de los resultados (Véase figura 13.)

Figura 13. Proceso de codificación

Nodos\\POLIVALENCIA\\comunicación entre niveles

Documento

Elementos internos\\A03

No	0,0351	3			
			1	MM	16/12/2013 18:47
Una traqueotomía, luego un codroma.					
—Cuando son derivaciones con continuidad asistencial del hospital, ¿a veces no os sentís solas? Porque a veces necesitaríais quizás más apoyo.					
—Pero está el [...]. Yo tengo muy buena comunicación con ellos.					
—Con los de cuidados paliativos.					
			2	MM	16/12/2013 18:48
—En cambio, cuando un paciente pasa a nosotros, lo llevamos nosotros y, si necesitamos soporte, les llamamos. Es verdad que se te escapan muchas cosas porque no estás acostumbrado. Yo he tenido a una persona con [...] en casa con respirador. He tenido que manejar, he ido al hospital a manejar el respirador. El neumólogo ha venido al domicilio, le ha explicado a la madre. Bueno, es un caso súper complejo.					
			3	MM	16/12/2013 18:51
¿Entonces nos limitamos a úlceras vasculares, a una herida traumática aguda, continuación de curas quirúrgicas? Poca cosa, que además vamos también... No ha habido una buena comunicación entre hospital y primaria y muchas veces he tenido que llamar para decir: “Mira, tengo una nefrostomía que no he visto en mi vida y la habéis mandado a primaria. No sé cómo se cura esta nefrostomía. Me estáis mandando a hacer lavados con una jeringa de alimentación y no entiendo cómo puedo hacer un lavado. ¿No se utiliza la válvula?” La gente es muy maja pero tienes que ser tú quien llame a la planta para hablar con la supervisora, hablar con la enfermera que la lleva para poder garantizar que los cuidados se continúen con calidad.					

Nodos\\POLIVALENCIA\\polivalencia del puesto

Documento

Elementos internos\\A03

No	0,0184	3			
			1	MM	16/12/2013 18:48
—Es que puntualmente te pones en situaciones que son muy especializadas y estás ahí.					
			2	MM	16/12/2013 18:48
Nodos\\Producto intangible					
—Depende quién, pero yo sí por ejemplo. Cuando vinieron las PEG. A ver, los recambios de las PEG suponen... Los pacientes que las tienen son pacientes muy delicadas en una situación muy delicada. [...] para hacer un cambio de PEG y decidimos que lo cambiábamos nosotros, que ya se					
			3	MM	16/12/2013 18:49

Nodos\\Producto intangible\\he intentado transmitir conocimientos, pero el conocimiento va en el aire

Documento

Elementos internos\\E02

No

he intentado transmitir conocimientos, pero el conocimiento va en el aire

—Personal, totalmente personal. Es que cada uno hace lo que quiere hacer. Quiero decir, cada uno se implica dependiendo de su responsabilidad, dependiendo de su compromiso, dependiendo de lo que entienda. Yo cada vez quiero abrir más campo para hacer y hacerlo mejor.
Hay personas que quieren restringir pero, si quieres ampliar...

Nodos\\Producto intangible\\pero le damos ese “además de”,

Documento

Elementos internos\\E06

No

0,0009

1

1

MM

01/08/2013 10:39

pero le damos ese “además de”,

Figura 13. Extracto del Informe final de codificación que ilustra con un ejemplo el proceso de codificación.

3.11.3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y DEL DISCURSO

La transformación del proceso investigador en un todo sumando la información parcial obtenida mediante la codificación, el análisis de los relatos como un modo de entender la comprensión colectiva de la lógica de una organización, y la reconstrucción del producto obtenido mediante la observación participante, tiene como propósito ofrecer la interpretación realizada de la cultura organizacional de la enfermería de Atención Primaria mediante la búsqueda de patrones de significado comunes.

Completada la codificación, de manera contextual, los códigos con un significado similar se agruparon en torno a cada categoría temática estableciendo los vínculos y relaciones entre ellos. Explorar de forma tanto inductiva como deductiva los categorías, se constituyó en un método útil para reducir, desplegar y verificar los datos. De esta manera, al interpretar la gran riqueza

metafórica con la que nos obsequiaron las informantes, fueron apareciendo los patrones de pensamiento que evidenciaban los significados comunes entre los discursos, que establecían una relación esencial entre los datos y las categorías, y que permitían identificar una cultura compartida. Este análisis descriptivo cerró la actividad reflexiva que ha influido en la organización y redacción de los resultados que a continuación se presentan, y que nos ha permitido extraer las conclusiones.

3.14. CRITERIOS DE VEROSIMILITUD DEL PROCESO INVESTIGADOR

La intención de otorgar coherencia y verosimilitud ha estado presente a lo largo del estudio. Con el objetivo de mostrar adecuadamente el proceso investigador, se ha tenido en consideración los criterios para la presentación de investigaciones cualitativas en salud, Tong, Sainsbury y Craig (2007) y el informe para la transparencia de síntesis de investigación cualitativa, Tong, Flemming, McInnes, Oliver y Craig (2012). Ambos informes pretenden guiar y mejorar la calidad de los estudios de investigación cualitativa.

También se han considerado las indicaciones de Knafl (2005), que establece los criterios de integridad académica en investigación cualitativa. En este sentido, hemos tratado de reproducir íntegramente el proceso que ha conducido a la obtención de resultados y conclusiones de forma transparente con el objetivo de que estos puedan ser reproducidos y verificados, describiendo el tiempo y lugar en que se ha realizado.

El tipo de etnografía realizada exige un comportamiento ético adecuado respecto a la población en estudio. Se informó de la intencionalidad y se solicitó el permiso para realizar la observación participante al Servicio Cántabro de Salud (ver Apéndice F). La responsabilidad con los informantes se ha plasmado en su consentimiento previa información a cada uno del significado de su participación (ver Apéndice G).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. ESTRUCTURA DE LOS RESULTADOS

La exposición de los resultados se presenta articulando las categorías investigadas en torno a un eje histórico temporal que reconstruye la etnohistoria de la organización, enlaza el inicio del modelo con el presente de la enfermería de Atención Primaria, y se orienta a indagar qué hechos y circunstancias del ciclo vital organizativo han influido significativamente en el presente. El propósito es rastrear los cambios culturales experimentados en la enfermería como consecuencia de la implantación de un nuevo modelo organizativo de atención sanitaria. Como eje central, recorre a través de varias direcciones los aspectos esenciales que permiten aflorar la complejidad del ejercicio profesional. Desde esta perspectiva, reconstruye a través de los relatos de profesionales que lideraron el origen, los acontecimientos y decisiones que contribuyeron a construir una nueva identidad cultural.

A partir de esta descripción, una primera dirección del eje explora la política de personal en el sistema de reclutamiento de profesionales y su influencia en las expectativas creadas.

Esta influencia enlaza con la segunda dirección, la construcción de los equipos de salud como elemento estructural del centro de salud. Qué implicaciones y dificultades conlleva y cuál ha sido su evolución, son los fenómenos a indagar.

La tercera dirección muestra el valor del producto enfermero, su relevancia y potenciales consecuencias para la población asistida.

Por último, una cuarta dirección del eje analiza el liderazgo como parte esencial del proceso de formación de una cultura de la organización. Persigue desgranar las fuerzas que operan en su construcción, cómo se han promovido, gestionado y transmitido entre los profesionales, y describir la percepción que tienen los entrevistados de los estilos y las prácticas directivas de la organización.

La perspectiva de la complejidad que impregna las características de la asistencia sanitaria y su influencia en la cultura generada se presenta en forma de sinécdoque, un relato que pretende sintetizar y poder descifrar con la descripción detallada de una jornada laboral que la esencia de su rol está la profundidad de la interacción.

4.2. ETNOHISTORIA DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERÍA

La etnohistoria como elemento básico de la cultura de la organización profesional objeto de investigación ha permitido conocer la identidad cultural generada tanto de forma diacrónica, el pasado y su evolución, como sincrónica, el momento actual. Según Boyle (2005), “pretende

describir la realidad cultural del presente como resultado histórico de los acontecimientos del pasado” (p. 227). Al igual que Schein (1988) describe el ciclo en el que se desarrolla la cultura de un grupo dentro de una organización a través de sus estadios y las características de cada uno de ellos, las enfermeras que desempeñan su profesión desde el inicio, reconstruyen la historia del modelo organizacional paralelo al profesional, e incluso predicen lo que pueda ocurrir en un futuro a tenor de lo vivido. Haber participado en todo el proceso les otorga seguridad y credibilidad en sus convicciones.

4.2.1. COMO SE GESTÓ LA PUESTA EN MARCHA DEL MODELO

Con la reconstrucción de la experiencia vivida a través de la historia oral de la enfermera que lideró la puesta en marcha de la Atención Primaria en Cantabria, se describen las vicisitudes, los retos y los acontecimientos del pasado. La primera expresión de su relato, treinta años después de aquél comienzo, ilustra simbólicamente no sólo la historia de su peripecia como protagonista, sino el origen de una nueva etapa que permitía la creatividad, el desarrollo de la autonomía, de una nueva identidad profesional.

E31:

Yo arranqué de cero.

Yo he sido militante activa de la creación del nuevo modelo de Atención Primaria. He sido muy activa, muy convencida y, vamos, que me lo creí absolutamente.

El relato de una época de cambio tan estimulante que en pocos años cambió el curso de la asistencia sanitaria. Había que construir algo nuevo. Había que buscar profesionales que aportasen ideas y se implicasen en la formidable tarea de transformar el sistema sanitario.

Con un bagaje hospitalario en su historia profesional, recae en el ambulatorio que poco tiempo después iba a acoger a los primeros médicos residentes de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Necesitaban una enfermera que pudiera hacer algo más que recetas, curas o inyectables, funciones habituales de una enfermera de ambulatorio y de los practicantes. Hacer una limpieza de oídos o un electrocardiograma era una novedad y una mejora para los pacientes que evitaban un desplazamiento al hospital. Describe la situación de la enfermería de ambulatorio, reflejo del relego al que durante años se había sometido a la asistencia sanitaria de este nivel, y evidencia que el nuevo modelo de atención estaba planificado para los nuevos médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria, para la enfermería no había ningún plan ni función previstas. Sólo la necesidad inicial de disponer de enfermeras con experiencia hospitalaria para ampliar el abanico de procedimientos a realizar. El desconocimiento de que ella podía ofrecer más allá de algo rutinario e intuir que había “*otras cosas*”, le hizo retomar la limitada formación en salud pública obtenida.

E31:

Yo cogía las recetas, un taco de recetas, veintitantas, treinta, y recetas no, de cartillas sin pacientes. Lo pasaba con un médico y empezábamos a escribir.

Sí empecé a notar un cambio y a conocer otras cosas cuando se habló de los médicos de familia que iban a empezar a rotar y que ese era el motivo por el que habían pedido una enfermera que supiera hacer otras cosas, pero otras cosas en cuanto a técnica. Yo no veía ningún cambio en cuanto a papel ni a perfil de enfermería, absolutamente nada, veía que era un sitio donde había una serie de técnicas que no se hacían. Iban a llegar médicos de familia que iban a hacer otro tipo de atención, que iban a requerir otra serie de pruebas complementarias (...).

Era la primera promoción de residentes y fueron cuatro. Entonces, eso ya fue un acontecimiento. A mí me parecía normal pero parece ser que allí era todo un acontecimiento.

Mandaron un aparato de electros, luego seguimos con las limpiezas de oído. Todo técnicas de enfermería, yo no sabía que existía otra cosa. Me acuerdo de que me compré un libro — el McGraw, me parece— de técnicas de enfermería. Para ellos era... Los pacientes no se tenían que ir ya, porque los practicantes hacían las curas y los inyectables, en el consultorio o en el domicilio. No había más.

Recuerdo que recuperé el libro de salud pública del reciclaje. Entonces con ese, que le tenía, dije: “Voy a tener que empezar a leer cosas de estas porque a mí misma me suena a chino”.

Impregnada de la cultura jerárquica hospitalaria, recuerda las primeras reuniones en las que se escuchan las opiniones de todos, experimentar por primera vez la sensación de equipo, también las resistencias. En ellas se decidía qué actividades de prevención realizar, la primera campaña de vacunación antigripal, los exámenes de salud. Estos cambios, le hicieron ver un nuevo campo de trabajo. Y es en ellas en dónde surgió el germen, “*si no hacíamos una red...*”, de los equipos multidisciplinares.

E31:

Luego empezamos con reuniones. Entonces, aquí ya se empezaba a hablar de intentar hacer un equipo. Eran reuniones a las que había mucha resistencia por parte de alguna gente, claro.

En las reuniones yo me daba cuenta de que ahí estaba apareciendo algo diferente que yo desconocía que era el trato —vamos a llamarlo, entre comillas— igualitario. Veía que opinábamos todos, incluido el celador. Había médicos que, cuando llegaba el pedido, se subían a la maquetilla y colocaban el pedido igual que todos. O sea que ahí se movía otra dinámica. Yo venía del hospital, de tratarlos de usted a todos. Entonces, allí parece que la opinión de todos tenía importancia y que, si no hacíamos una red ahí bien entrelazada, allí no iba a haber cambios.

Al igual que en las historias clásicas de las empresas, identifica y destaca la existencia de la figura de un líder, Luis García Llata, un fundador con una visión determinante acerca de la nueva organización y un deseo que lo transforma en misión, rodeándose de personas a las que contagia e implica en el nuevo proyecto.

E31:

Luego los médicos de familia empezaron a hacer historias. Empezaron a intentar diseñar intervenciones de otra manera, hacer exámenes de salud, que yo decía: “¿Qué será esto?” Ese año hicimos una campaña de vacunación antigripal con objetivos que yo ni idea, objetivos.

Yo fui a algunos domicilios a vacunar: “Si esto es un mundo”, a mí me alucinó eso. Yo dije: “Aquí tienes un campo tan amplio que puedes ir por muchísimos sitios y con una labor ingente”. Ahí ya empecé a cogerle gustillo y sobre todo a las reuniones y a que había una persona que era líder, un líder que te llevaba. El entusiasmo que él tenía, es que te lo transmitía. Recuerdo ese libro sobre “La salud en peligro en el año 2000”, que me lo regaló Luis García Llata y me dijo: “Para que vayas pensando un poco en otras cosas. El hospital es la punta de la pirámide pero todo lo demás está fuera”, y ahí me lo empecé a creer. Desde luego, ahí fue...

Estuve ahí desde septiembre de 1983 como ambulatorio hasta el 1 de diciembre de 1984. Entonces, a lo largo de todo ese año se gestó la reforma de la Atención Primaria, se convocaron las primeras plazas, en Cantabria se...

Con la elección por parte de la entonces entidad gestora de la sanidad, el INSALUD, del ambulatorio de Astillero como lugar prioritario, se inicia el proceso de reforma del modelo de ambulatorio al de Atención Primaria. El 14 de diciembre de 1984, comienzan su andadura los once primeros equipos de Atención Primaria. En enero de 1985, ella se incorpora al primer equipo directivo. A partir de ese momento, da comienzo una etapa de organización y diseño de una formación intensiva *ad hoc* con el propósito de culturizar ideológica y metodológicamente en el nuevo modelo a los profesionales de los equipos.

E31:

Me incorporé a la dirección exactamente en enero del año 1985 y empezamos con todo el tema de enfermería de Atención Primaria.

Empecé a leer cosas sobre el modelo hispanoamericano y entonces el Hernán San Martín era como el gurú de la época, el pope. Entonces, bueno, ahí empecé a buscar, a leer (...) El modelo cubano, el de las cuadras, el de los barrios. Yo veía a la enfermera allá yendo por los barrios, conocía a la gente, sabía dónde se reunían y los tenía a todos allí. Era la persona de referencia y el enlace entre el barrio y el médico. Yo lo veía un poco así.

En su descripción prevalece la importancia de la figura de la enfermera comunitaria a través de la formación depositada en profesionales como Carmen de la Cuesta, considerada entonces como visionaria del modelo. Según la entrevistada, su influencia fue determinante como sinónimo de “*la enfermería generadora del cambio*”.

E31:

Recuerdo, no sé a través de quién, que sabía que en Madrid había, en la Subdirección General del INSALUD, un equipo de asesoría de enfermería. Entonces, me puse en contacto con ese equipo y planteamos el curso. Ahí estaban Carmen De La Cuesta, Angelita La Rosa y otra que no recuerdo el nombre, me parece que eran tres. Sabía que ese equipo estaba ahí porque, claro, la reforma sanitaria requería también a nivel central de alguien que liderara eso, que fuera asesorando y que fuera generando el cambio. Entonces, me puse en contacto con ellas y Carmen De La Cuesta dijo: “No, claro que vamos. Por supuesto”. Entonces vinieron, tuvieron una entrevista con Luis y conmigo y, a partir de ahí, quedó diseñado el curso, los objetivos, y el objetivo fundamental era motivar, motivar al cambio con gente que tuviera tablas. Angelita La Rosa había trabajado en primaria en su país y Carmen De La Cuesta también se había formado. Había estado mucho tiempo en Inglaterra. Entonces, claro, yo aluciné.

Eso lo recuerdo... Porque era la forma de plantear, la forma de discutir con Luis y me acuerdo que decía: “Eso es lo que tenemos que intentar hacer”, la enfermera del cambio que hemos dicho tantas veces al principio. La enfermería generadora del cambio, porque para el médico era historiar fundamentalmente.

La incorporación al equipo directivo de profesionales hasta ese momento ajenos al campo de la salud, un sociólogo, una médico geriatra y una trabajadora social, desencadena el contrapunto a las inercias que no acababan de romperse, el miedo a trabajar de forma diferente, en equipo multidisciplinar y en el alcance de la participación comunitaria. Su aportación se consideró muy enriquecedora.

Como ejemplo del significado de un nuevo concepto de trabajo, un año más tarde, el sociólogo Juan Irigoyen realiza un estudio, *Operación Espejo. Informe sobre dos centros de salud de Santander*; que describe las vivencias de los profesionales de los primeros equipos de salud (ver figura 14).

Figura 14. Extracto de la obra *Operación Espejo. Informe sobre dos centros de salud de Santander*

Cambios en el perfil profesional.

Los cambios en el perfil profesional de enfermería que supone el nuevo modelo de APS crea una incertidumbre parecida a la que opera en los médicos, pero atenuada por su ganancia de status profesional.

El nuevo rol de enfermería derivado del modelo de APS se caracteriza por un radical cambio en los requerimientos de rol, es decir, no sólo cambian los contenidos de rol, sino, además, cambian las habilidades exigidas. En el modelo clínico tradicional la enfermería actúa sobre un paciente por delegación de un médico. Ese rol tiene unos requerimientos centrado en dimensiones agrupadas en torno a los conceptos capacidad técnica/disciplina/responsabilidad/minuciosidad. Además, crea un molde profesional eminentemente práctico. Pues bien, la naturaleza de las tareas derivadas del modelo de APS determina un modo profesional novedoso. El trabajo con familias, comunidad, personas sanas, la educación para la salud, el trabajo con enfermos crónicos, significa unos nuevos requerimientos de rol agrupado en torno a las dimensiones: observación/habilidades comunicativas/capacidad técnica/conocimientos de metodología. Ya no se actúa sobre un enfermo desarrollando una tarea sobre él. Se trata de que la persona actúe por sí misma. En palabras de VIRGINIA HENDERSON: "Ayudar... en aquellas actividades de la vida cotidiana que esas personas realizan por sí mismas si tuvieran la fuerza y el conocimiento necesarios."

Figura 14. Reproducción de un extracto del *Operación Espejo. Informe sobre dos centros de salud de Santander*, que relata los cambios en el perfil profesional de enfermería. "Operación Espejo. Informe sobre dos centros de salud de Santander" por J. Irigoyen, 1986, p. 29.

La Atención Primaria estaba siendo inventada y se hacía necesario formar en gestión a quienes ocupaban en esos momentos los primeros puestos de responsables de enfermería y coordinadores médicos. En ese ambiente creativo la formación continuada y el compartir los progresos iniciales constituían los valores determinantes, vividos con una convicción entusiasta, a la manera de una nueva etapa en la profesión. Ese ímpetu del momento les llevó a componer un periódico de difusión interna, que recogía las reflexiones, las ideas de lo que se pretendía (ver figura 15).

Figura 15. Portada del periódico "Tablón de papel".

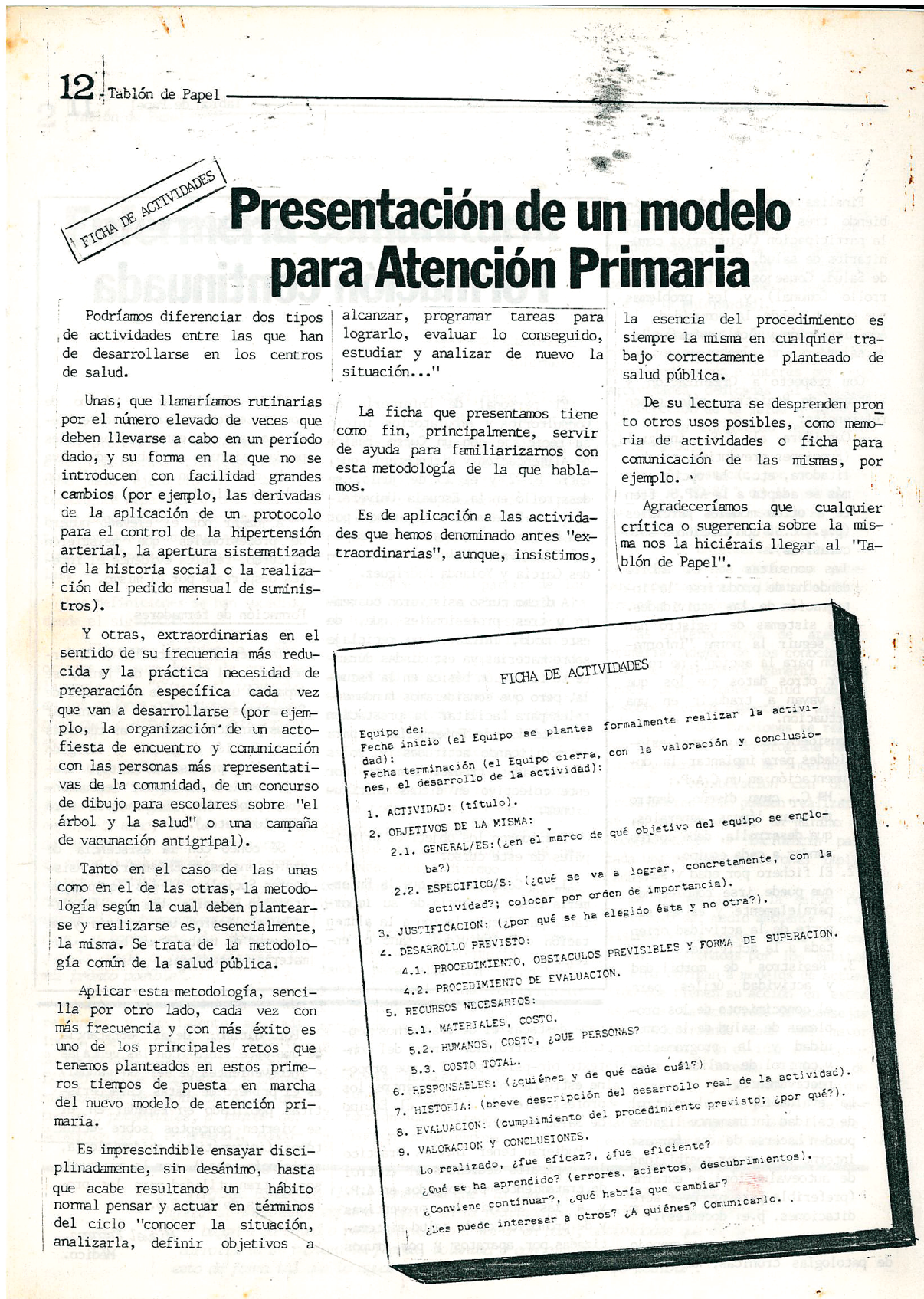


Figura 15. Reproducción de la primera edición del "Tablón de papel", periódico editado por la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Salud. Santander, 1986. Material cedido por Esperanza Castañeda.

E31:

Incluso se hizo un periódico, no sé si recuerdas. Se hizo un periódico —conservo el primer ejemplar— donde podía escribir la gente. Ahí empezábamos escribiendo algo. Yo me acuerdo que escribí algo sobre la visita domiciliaria, escribió la médica geriátrica. El sociólogo hablaba de la participación comunitaria, de las asociaciones de vecinos. Bueno, ese periódico se mandaba a los centros intentando que nos fuéramos empapando de otra idea, de que dejáramos un poco lo que conocíamos y nos hiciéramos un poco a la idea de que en la Atención Primaria, si no nos involucramos todos, pues lo más importante no se lleva adelante.

Una época única en cuanto a la intensidad y la variedad de formación de los profesionales que se extendió al campo de la gestión. Las nuevas figuras de responsabilidad institucional se correspondían con la horizontalidad de la nueva estructura organizativa y a la importancia del trabajo en equipo.

E31:

Luego se hizo el curso para coordinadores y responsables de enfermería y eso sí que me parece que es un logro porque no se separaban las reuniones, que se hacían muchísimas... Recuerdo tardes de agosto en Vargas y las reuniones eran siempre coordinadores y responsables de enfermería. Nunca se separó. Se pensó que era importantísima la figura del coordinador médico, que era coordinador del equipo y el responsable de enfermería, y se planteó el curso con Frances Moreu de gestión porque parecían dos piezas fundamentales. Al tiempo entrábamos todos los demás, además de que no sabíamos nada de gestión tampoco.

El curso era un poco para todos e intentando dar herramientas para que, a través de la gestión de los centros, se intentara trabajar en equipo, que fue algo que machacó mucho el docente en este curso: objetivos comunes, asunción de responsabilidades, reparto de tareas para conseguir esos objetivos que eran comunes. Eso se trabajaba muchísimo en todas las reuniones.

Para cotejar los progresos, periódicamente se acudía a las reuniones en Madrid donde se exponían los progresos en la implantación del nuevo modelo y se comparaban entre Comunidades Autónomas, una forma de afianzarse y enriquecerse con las experiencias simultáneas de otros profesionales de otros lugares. En esas puestas en común de los avances del modelo, los representantes de las comunidades ya discutían el concepto de equipo de salud por el que cada uno apostaba.

E31:

Yo fui como a cuatro o cinco reuniones a Madrid en las que poníamos en común cómo se iba desarrollando el cambio en las distintas comunidades. Esa fue otra etapa rica, muy interesante y recuerdo que en aquellas reuniones todo el mundo estaba... Recuerdo a los asturianos mucho. Todo el mundo estaba con el tema de las consultas de enfermería, de entrar en la consulta. Luego, del ratio de población. Aquí sí realmente tuvimos la suerte de contar con otros profesionales que no eran sanitarios y eso enriquece muchísimo el planteamiento.

Como instrumento cohesionador de los equipos, el Ministerio de Sanidad publica y difunde las Guías de Salud. En ellas se sustentan los protocolos que iban a dirigir los primeros contenidos de la consulta enfermera y el camino de lo que seguía a continuación. En 3 años se sentaron las bases para el futuro profesional. También las actividades comunitarias y de participación comunitaria, seña distintiva para el futuro de cada centro de salud.

E31:

Yo creo que los equipos se fueron consolidando, se mantenían las reuniones periódicas muy frecuentes de coordinadores. Allí se gestaron los protocolos, se hicieron grupos de trabajo para elaborar los protocolos. Sí es cierto que los protocolos fueron basados en las guías que mandó el ministerio pero, claro, cada centro tenía que adaptarlos, tenía que plantearse sus objetivos, sobre todo objetivos de cobertura porque no se medía otra cosa, fundamentalmente la cobertura.

Así se fue un poco consolidando el trabajo cotidiano pero faltaba —y costó mucho— el tema de la visita domiciliaria por ejemplo. Luego el tema de las revisiones escolares también dio bastante juego porque lo llevaba primero sanidad y eso fue algo que pasó a los centros. Ahí ya se vio otro planteamiento. Enfermería tenía un papel fundamental en la revisión escolar. Yo me acuerdo de que se hacía toda la somatometría, se revisaba la columna, se administraban las vacunas que correspondían en esa etapa e incluso yo recuerdo que en nuestro centro vacunábamos a los profesores.

Entonces, ahí ya teníamos establecido un programa que era un poco diferente, un programa de prevención, que funcionaba bastante bien. Se escribía a los padres, se les miraba la vista... se hacía una revisión... Eso fue, yo creo, lo que dio un poco la apertura afuera y luego incluso en algunos centros, al menos en el mío, se hicieron reuniones con concejales. Recuerdo aquel famoso consejo de salud del que se habló tanto a nivel teórico.

Sin tregua por contrarrestar las resistencias, “salir de la consulta”, que la población supiera que un colectivo profesional iba a abordar de forma conjunta sus necesidades de prevención, promoción y participación en salud. Así expresiones como “*entrar en la consulta*” y “*salir de la consulta*”, simbolizan los dos ámbitos en los que desempeñar las nuevas funciones.

Se discutía la importancia de “*entrar en la consulta*”, expresión que define cual iba a ser el elemento diferenciador en la nueva enfermera, atender de forma autónoma a la población en un espacio propio. Fue este el elemento de partida de en el que el ejercicio de la autonomía sería la seña de la nueva identidad profesional. También el punto en el que una vez consolidados los equipos, tres años después, en función de las incorporaciones progresivas de otros profesionales y los equilibrios, liderazgos y formas de ejercer la autonomía, cada centro de salud fuera convirtiéndose en un “*Reino de Taifas*”.

E31:

Sí es cierto que hubo muchas resistencias. Había gente muy entusiasmada pero luego había gente muy resistente a cambios. Entonces, había que salir de la consulta y entrar en otra consulta, en la propia. Eso es central: entrar en la consulta pero, claro, entrar en la consulta no quería decir que fueras a estar todo el tiempo en tu consulta. Luego tenías que salir de tu consulta y abrirte a la comunidad y salir fuera.

Yo creo que hasta 1988 se fue gestando todo. Creo que, a partir de ahí... Claro, yo ya dejé de estar en la gerencia, me incorporé a un centro de salud y entonces pierdo muchísima información de lo que fue pasando, pero yo sí que lo viví como una etapa en la que cada centro fue haciendo su Reino de Taifas.

4.2.2. PERSPECTIVA DEL INICIO Y PRIMEROS AÑOS. DE DONDE SE VENÍA Y HACIA DONDE SE QUERÍA IR

A través del relato de tres enfermeras protagonistas del momento, se construye la historia de este acontecimiento y se destacan los cambios que han contribuido a conformar la cultura del presente. Desde esta perspectiva histórico temporal se ponen de relieve fenómenos tan relevantes como la influencia de las decisiones del pasado en el presente y las vivencias del reto de construir un nuevo rol profesional.

Las enfermeras que participaron y se implicaron de forma relevante en el inicio de la Atención Primaria recuerdan los comienzos como ilusionantes, no exentos de dificultades, una etapa de descubrimiento, la semilla de las posibilidades futuras. Se dibuja la construcción de una enfermera, a veces llamada generalista, a veces comunitaria, con una necesidad formativa sólida, continua, en la que una base clínica amplia era imprescindible pero insuficiente para las exigencias del nuevo papel que en ese momento se intuía iba a requerir, porque el desconocimiento era absoluto, tal y como se desprende de los relatos.

Si cada tiempo tiene sus metáforas y pertenecen al sonido de fondo de una época, “*fuiamos desnudas totalmente*”, refleja la inexperiencia de entonces, la incertidumbre y la valentía de aquellas profesionales. La expresión “*la lucha por buscarse un hueco*”, representa el valor de los hechos que contribuyeron a sentar las bases de un nuevo profesionalismo, una cultura de “lo diferente” respecto a lo conocido hasta ese momento. Un esfuerzo para conseguir un logro: ser un referente para la población.

E01:

Fuiamos desnudas totalmente, pero con una ilusión...

Pero nosotras llegamos ahí, nos plantaron allí (...).

Realmente llegamos allí inocentes pero con muchas ganas de cosas evidentemente. Surgió un grupo, en Astillero éramos un grupo que nos llevamos bien y con el pasar de los años ha ido atrapando gente, pero ha salido siempre un grupo majo de trabajo (...)

Yo creo que en la primera época se luchó muchísimo. Por buscarse el hueco, por poner tu sector delimitado, porque los pacientes también creyeran en la enfermería, porque eso te lo has tenido que ir currando.

Se identifica la estrategia de cambio intencional, una oportunidad histórica en el ámbito de las estructuras sanitarias y un cambio de paradigma. La satisfacción de participar en un proyecto de esta envergadura otorgó el “privilegio” a estas enfermeras de “*ir descubriendo el camino poco a poco*” y ser a la vez conscientes de que todo “*estaba por inventarse*”.

E03:

Ahí hubo una estrategia de inicio de cambio y de dar otra visión con otros aspectos menos curativos, menos medicalizados y más alguna actividad de tipo preventivo, interviniendo otros profesionales con otra visión un poco más amplia.

Significó que tuve que ponerme a refrescar muchas cosas y fue, ¿cómo te diría yo? Fue un esfuerzo, pero al mismo tiempo fue gratificante el tener mi propia consulta y el hacer que mi trabajo no fuera auxiliar; aunque todavía somos auxiliares de los médicos. Pero el ir descubriendo tu camino, en qué puede consistir mi trabajo, qué es lo que yo puedo ofrecer que no ofrece el otro profesional. Todo eso lo hemos ido descubriendo poco a poco.

Lo que veíamos era que ahí había un campo que estaba todavía por inventarse y por explorarse.

Es de un valor impagable y esclarecedor para nuestro estudio en cuanto a la creación de una nueva cultura profesional, el relato que se describe a continuación: “Yo he ido descubriendo el trabajo con la comunidad...abriendo un hueco...haciendo que la enfermera fuera una referencia para la población...”

E04:

Yo he ido descubriendo el trabajo con la comunidad, el trabajo de atención a la comunidad, y me parecía a mí que, colaborando, abriendo un hueco y haciendo que el papel de la enfermera fuera un papel importante, fuera una referencia para la población, que yo creo que lo es.

Considerado como una dificultad, atenuada por la ilusión y las nuevas expectativas, las resistencias de algunos profesionales, enfermeras y practicantes de los ambulatorios reconvertidos en centros de salud, y la de algunos médicos que cuestionaban las nuevas funciones que, poco a poco, asumían las enfermeras, constituyen los aspectos a destacar de los inicios. Como si dos fuerzas tirasen hacia el lado opuesto, por un lado los médicos a retener funciones y por otro, las enfermeras antiguas a no ampliar las suyas. Había que estimular a los profesionales para que se sintieran capaces de hacerse cargo de una variedad de nuevas funciones que reflejaban el empeño de transformar la atención sanitaria.

E01:

Entonces, cuando llegamos las enfermeras que habíamos aprobado aquella oposición, había dos de las antiguas y ellas se sentaban al lado del médico a hacer recetas y para de contar...

Nosotras queríamos un poco ir haciendo. Al principio te tenías que amoldar. Seguías sentada con el médico pero ya abrías historias clínicas, preguntabas, hacías curas. Ya empezó a haber analíticas en los centros de salud, que hasta entonces no se sacaban análisis.

Pero es que tampoco había sitio físico. Lo primero, ni había sitio físico para enfermeras ni ellos, los médicos, estaban mentalizados de la función que teníamos nosotras y nosotras tampoco sabíamos muy bien a lo que íbamos. Aquello era un caos.

Nada de pedir cita con la enfermera, aquello no existía. Y luego, claro, el enfrentamiento que había con determinados médicos que no querían que a sus pacientes les viera una enfermera porque, según ellos, estábamos cogiendo funciones de médico.

E03:

Entonces, había un problema: es que había dos enfermeras de ambulatorio bastante mayores que hacían aquello, lo tradicional, el viejo modelo.

E04:

Aquí fue un poco especial porque hubo integración de algún médico de APD y de alguna enfermera de APD. Entonces, bueno, las nuevas no sabíamos muy bien lo que había que hacer. Sabíamos que queríamos trabajar, teníamos ilusión pero, arrancar con el antiguo modelo...

En este momento de “caos” es cuando se inicia el proceso de generar confianza entre el médico y la enfermera. La descripción de “*tenías que ir poco a poco ganándote al médico y luego al paciente...*” que “*ahí fuera te está esperando*”, ilustra el proceso de negociación implícita que suponía poder desarrollar un nuevo rol profesional.

E01:

Entonces tú tenías que ir poco a poco ganándote, primero al médico y luego al paciente, porque el paciente tampoco asumía que tú fueras a atender lo que a él le pasaba.

E03:

Primero era entrar en la consulta porque nunca habíamos entrado en la consulta, en la consulta propia, pero luego no te puedes quedar en la consulta porque la gente, la población que tienes asignada, no es solo la que viene a la consulta, que hay mucha gente que no viene. “¿Qué pasa con esa gente?”, decíamos. Eso está ahí fuera y te está esperando.

Costó bastante poco en el centro de salud entrar en la consulta de enfermería porque ya se daba por hecho y todo el mundo que estaba en los centros de salud ya sabía que la enfermera iba a tener su espacio, iba a tener su consulta, había que diseñar qué iba a hacer. Pero en ambulatorios costó mucho tiempo, igual cuatro años tranquilamente, que la enfermera saliera de al lado del médico y pudiera hacer otras cosas. Eso fue mucho más lento.

E04:

Yo formación técnica tenía suficiente. Quizás carecía de una base, de un marco ideológico. Nosotras no teníamos; cuando yo marché de la escuela empezábamos con los diagnósticos, con el PAE famoso aquel que ya pasó de moda. Se percibía que había un despertar en la profesión, pero yo eso no lo viví. Entonces, un poco he ido aprendiendo y descubriendo a base del trabajo.

Fue como una transformación del trabajo lenta, paulatina. Fue una transformación constante...no había una intencionalidad determinada.

La estrategia consistió en realizar formación integral intensiva a los profesionales de manera conjunta. Con ella se pretendía crear una nueva figura asistencial que se alejase del denostado papel de la enfermera, la de ambulatorio, la denominada Asistencia Pública Domiciliaria rural, un modelo que se intentaba extinguir pese a intuir ya en esos momentos que, al ser los ambulatorios y los consultorios rurales instituciones sanitarias públicas, estos irían transformándose de forma gradual, y que la influencia en actitud de los profesionales que procedían del antiguo modelo estaría condicionada por si la integración en el nuevo era voluntaria o forzosa. Los apoyos venían entonces de los profesionales que se incorporaban voluntariamente y de los médicos especia-

listas en Medicina Familiar y Comunitaria, principales impulsores de la reforma de la Atención Primaria, formados en la creencia de la eficacia del trabajo en equipos multidisciplinares.

La percepción comparativa con el paso del tiempo, es de una gran construcción-evolución si se mira en el espejo del hospital, lugar que había sido la perla del sistema en los veinte años anteriores. Se diría que el crecimiento profesional enfermero va parejo con la reforma del modelo de sistema sanitario público.

E01:

Al principio sí que hicimos muchísimos cursos de formación y luego los que estábamos en aquel momento de coordinadores hicimos cursos muy interesantes, que realmente aprendías cosas.

Ya la gerencia en aquel momento, que evidentemente sabría mejor lo que quería —que luego ha pasado lo que ha pasado, pero bueno, en aquel momento era innovador— decía: “A ver; hay que atender a los crónicos. Los tiene que atender enfermería”. Entonces las famosas reuniones, que íbamos allá donde las monjas aquellas.

A lo mejor hoy en día no, pero en aquella época evolucionó mucho más la enfermería de primaria que la del hospital pero, vamos, años luz. Tenías como más claro tu territorio. Allí seguían un poco las órdenes y aquí te estabas ganando tu propio hueco.

Entonces defendías mucho tu trabajo y tu trabajo se iba haciendo más rico porque al principio ibas... Yo me acuerdo de las primeras cosas cuando hablaba con el paciente, que tú tampoco te sentías segura cuando ellos te preguntaban y tenías que responder, porque a veces ni lo sabías. Por ejemplo allí mismo en los centros empezamos a hacer sesiones clínicas y a aportar cosas y todo eso te ayudaba luego a ir enfrentándote cada vez más a las respuestas, a la seguridad ante lo que te preguntaban. Era formación de todo.

4.2.3. BALANCE, PERCEPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN Y DE FUTURO

En un análisis global de lo que podría entenderse como el ciclo vital de la organización, los profesionales que lo han liderado desde el inicio en los diferentes centros de salud, hacen un balance de satisfacción y de logro profesional importante, “*el espacio, el hueco*”, no exenta de autocrítica, cierta inquietud ante el futuro por el momento de crisis del sistema y un peso agridulce.

E03:

Personalmente creo que hemos conseguido muchísimo aunque nosotros no nos queremos dar cuenta porque sí nos hemos hecho el espacio y el hueco. Lo que pasa es que yo veo que emergen otras profesiones que pueden irnos dando mordisquillos en nuestra tarea fundamental en la Atención Primaria.

E01:

Bueno, (satisfecha) en este modelo, es que no he conocido otro. No ha habido otro en España. Ha habido el que nos han ofrecido, que se ha ido mejorando y en otras cuestiones ha

ido empeorando también. Ha habido un poco de todo. No lo puedo comparar con otras cosas pero tampoco las conozco. Aquí hay que ser honesto.

E04:

Ya son 30 años. Ha habido etapas, ha habido muchos altibajos. Es que yo creo que no podría hacer un análisis porque todo depende mucho de las situaciones personales, de las situaciones laborales, que también hemos vivido épocas peores. Ahora por ejemplo estamos viviendo una temporada de desaliento, que ves que...

E02:

Los inicios fueron muy así y luego, bueno, en Dobra, cuando ha habido gente joven, han hecho cosas, en la época que estuvieron se volvieron a hacer cosas, pero eran las jóvenes. Entonces, las que empezaron se han ido quemando y ahí siguen, que estarán ya a punto de jubilarse muchas de ellas.

Expresan sus miedos hacia una involución en el sentido profesional, a la pérdida de territorio en favor de otras profesiones que consideran emergentes, debido a la invisibilidad profesional, algo que se percibe con la expresión “*nos hemos vendido mal*”, reflejo contradictorio con la satisfacción expresada. Miedo a la influencia del incremento de demanda asistencial de la población en detrimento de la calidad del trabajo y de las actividades que consideran marcan la diferencia, como son las actividades comunitarias. Preocupan las políticas orientadas a la contención de costes al relacionarlas con la calidad asistencial y laboral: el incremento del ratio enfermera /paciente, que dificulta no solo esa calidad de la atención sino también la oportunidad de abordar problemas de salud nuevos, las jornadas de atención continuada o la introducción de programas de atención a la población, todos elementos que afectan a la motivación enfermera, cuya esencia consiste en su capacidad adaptativa a las demandas de la población, las que han configurado su contenido profesional. Se adivina entonces que la identidad profesional se ha construido para satisfacer necesidades de atención sanitaria de la población, de abajo hacia arriba, mientras que las políticas que interfieren en esta dirección, distorsionan o dificultan el trabajo y, consecuentemente, la satisfacción laboral.

E02:

Trabajamos más personas para menos pacientes, hacemos más cosas. Cuando yo me fui a la gerencia tenía 2100 pacientes y yo me organizaba y tenía tiempo. Yo pensé que, cuando volviera de la gerencia con 1500, 1600, pues iba a trabajar menos. Qué error: en seis años todos los programas que se han introducido, para lo que han servido es para trabajar más.

A mí me siguen llamando doctora. El que me considera que algo le transmití o que tengo una importancia moral con él, me llama doctora.

Cuando volví estuve a punto de hacerme un sello para poner a la gente para que, cuando le daba la hoja para controlarse la tensión, que me apunten o tal, que vean: “[...], enfermera”. Le poníamos lo del médico. Estuve a punto de hacerlo pero luego me eché para atrás. ¿Por qué? Porque no soy innovadora.

Nos hemos vendido mal. No sé.

Expresiones como que aluden a los comienzos como “*la teníamos que coger entera*” y con el paso del tiempo el miedo a “perder el espacio”, revelan una conquista no consolidada.

E03:

Cuando empezamos éramos nosotras, la teníamos que coger entera, pero como no espabilemos y nos volvamos a meter un poco bajo la derivación médica fundamentalmente, hay espacios que nos quedamos sin ellos. Entonces, volvemos a ser otra vez la enfermera del doctor Fulano, no la enfermera de la profesión.

Y luego el ratio de profesional-población ha cambiado tanto que hace que te metas en una dinámica que casi no puedes hacer otra cosa. Entonces...

El problema es que cada vez hay menos personal de enfermería y más necesidad a la vez. Entonces, es una contradicción del sistema.

E01:

El camino que habíamos tomado nos está ahogando, yo lo digo.

E04:

Más o menos el 50% de los trabajadores desde hace muchos años, si hemos tenido épocas malas. Fueron unos años malos, aquellos años de la atención continuada famosa, que se nos aumentó mucho la jornada laboral y entonces fue un elemento que distorsionó mucho el equipo y el trabajo en equipo.

Esta vivencia de amenaza permanente y de sopesar que lo conseguido no puede llevar a la autocomplacencia profesional, conduce a reflexionar que, al igual que el cualquier líder fundador de una empresa, quienes participaron en la construcción de ésta, valoran el esfuerzo realizado para conseguir lo que consideran es “su patrimonio”, creado a imagen de una sociedad que en forma de contrato implícito, se lo demanda. Perciben un rol dinámico, cuya evolución profesional debe ser continua adaptándose a nuevas necesidades de la población.

E03:

Sí, pero luego surgen cosas. Por ejemplo ahora el tema del tabaco está ahí y se puede trabajar; el alcohol, los institutos siguen estando ahí, los colegios, la gente...

Mantienes un poco el espíritu para no perder la idea, que yo estoy convencida que es buenísima, pero que hay que adaptar a los tiempos que tenemos. Ahora estamos en una situación distinta. Es como una empresa de servicios y entonces la gente demanda una serie de cosas, se las tenemos que dar pero, dentro de eso, tenemos que intentar darles lo mejor. No les podemos dar siempre lo que piden sin valorar si eso es bueno o es malo.

Yo creo que hay que evolucionar. Tampoco podemos estar con la idea romántica del principio de que íbamos a salvar el mundo aquí. No, hay que poner los pies en el suelo, hay que dar satisfacción a las demandas y a lo que esperan de nosotros, pero es que también esperan algunas cosas de ese tipo y no podemos decir que no. Las tenemos que dar: los institutos, las asociaciones; esta gente está pidiendo... Por lo menos en mi centro lo piden.

En la creencia que el rol profesional está consolidado, la preocupación por el futuro va unida al del sistema sanitario público, como va a afectarle esta crisis, y deja entrever la importancia que se da al significado de los valores de una institución pública, con la creencia que aquella

pueda servir para corregir algunas de las desviaciones que ha propiciado el modelo, entre las que destacan la medicalización de la vida. Se aprecia la característica evolutiva y de nuevo se intuye que los nuevos tiempos traerán nuevas necesidades de salud. “*Como no seamos capaces como colectivo de darnos a valer...*”, invita a afrontar esos nuevos retos.

E03:

Y, bueno, yo creo que el espacio lo tenemos. Me gustaría conservarlo, eso sí, que le conserven los que vienen, pero yo pienso que el espacio está ahí y que la gente nos identifica como enfermeras suyas. Antes solo conocían a la del hospital.

E01:

Probablemente las nuevas generaciones si tienen las herramientas suficientes y, si les dejan el espacio suficiente, puedan hacer otra serie de cosas. Yo creo que ahora, con toda esta crisis, va a surgir otra cosa y eso está claro.

Desde luego, lo que está claro es que enfermería va a estar ahí porque el personal médico es reactivo a los cambios.

Entonces, ahora tiene que surgir otra cosa, tienen que medicalizarse menos y hacer otras cosas.

E04:

Yo estoy muy preocupada ahora con el tema de la permanencia del modelo público, muy preocupada. Me parece que es algo fundamental para que...

...Eso podríamos dejarlo más patente y no dejar que esto se caiga.

E02:

¿El futuro? No sé. Como no seamos capaces como colectivo de darnos a valer y decir que pintamos algo en la sociedad, con la época de crisis que hay —y no sabemos cuándo saldremos de esta crisis— lo vamos a tener muy negro. El médico siempre será el importante y las enfermeras, si no somos capaces —que yo soy la primera— de dar otra cosa distinta al médico y que a ellos les sirva, que no sé lo que es, no sé cómo medirlo... Son cuidados pero no sé cómo medirlos.

Que socialmente se nos acepte, que sepan que tenemos nuestra consulta y que pueden venir...

4.3. INFLUENCIA DE LAS POLÍTICAS DE PERSONAL EN LA INCORPORACIÓN DE ENFERMERAS A LA ATENCIÓN PRIMARIA

Si todo proceso de cambio organizativo supone una gestión renovada de recursos humanos al presuponer que estos serán su principal riqueza, algo que requiere una estrategia preestablecida, el análisis de la política de personal será un factor clave para entender la construcción de la nueva cultura.

En teoría, las reformas impulsan los cambios culturales profundos, y en ellas el factor humano es decisivo para afrontar los cambios con garantías de éxito, por lo que unas políticas de recursos humanos bien diseñadas y respaldadas son trascendentales para que la reforma sea efectiva.

Para contextualizar los hallazgos obtenidos, es necesario hacer referencia al esquema organizativo de partida en la construcción de la estructura de Atención Primaria, en el que se continúa con el criterio del antiguo modelo de distribuir la asistencia sanitaria a la población asignando un *cupo* a cada médico y enfermera, es decir, un número determinado de personas agrupado en una zona geográfica de salud a la que prestar la asistencia sanitaria. Un dúo profesional denominado en la literatura *unidad básica asistencial*.

Mantener este criterio suponía un cambio sustancial en cuanto que implicaba incorporar a los nuevos equipos un grupo importante de enfermeras. Esta nueva necesidad se nutre de tres procedencias muy diferentes: a través de concurso oposición, con la transformación de las plazas de funcionarios Asistentes Públicos Domiciliarios de aquellos ambulatorios reconvertidos en centros de salud, y por último, con un evidente drenaje de enfermeras hospitalarias.

El pretendido cambio organizativo en el ámbito sanitario se caracterizó entonces por la integración de diferentes tipos de profesionales. Los equipos se fueron lentamente completando con personal interino y eventual como consecuencia del largo periodo de reforma sanitaria, obligando a los profesionales de enfermería a una constante integración cultural y organizativa, característica constitutiva del mestizaje actual.

En un primer análisis de las políticas de personal desde la perspectiva de las informantes que participaron en el inicio, convencidas de la necesidad cambio y evolución constante, destaca la aparente contradicción de incorporar de forma persistente y continuada a lo largo del tiempo profesionales con amplia experiencia hospitalaria. Proceder de una cultura basada en un concepto de salud biologicista y en la primacía tecnológica, e incorporarse a otra diferente, opuesta en su esencia, sustentada en la prevención y la promoción de la salud, ha afectado al desarrollo profesional de este ámbito. La afirmación “*eso ha sido nefasto*” lleva implícita la idea de haber sido una estrategia equivocada.

E01:

Yo creo que a veces estamos tan ajenos dentro de la propia enfermería, tan ajenos los de primaria con los de especializada, que no sabemos muy bien las funciones de cada uno.

E03:

Primera cuestión, que eso ha sido nefasto. Ha ido gente que no tendría que haber aparecido nunca en un centro de salud, primero porque desconocía lo que era aquello. Al principio no había nadie que lo conociera, yo estoy haciendo algo, le estoy echando tierra, porque yo fui la primera que pasé del hospital (...).

E04:

El grupo de enfermeras que empezó al principio estaba acostumbrado a los cambios, a que había que evolucionar, había que dar un aire distinto.

Bajo mi punto de vista, según lo que a mí me ha tocado vivir, la gente que ha salido del hospital, ha salido fundamentalmente porque en el hospital estaba muy quemada en el trabajo y iba a los centros con una expectativa de que se cambiaba de trabajo, se cambiaba de horario, se quitaban los turnos, pero yo creo que también el pensamiento era que iba a ser un trabajo más cómodo.

En el contexto de los equipos de enfermería de los centros de salud, la política de asignación de nuevo personal por parte de las gerencias no ha estado dirigida a reforzar o mantener su equilibrio. Atribuyen la responsabilidad, no a los profesionales que de forma voluntaria participan legítimamente de la oportunidad que el sistema ofrece de movilidad laboral, sino a los gestores que convocan la provisión de plazas de manera interna obviando la repercusión real que esto supone para la armonía en el funcionamiento de los equipos.

Si este esquema inicial condicionó la formación de los equipos de enfermeras, la persistencia en el tiempo de traslados de personal del hospital a primaria no exime la responsabilidad del nivel de gestión tal y como manifiestan los profesionales entrevistados.

E02:

Las oposiciones están, los traslados están hechos de tal manera en nuestra profesión que fomentan que la gente salga del hospital.

E05:

Al llegar aquí ¿pues qué me encontré? mucha gente del hospital. Es que el problema que hemos tenido en Cantabria es ese, aparte de otros pero ese es básico. Yo creo que hemos dado un paso atrás, pero muy gordo, en estos últimos tres años.

E03:

Yo pienso que ha habido también estrategias de incorporación a centros nefastas, como ha sido pasar automáticamente, por antigüedad, gente directamente sin ninguna preparación previa, sin ningún conocimiento antes de ir, del hospital a primaria.

Cuando ha habido cambios de personal, se ha notado mucho y hemos tenido muchos conflictos. Y ha coincidido siempre con incorporaciones de este tipo.

El desconocimiento y las expectativas distorsionadas, quedan acuñados en una metáfora escuchada e identificada en las entrevistadas, “*las viejas glorias de Valdecilla creen que vienen al cementerio de los elefantes*”, una creencia atribuible a la cultura funcionarial, que refleja lo único a que puede aspirar una enfermera que en ausencia de carrera profesional, su exiguo reconocimiento vaya ligado a un sistema de promoción basado en falsas expectativas.

E12:

*Cuando hubo traslados a nosotros nos vino una compañera de Valdecilla y además ya bastante mayor. Lo vivíamos con miedo. Teníamos miedo de que eso, de alguna manera, fuera un freno para el resto del equipo en el sentido de que piensas: “*Vienen las viejas glorias de Valdecilla al cementerio de los elefantes*”.*

E02:

La gente del hospital se pensaba que venía a Atención Primaria a no trabajar (...).

No sabían (...).

A02:

Pero tampoco es la imagen que yo creo que se tiene de la primaria, que vienes aquí a descansar y a relajarte, que sales del hospital... Habrá de todo... pero con esa imagen tampoco estoy de acuerdo, por lo menos por mi experiencia y por lo que he vivido.

E05:

Mucha gente no sabe cuál es su trabajo, no sabe qué es la primaria, viene de otro mundo, viene del hospital.

Se puede adquirir, hay que tener ganas. Hace poco me ha dicho una enfermera que acaba de venir en comisión de servicios que la estaba intentando yo... Me dice: "A mí no me cuentas esto. A mí no me interesa saber eso ya porque yo ya estoy en otra época profesional y ya me voy a jubilar". Y yo digo: "Bien, perfecto". Ellas trabajan, pero van a lo suyo. Es un trabajo muy independiente, trabajan lo menos posible, a demanda y por ejemplo mi compañera es excepcional, es súper trabajadora, está motivada a trabajar, pero no está motivada realmente en el caso de lo que es la primaria.

E07:

Depende de lo que quieras hacer. Hay mucha gente, ahora está pasando mucha gente que lleva muchos años en el hospital y, cansados de los turnos, de guardias y eso, quieren venir a Atención Primaria.

La enfermería en Atención Primaria yo creo que se puede estropear un poco; con todo mi respeto a la gente del hospital, pero hay gente que viene del hospital con una actitud equivocada a la Atención Primaria.

En el análisis del discurso se intuye que esta creencia se justifica no sólo en el desconocimiento sino también en la intrínseca concepción de la complejidad del rol que desempeñan las enfermeras en la Atención Primaria y de su esencia, la autonomía profesional. La comparación hecha con la expresión "*En el hospital estás trabajando más o menos al costado... Pero, claro, aquí te metes en el medio del paciente...*", refleja la necesidad de una formación integral que permita una atención holística y transversal a lo largo del tiempo de los pacientes.

E03:

En el hospital estás trabajando más o menos al costado, en un ámbito especializado, con un paciente que va equis días, que tiene una reagudización, no sé qué, luego se va y se acabó.

Pero, claro, aquí te metes en el medio del paciente. Te vas a su casa y a veces no sabes cómo manejar la situación. Te pueden plantear cosas, conflictos, situaciones estresantes, que no sabes manejar.

Hay gente que se adaptó pero no se adaptan al modelo de Atención Primaria teórico que tenemos.

E01:

En el hospital estás a órdenes y aquí muchas veces pasa lo que pasa, que te preguntan, que tú tienes que resolver algo en tu consulta, que es que estás sola.

E05:

Aparte, yo tengo una compañera que es una gran trabajadora. Viene del hospital de cuarenta años y es una persona que es muy trabajadora y tiene muchas ganas de aprender, pero tiene una concepción de la enfermería totalmente diferente a la nuestra. Yo la veo diferente. Es que dice: "Fulanito me dice..." "No." "No, olvídate."

E07:

Hay gente que quiere venir porque consideran un cambio interesante a la hora de turnos o lo que sea, y hay gente que tiene la concepción de que aquí tomas cuatro tensiones y a esperar la jubilación tranquilamente.

E01:

Las últimas personas que han venido, una de ellas que venía del hospital y le ha costado bastante integrarse por otras historias... porque hay gente que va a primaria y no sabe dónde va.

Con esta creencia común, es preciso describir la visión de las profesionales que acumulaban un largo tiempo de desarrollo profesional hospitalario. Ellas valoran su incorporación a la Atención Primaria como solitaria, con pocos apoyos y de manera abrupta, con sensaciones contrapuestas, como experiencias vitales que han conducido a creencias polarizadas, que van desde la satisfacción manifiesta por el cambio profesional a la decepción por no haberse cumplido las expectativas creadas. Y son éstas la clave para comprender su satisfacción o decepción. Se expresan en discursos diferentes; de la necesidad de cambio por el desencanto profesional, "necesitaba un poco de silencio", "me quedaban pocos años para la jubilación y yo me quería ir de mi profesión con buen sabor de boca", a la búsqueda de mejores condiciones laborales en un modelo desconocido, "me apetece conocer la primaria y además me viene bien para no estar todos los meses haciendo una semana de mañana, tarde, noche".

E10:

Yo me fui a primaria porque me quedaban pocos años, entre comillas, en aquel momento cuando no había habido tanto cambio. Me quedaban pocos años para la jubilación y yo me quería ir de mi profesión con muy buen sabor de boca. Necesitaba un estímulo, necesitaba que aquello que yo había empezado con toda ilusión; que no se acabase mi vida así. Necesitaba un cambio. Estaba bastante desencantada con mi profesión ya, estaba muy cansada, las circunstancias en las que trabajaba no me parecían las más adecuadas, el trabajo que realizaba no me parecía de lo más enriquecedor.

Luego, se me estaba metiendo mucho ruido en la cabeza en el ámbito del hospital. Era demasiada gente, demasiadas cosas, demasiado barullo. Necesitaba un poco de silencio y entonces de repente no solamente me quise ir a un centro de salud, sino que me quise ir a un pueblo.

A01:

Tenía mucha curiosidad por lo de Primaria.

Entonces dije: "Bueno, me apetece conocer la primaria y además me viene bien para no estar todo los meses haciendo una semana de mañana, tarde, noche".

Si son las expectativas, y estas se sustentan en una concepción intrínseca de la profesión, las que correlacionan con la satisfacción y decepción mostrada, estas afirmaciones muestran expresivamente dos formas opuestas y extremas de percibir el nuevo rol profesional.

E10:

Realmente he encontrado un poco lo que buscaba.

Yo sabía de Atención Primaria que era educar más en la salud y para la salud que en la enfermedad. Era trabajar más con gente sana que con gente enferma y eso también me gustaba mucho.

Estoy encantada, es lo único que puedo decir. En esto me sorprende hasta yo misma hoy, que lo primero que me sale es decir: "Estoy encantada".

Pero igual no es nada a nivel de la forma de trabajo, es que es un conjunto de cosas.

A01:

Te digo que ahora no volvería a hacer enfermería habiendo vivido lo que he vivido porque es una decepción tremenda la primaria.

Lo que yo tenía en la cabeza y lo que tengo de lo que a mí me parece que tendría que ser, no. Lo primero, yo pienso eso: que debería estar estructurada una serie de programas que fueran de verdad preventivos y que también supiéramos qué es lo que... Y lo que no sea de esos programas, saber lo que tenemos que hacer y lo que es nuestro y lo que no porque...

En ambos casos ha habido un esfuerzo de adaptación a la realidad del centro de salud al que se han incorporado y a los equipos de trabajo ya establecidos, tanto en adquirir los conocimientos y las destrezas necesarias, como en adaptarse a la nueva cultura organizativa, con experiencias negativas y de rechazo por parte de algunos profesionales.

E10:

Yo por ejemplo veo a mis compañeras enfermeras de Atención Primaria y veo la independencia que tienen a la hora del trabajo y cómo llevan las cosas. Yo eso no lo he conocido ni soñándolo.

Me decía, "No te rebeles que esto es así y tenemos que pagar la novatada. ¿No ves que somos las viejas del hospital que hemos llegado?" Entonces, yo ya iba vacunada para todo esto. No sé por qué, pero yo ya sabía que los cambios te pueden hacer sufrir.

A01:

Me dio la coordinadora un tocho así que era el Programa del Niño Sano un viernes y yo tenía que empezar un lunes. Ese fin de semana yo, por más vueltas que le daba al tocho ese, más gordo que este, nada, ya no entendía nada.

Ya empecé y bien, pero te quiero decir que lo de la enfermería es lo que decía antes: vas a un sitio y de repente tienes que hacer una cosa, otra, distintas totalmente, sin tener nada que ver.

Lo viví mal, al principio mal. Al principio mal porque, claro, estás muy insegura. Yo sí que estuve algunos días con otras personas porque dije: "Quiero ver cómo llevas la consulta", y eso. Pero lo que vi tampoco... ¿Sabes? Lo que yo había pensado se deshinchó porque no era lo que yo pensaba que era la primaria. No era ni es.

Desde su situación, manifiestan el rechazo vivido y la generalización del malestar que provoca su incorporación a la Atención Primaria. Existe un fraccionamiento entre los profesionales fruto de las políticas de reclutamiento de personal.

E10:

Yo creo que molesta bastante que la gente mayor de Valdecilla esté trasladándose a centros de salud porque les quitan la plaza.

Porque yo he oído decir: “Es que la gente que estamos en los centros de salud la tenéis que dejar en los centros de salud, y la que valga para hospital, que valga para hospital”.

A01:

Si tengo que volver a vivir lo que he vivido, o me quedaría en el hospital o no volvería a ser enfermera pero irme a primaria, tal cual ha estado la primaria estos años, dices: “Sí, yo puedo hacer esto, lo otro”. No sé, yo a veces creo que somos incapaces...

Igual tampoco tenemos formación en todo lo que yo pienso porque, sí, hay un curso por aquí, un curso por allá, pero... que al final vas a tu consulta y dices: “Bueno, ¿a ver qué ponía en estos apuntes?” Pero no estructurado de base como tendría que ser la primaria, que es el sueño que yo... No está.

De los relatos de los demás informantes, “eso ha marcado”, se deduce que estas incorporaciones han condicionado la formación y reformación constante de los equipos de enfermería.

E04:

Sí que se han adaptado, pero yo creo que se han desilusionado, y eso se ha notado también. Luego también la gente del hospital ha salido mayor y eso ha marcado, hay una diferencia.

E11:

La vía de llegada? pues depende porque en ese grupo que digo yo de curritos que están dando el callo y son los que sacan también adelante todo esto, los hay mayores, los hay viejos; te quiero decir que la procedencia... Hay gente que ha venido del hospital y se ha incorporado a la Atención Primaria, pero están en ese grupo, que lo han asumido como tal.

E12:

Entonces teníamos mucho miedo en ese sentido, pero la compañera que ha venido es muy trabajadora, es colaboradora, ella lucha para ponerse al día. Venía, yo pienso, con ciertas rigideces...

E06:

Yo por ejemplo tengo una tía que estuvo trabajando muchísimos años en cuidados intensivos y, cuando salieron los traslados hace unos años, dijo: “Me estoy planteando irme a primaria”. Le digo: “Vete porque yo estoy encantada”. Y cuando llegó, llegó un poco asustada a primaria porque dijo: “Madre mía, esto no es lo que yo pensaba”, pero ahora está encantada.

Existe una creencia que relaciona la integración forzada en los equipos de los profesionales de enfermería que provenían del antiguo modelo, bien los practicantes de ambulatorio del ámbito urbano, o los conocidos como APD, acrónimo de Asistente Público Domiciliario, como otro inconveniente para la consolidación de los equipos. Sin embargo el relato de una entrevistada esclarece el estigma profesional que arrastraba al provenir del antiguo modelo.

E04:

Luego hay otro pequeño grupo que son los que no han cambiado nunca de modelo, que están en el antiguo modelo desde el principio de los años y todavía tenemos que convivir con ellos porque no se han jubilado.

E08:

Cuando aprobé la oposición, yo estaba en un consultorio rural sin ordenador. Entonces era completamente diferente al trabajo en el centro de salud, sobre todo por el ordenador...

Fue una experiencia traumática, tan traumática como que estuve castigada (...)

Es que no entiendo el motivo. Quiero decir, los APD antes trabajaban dos horas o dos horas y media en la consulta, se iban a su casa... Bueno, habría de todo (...)

Yo el problema que tuve con la gerencia fue que estuve unos años sin ordenador. Entonces, trabajaba como una negra porque pasaba cuatro consultorios, iba de uno a otro con mi coche... Desde las nueve de la mañana ya estabas, hasta que acababas y luego domicilios y todo.

Yo creo que el concepto que tenían era que nos habíamos ido al pueblo, a los consultorios periféricos, para no dar ni clavo, para perdernos por ahí y pasar la mañana rascándonos la barriga. Es lo que creo que pensaban.

Si hasta el momento se ha considerado determinante la influencia en la cohesión de los equipos la procedencia hospitalaria, en la actualidad, se vive con preocupación el futuro.

En sus manifestaciones, los entrevistados focalizan como un problema estructural la inestabilidad laboral representada por un porcentaje elevado de empleo temporal, “*la mitad del equipo se va a ir*”, bien en forma de interinidades o de eventualidad, una amenaza no solo a la cohesión de los equipos profesionales, sino a uno de los valores profesionales que consideran fundamentales, la confianza del paciente.

Se percibe que el empeño individual y colectivo que ha supuesto construir un modelo de atención es ignorado por los gestores, y que la discontinuidad que existe hoy en el puesto de trabajo contribuye a fragmentar los equipos y es contradictoria con uno de uno de los beneficios que aporta a las personas la propia idiosincrasia del modelo, la continuidad de la atención sanitaria, “*como vas a estar una temporada, muchas veces no ten implicas*”.

E05:

La mitad del equipo se va a ir y otra mitad no quiere... Mira, es muy curioso porque las cuatro enfermeras jóvenes que estamos allí, que las cuatro nos vamos, yo creo que si nosotras siguiéramos en ese equipo, que ya el equipo está establecido y hecho porque hemos ido llegando antes los últimos años, ahora sí que podríamos empezar a hacer algo nosotras.

¿Pero qué pasa? Que la gente como tú, mucha gente se ha ido a un último traslado, gente que ya estaba haciendo muchas cosas, que todavía tenía muchas cosas por hacer.

E07:

Lo único diferente que haría, posiblemente, sería implicarme más en temas de educación, como vas a estar una temporada, muchas veces no te implicas porque se prepara un curso a lo mejor para dentro de dos o tres meses y tú no vas a estar.

E06:

Nos están cambiando mucho el equipo, viene gente joven, pero nos lo van cambiando. ¿Qué problema tiene eso? Que no te puedes implicar en exceso.

E02:

También debo decir que se ven pocas enfermeras jóvenes en primaria. Ese también es otro tema.

E31:

Que venga un día una persona a cubrir a no sé quién y otro día venga otra, para mí eso es nefasto...

La expresión “*es todo un continuum*” recoge todas las características esenciales del modelo de atención, que a su vez son las señas de identidad necesarias para generar la “*confianza*” del paciente.

E31:

Pero rompes esa dinámica y esa confianza que en la Atención Primaria yo creo que son fundamentales porque vas a tener procesos en los que necesitas confianza. Me da igual que sea en la adolescencia, que sea cuando estás en fase terminal. Es todo un continuum (...).

E11:

Ahora mismo hay dos posiciones: por un lado, la gente que está en el hospital y que quiere salir a primaria y la gente que está en primaria y ve cómo va a entrar gente en primaria del hospital. Es un poco duro. Y la gente que se va a marchar de primaria sabe que va a acabar en el hospital.

4.4. EL TRABAJO EN EQUIPO

Con la puesta en marcha de la Atención Primaria se pretendía imitar a las modernas organizaciones entre cuyas características se encuentra el trabajo en equipo. Esta convicción llevaba implícita la idea del trabajo coordinado no jerarquizado como una premisa esencial: que las funciones de cada uno de sus componentes vienen dadas por su competencia profesional, no por las características del puesto que ocupa.

Esta filosofía es la inspiradora de la creación de los equipos multidisciplinares, entendidos como la estructura organizativa y funcional sobre la que pivota la asistencia sanitaria a una población determinada de la zona de salud.

4.4.1. EVOLUCIÓN DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El interés por conocer con el paso del tiempo la evolución del concepto de equipo en el que fueron formados los profesionales del inicio, nos lleva a recordar como los libros que entonces se difundían, servían para inspirar sus nuevas funciones.

Pritchard (1986) en su libro *“Manual de Atención Primaria de salud”*, dedicaba un capítulo a describir quienes forman parte del equipo de salud, sus funciones y qué ventajas conlleva, tanto para quienes lo componen como para los receptores de sus actividades. En la composición del equipo, distingue tres figuras diferentes dentro de la enfermería: la enfermera de distrito, la visitadora de salud y la enfermera de consulta, asignándoles respectivamente las funciones de enfermera comunitaria, enfermera domiciliaria y enfermera de consulta. La diferenciación de tres tipos de profesionales entre los que se reparte la tarea de la atención enfermera resulta de interés en esta investigación al observar en nuestro modelo que las tres figuras, con diferentes cometidos cada una de ellas y diferente complejidad, se agrupan en solo una.

En el periodo de observación acompañando a la enfermera en su jornada laboral, comprobamos como integra todas las funciones anteriormente descritas. En su agenda diaria ocupa la atención en consulta tanto de forma programada como a demanda, actividad que intercala con una media de cuatro visitas domiciliarias a pacientes con necesidades de atención continuada. La jornada laboral concluye con otras actividades comunes a la organización del centro, actividades tan dispares como son las extracciones sanguíneas o la asistencia a reuniones programadas del equipo. Las dirigidas a la comunidad, actividades que el equipo de enfermería viene desarrollando a lo largo de los años, se coordinan con el calendario escolar de los colegios e institutos de la zona de salud.

Los profesionales entrevistados que participaron en el origen del modelo perciben que el sentido de equipo vino dado por la necesidad de inventar y definir las parcelas de trabajo de cada colectivo profesional. Con el fin de contrarrestar las resistencias a las nuevas funciones, algunos buscaban el apoyo del colectivo enfermero en su lucha por ostentar el nuevo poder de ser coordinador del equipo. El trabajo en equipo fue real en tanto en cuanto se organizó la asistencia a la población, al igual que las piezas de un puzle, cada colectivo profesional se encajaba en la nueva misión para la que habían sido encomendados.

En sus discursos se percibe que hablar del trabajo en equipo de salud se aproxima a hablar de un mito, se comentan sus bondades pero pronto dejó de existir en su idea literal.

E04:

El sentido de equipo, yo creo que se tuvo más hace años cuando había cosas que inventar, cuando había cosas que hacer. Cuando las cosas han ido rodando, ha habido más individualismo y hay menos sentido de equipo.

Quizás también influya el que las parcelas van estando más claras. La verdad es que al principio sí lo había, yo por lo menos he tenido siempre un fuerte sentimiento de equipo, de pertenecer a un grupo y de tener un rol importante en el equipo.

E03:

Y luego había una lucha de poder también... Los equipos tenían que crear su jerarquía, los coordinadores, había que nombrar coordinador y se elegía por votación. Ahí veías también las luchas. A veces el que pensaba que iba a ser coordinador iba, te contaba: "Las enfermeras de mi centro, estupendas", tal. Luego resulta que no sale coordinador y es el que más guerra da intentado cargarse el trabajo de las enfermeras.

Entonces, era una batalla fuerte. Yo la ventaja que veía era que, en el grupo que estábamos en la gerencia, sí que se confiaba en enfermería. Lo que pasa es que no acabábamos de dar el paso.

El equipo sí funcionó al principio.

Y el de enfermería también.

Poco tiempo duró el trabajo en equipo, algunos no lo han visto nunca, otros afirman que ya no existe y lo contemplan como decepcionante al valorar sus beneficios teóricos o reales. El énfasis que lleva a expresar "hay tantos equipos como centros" refleja la heterogeneidad de cada uno y exige profundizar en los rasgos distintivos de quienes lo han mantenido en el tiempo.

E02:

Me parecía que todo aquello que ponía en general lo podíamos hacer médicos, enfermeras, trabajadores sociales, todas las figuras. Me he decepcionado en estos años porque nunca he trabajado en equipo. Solo trabajé en equipo en la gerencia.

El equipo de Atención Primaria no existe. Yo nunca lo he conocido.

Hay tantos equipos como centros. Yo creo que se ha perdido la cohesión y luego las reuniones comunes...

E11:

El trabajo en equipo está roto en Atención Primaria. Si no me lo preguntas, pues ya te lo digo yo. Cuando yo estaba en Astillero, sí había equipo.

Trabajo en equipo, ninguno, que yo sea consciente. Puede que en alguno sí, o a título puntual... Vamos a ver, igual no es justo decir que ninguno. Hay 42 equipos y entonces me despisto. Hay gente muy buena en todos, pero me da la sensación de que ese dar el paso adelante ahora está todavía influenciado quizás por todos los años que ha habido...

E12:

Hay formación de cómo se trabaja en equipo y estaría bien hacerla, pero lo cierto es que rara vez se trabaja en equipo y más bien se coordina normalmente.

Son cosas muy puntuales. Por ejemplo, antes estaba hablando con la trabajadora social de un paciente que tenemos ahora que se está..., pero realmente el trabajo en equipo como tal, yo no lo he visto nunca.

Sin embargo, prevalece y permanece en el tiempo el concepto de trabajo en equipo que los entrevistados denominan miniequipo o equipo médico/enfermera, una asociación con valor funcional y colaborativo, algo que se sustenta en lógicas de eficiencia y organizativas.

La lógica de la eficiencia se entiende como una premisa, ya que a priori el rendimiento es mayor de forma individual que en grupo, aunque solo sea por el esfuerzo y el tiempo que conlleva la necesidad de llegar a acuerdos para satisfacer de forma equilibrada las necesidades en salud de las personas a las que se presta la asistencia sanitaria.

Lógicas organizativas, porque en el esquema de partida se utilizó el criterio de asignar un médico y una enfermera como unidad de atención a un determinado grupo poblacional. Esta decisión determinó no solo la estructura de los nuevos centros de salud, espacios diseñados con consultas comunicadas entre sí en las que se alterna un médico, o un pediatra, con una enfermera, y entre ellas una puerta que las comunique, sino la evolución de los equipos y la construcción de la nueva identidad profesional enfermera.

E07:

El trabajo aquí aunque se supone que es un trabajo de equipo entre todos los trabajadores del centro, que es algo multidisciplinario, al final yo creo que se trabaja en miniequipos. Básicamente con quien trabajas es con tu médico y yo creo que es más el referente un poco para hacer un buen trabajo o no.

Yo creo que todos trabajamos en miniequipos.

...si él tiene que colaborar en una cosa de enfermería, lo hace perfectamente y yo, si puedo colaborar en cualquier cosa suya, también lo hago perfectamente.

E03:

Ahora no, el equipo se ha fragmentado, son miniequipos, ¿para qué nos vamos a engañar? Desde que están las tardes, el equipo del martes, el equipo del lunes... Entonces, equipo como tal, poco.

E09:

El equipo médico-enfermero sí. Es que es la base.

Creo que el mimbre básico es el miniequipo, la célula es el equipo médico-enfermera.

E11:

Los miniequipos están muy bien desde el punto de vista por ejemplo del entorno más cercano, individual o familiar... un miniequipo de esos, médico-enfermera en este caso o con intervenciones puntuales de otros profesionales de otras competencias, pues puede ser muy positivo para esos dos entornos (...).

E08:

Yo creo que no existe el trabajo en equipo. En un consultorio periférico tú trabajas con tu médico, formas el equipo. El equipo es médico-enfermera.

Puede ser el trabajador social en determinado momento o el fisio pero, vamos, fundamentalmente...

Equipo de enfermeras. No, no existe.

Así, quienes vivieron la época de construcción comparan, y a ratos añoran, el trabajo en equipo, sin embargo anteponen y dan mayor relevancia al que denominan equipo de enfermería, al que

atribuyen el logro de construir un rol profesional que hoy es reconocido por los demás componentes del equipo de salud, “*hemos hecho tangible, hemos hecho patente, que somos un grupo profesional que tiene un trabajo importante con contenido propio*”. Al no existir comunicación entre los centros de salud, existe la creencia que cada centro de salud ha evolucionado en formas distintas.

E04:

Sí, la verdad es que tengo la suerte de que en el centro donde trabajo somos el colectivo (el equipo de enfermería) más orgulloso de serlo y el más unido y el más reivindicativo. Por ejemplo, los médicos yo creo que tienen menos sentimiento de grupo. Probablemente sea porque están más quemados y cada uno va más por su lado.

¿Qué hemos aportado al equipo las enfermeras? Hemos hecho tangible, hemos hecho patente, que somos un grupo profesional que tiene un trabajo importante con contenido propio. Yo viví al principio el tema de las enfermeras al lado del médico rellenando las recetas. La diferencia de ese trabajo. A mí además me parece que el resto del equipo reconoce la importancia de nuestro trabajo.

Un aspecto revelador de nuestro estudio, es cuando se escucha “*yo creo que equipo, hablando de mi centro, el equipo de enfermería*”. Esta es una afirmación obtenida en dos de las entrevistadas, que a su vez se corresponde con dos de los primeros centros de salud que se pusieron en marcha en el inicio de la Atención Primaria en Cantabria.

E01:

Quizás como todas estábamos en el mismo nivel, estábamos más cohesionadas que ellos...

Y después se ha ido evolucionando a peor, vamos, yo creo que equipo, hablando de mi centro, el equipo de enfermería. Ahí se trabaja como equipo.

E03:

Y el de enfermería también.

Yo creo que cada centro ha evolucionado de una forma, se plantea la organización de una forma, no hay comunicación intercentros y entonces yo creo que cada centro es una organización distinta.

4.4.2. EL EQUIPO DE ENFERMERÍA

Surgen entonces dos temas de interés diferenciados a indagar. Por una parte, identificar las condiciones, los requisitos, el reparto de responsabilidades en esos mini equipos y su influencia en la cultura organizativa. Por otra, explorar si estas experiencias de lucha profesional pudieron ser el origen o una de las claves de un profesionalismo enfermero renovado, con lo que el interés se desplaza entonces a descubrir qué vínculos tienen las enfermeras entre sí para ser consideradas un equipo.

La afirmación rotunda “*equipo, el de enfermería*” hizo decantarme por el centro de salud aludido como lugar idóneo para realizar la observación participante.

Las enfermeras de este equipo destacan como factores de cohesión, haber asumido nuevas funciones profesionales y haber mantenido en el tiempo unas actividades que marcan la diferencia con el modelo anterior, actividades muy costosas en términos de esfuerzo como la educación sanitaria en grupos o las actividades de atención comunitaria. Un ejemplo lo constituye fomentar los desayunos saludables en los colegios, actividad que se ha mantenido constante en el tiempo.

Intercambiar conocimientos a través de sesiones clínicas permite mantener la comunicación entre ellos y los demás miembros del equipo, y asistir a las reuniones, al menos una por semana, del equipo del centro con una actitud corporativa en defensa de sus intereses profesionales ha contribuido a reforzar al equipo, que valora tanto el apoyo puntual que se dan en los momentos en los que se incrementa la demanda asistencial de uno de ellos, como celebrar cenas o comidas en acontecimientos puntuales. La jubilación del primer enfermero del equipo se festejó pasando un fin de semana en un balneario.

En la convivencia con ellas, se observa cómo todas las enfermeras están pendientes de todas y saben en cada momento quién tiene una sobrecarga de trabajo. Una actividad que lo desequilibra es tener que acudir a un domicilio a realizar alguna cura de herida crónica a una persona inmovilizada, actividad que consume mucho tiempo entre el proceso de realizar la cura y el desplazamiento, donde la isocrona entre un domicilio y otro en la misma zona de salud puede llegar a los tres kilómetros. Y con mucha frecuencia, esto dura varios meses. El ofrecimiento de cubrir la consulta u otra visita a domicilio es constante.

Cualquier aspecto que afecte a la cultura organizativa del grupo es permeable y provoca que cada uno se solidarice con el otro, lo viven como una causa compartida. Algunos de ellos se explican detalladamente.

Como conservar la inquietud por realizar cosas nuevas en grupo, otro motivo de cohesión, lo viven como un reto y les permite salir de la rutina diaria de la consulta. La experiencia de haberse dotado de contenido para construir un rol, actúa como impulsora de explorar nuevas actividades.

E01:

Luego, por ejemplo Astillero fue un sitio donde yo creo que nos juntamos personas con inquietud.

Como hay muchas cosas que realmente las asumimos enfermería, toda la parte crónica, toda la educativa, el salir a la comunidad, todo eso nos lo teníamos que organizar nosotras porque no nos ayudaba nadie. Entonces, claro, nosotras hacíamos mucho trabajo de equipo: “Oye, ¿y cómo hacemos esto?”

Entonces, quizás como todas estábamos en el mismo nivel, estábamos más cohesionadas que ellos. Ellos se meten en su mundo de la consulta y así no se forma un equipo.

A03:

Y luego, somos personas muy inquietas.

Una de ellas explica de forma metafóricamente precisa, en qué radica la clave del equipo de enfermería:

Mayoritariamente funciona y esos satélites que están un poquito fuera... Quiero decir, la atracción de los que funcionan es tan fuerte que al final se suben al carro pero porque no les queda otra. Si estuviesen en otro sitio más inestable, esos satélites estarían navegando por ahí, ¿me explico?

Sin dos enfermeras que te digo yo que son los planetas, esos satélites se largan, esos satélites se disuelven, porque cuesta.

Que tenemos que hacer mucha fuerza para que esas personas que no quieren formar parte del equipo, formen.

Y aparte tenemos la responsabilidad porque parece que nos han cargado la responsabilidad de que tenemos más capacidades para atraer y lo hacemos.

Ese es uno de los puntos.

Desde la perspectiva de adaptación y supervivencia como grupo, en este equipo de enfermería se ejercen mecanismos de atracción permanentemente para que quienes tienen tendencia al individualismo profesional, los “satélites”, se integren. El objetivo es satisfacer de forma equilibrada las necesidades de cohesión del grupo. Esa atracción es costosa en términos de energía gastada por quienes la ejercen, pero el beneficio que entienden se obtiene es mayor a tenor de lo observado. Que se juntasen “dos planetas” ha podido ser suficiente para, treinta años después, con cambios de personal permanentes como ya ha quedado reflejado, “trabajándolo” se mantenga lo que culturalmente como grupo, consideran valioso.

E01:

Tienes que jugar un poco a... Por ejemplo en el equipo nuestro siempre ha llegado gente con menos interés, pero tienes que saber...

Como todo en la vida, hay profesionales que lo trabajan y otros que no lo trabajan. Pero con los que lo trabajaban, o por ejemplo allí mismo en los centros empezamos a hacer sesiones clínicas y a aportar cosas y todo eso te ayudaba luego a ir enfrentándote cada vez más a las respuestas, a la seguridad ante lo que te preguntaban (...).

Existe consciencia precisa de qué fenómenos del pasado siguen presentes en el fundamento grupal, seña de identidad de un colectivo profesional que se distingue por la motivación como motor constante para abordar nuevos problemas de salud, y responde a una idea halagadora de los agravios y logros surgidos a través del tiempo.

E01:

Te ha hecho cohesionarte y tirar para adelante de lo que te vaya cayendo. O sea, de formarte, de por ejemplo los cursos, aparte de cursos entre nosotras hacemos trabajos de investigación: “¿Por qué no presentamos esto? ¿Por qué no hacemos esto en la comunidad?”.

Hace muchísimos años de esto, y eso es algo de enfermería. El ir a explicar panificación, enfermería; el ir a tratar problemas de alimentación como la bulimia, etcétera, enfermería.

Entonces, eso te lleva a todo.

Esta visión integral del concepto de grupo e integrada en cuanto a los derechos de los recién llegados, conlleva un sistema de toma de decisiones democrático por votación que abarca todo el abanico de actividades laborales. Este sistema aceptado es entendido como un valor cultural más que les distingue de otros equipos enfermeros.

E01:

Siempre lo hemos votado, eso es trabajar en equipo: “Oye, vamos a votar esto”. ¿Sale mayoría? Se hace y, el que no quiera, pues ha salido mayoría y lo tiene que hacer. Entonces, eso en el equipo médico no. Sí que hay reuniones conjuntas y hay cosas. La verdad es que en enfermería muchas cosas que se han logrado porque teníamos bastante voto.

A01:

Se ha contado con voz y voto, en la rueda de vacaciones nunca hemos dicho: “El último en escoger es el último que llega”. No, se ha integrado en esa rueda y, cuando le ha tocado elegir el primero, ha elegido primero y yo, siendo la más antigua, he elegido la última.

Luego también hemos tenido suerte, la verdad. Yo creo que también influye la suerte.

A02:

Ahora tenemos mucha más autonomía y entonces... Por eso digo que muchas veces... Lo viste el otro día en la reunión: empezamos hablando de un tema, el orden del día es esto, esto y esto, pero luego surgen cosas. Entonces, intentamos todos hacer eso, las puestas en común. “A los diabéticos, cuando están insulino dependientes o con antidiabético oral, ¿cómo lo hacéis?”

Pero equipo, somos equipo... Si tenemos que colaborar todos en educación sanitaria, en grupos, en cambios en el centro, en reorganización, en sala de extracciones porque se nos desborda a lo mejor la población, colaboran.

Tú pides ayuda para cualquier cosa, como el tema de las agendas, que hemos tenido que elaborar hace no tanto, y todo el mundo se implica. Convocas una reunión y vienen. Equipo somos.

A01:

Lo que pasa es que luego en los centros, cuando ya llevas unos años, hacemos sesiones y yo creo que ya todos nos contagiamos un poco de la forma de trabajar más o menos.

Desde que una persona llega nueva al equipo de enfermería, se le otorga los mismos derechos que a los demás en todos los aspectos organizativos. Hasta en cambiar de cupo, algo que pone de relieve la “protección” del grupo a una de las suyas cuando tiene conflictos o desea cambiar de pareja profesional.

A01:

A lo mejor hemos sabido integrar bien a la gente que llegaba nueva, porque aquí nunca ha sido que el último que llega es el que se come el [...].

A02:

La acogida fue muy buena y sigo pensando que somos un equipo que recibimos bien a la gente, como que te arropan, te cuidan. Me sentí muy bien.

Cuando viene una persona nueva al equipo, con plaza o sin plaza, como sea, siempre nos han dado la opción de recolocarnos al equipo. Nosotros ahora somos trece y con los últimos ingresos, con la última gente que ha venido hemos podido hacerlo. Si alguien se quiere mover al consultorio por el horario o se quiere quedar aquí o nos queremos cambiar de cupo o queremos pasar de tardes a mañanas o de mañanas a tardes o como sea, lo podemos hacer. Esa ha sido una política de siempre.

Un dato relevante respecto a los equipos de enfermería, es que la fuerza y el empeño en valorar el esfuerzo de lo conseguido ha sido tal, que llegado el momento de desdoblar un equipo en dos debido al crecimiento de la población de una determinada zona de salud, y dándose la oportunidad de traslado a los profesionales, el equipo de enfermería en bloque ha tomado la decisión de en cuál ubicarse.

Esta circunstancia ha afectado a los equipos de dos de las tres enfermeras entrevistadas que lideraron la puesta en marcha de la Atención Primaria.

E04:

La diferencia fundamental es que cuando el centro nuevo se inauguró, como hemos dicho que todo depende de las personas, todas las compañeras de más antigüedad nos quedamos en el centro antiguo.

Yo creo que fundamentalmente porque aspirábamos a seguir manteniendo el mismo grupo.

Es como un hijo que hemos criado.

E03:

Por lo que he vivido, cuando se dividió Camargo, yo creo que las nostálgicas nos quedamos todas juntas y las nuevas se fueron para otro lado. Solamente una nostálgica se marchó pero el resto nos quedamos todas juntas.

En Camargo Interior, la gente que nos quedamos la mayoría teníamos ya un bagaje de muchos años, con una idea distinta y entonces, aunque se incorpore alguien nuevo, de alguna forma siempre puedes decir: "Cuidado que esto no es así. No te metas ahí, que..."

4.4.3. LA LÓGICA ORGANIZATIVA DE LOS MINIEQUIPOS

En este tema conviene recordar que la investigación analiza la perspectiva de una de las partes implicadas y esto puede condicionar las conclusiones.

La complejidad del análisis de esta relación interprofesional, según las experiencias de los entrevistados y las actitudes observadas, reside en el devenir de un acuerdo implícito de trabajo que está condicionado por múltiples y variados aspectos. Según Stacey (1996), cuya teoría

orienta esta investigación, las organizaciones son sistemas de retroalimentación en los que las personas interactúan influidas por las percepciones que les condicionan sus comportamientos, teoría que explica la percepción “no sé de qué depende, yo sé que no haría las mismas cosas si hubiese dado con otro”.

El análisis en términos evolutivos explica la necesidad en origen que tienen las enfermeras de demostrar la valía profesional tanto internamente al médico con el que conforman el miniequipo, como a los pacientes, y de llegar a acuerdos en el reparto de las nuevas funciones, que más allá de las derivadas de la condición de profesión regulada de ambos, se han decantado principalmente en el lado de enfermería. Se evidencia en las entrevistas que los apoyos a las nuevas funciones han estado condicionados por la comunicación que establezcas. Las negociaciones implícitas se entienden en la lógica de atender de forma sincrónica en consultas contiguas a los mismos pacientes.

A02;

Tienes que tener mucha comunicación con el médico. Es una relación de dos, es un pack que tienes que pactar.

Yo veía que cada equipo de dos funcionaba de una manera. A los pacientes no todos los médicos les revisan igual.

Las dos estamos yendo cada tres o cuatro meses a Bilbao a hacer un curso de diabetes. Ya llevamos mucho tiempo y entonces ya quitas paja.

E09:

Más de la mitad por el ambiente de trabajo, la libertad de trabajo depende de la relación que establezcas con el médico.

Entonces, yo enfermero te voy a demostrar que puedo manejar la insulina, que no te preocupes, que voy a manejar un antihipertensivo con facilidad, que voy a estar aquí en la consulta, que te voy a echar una mano en lo que haga falta y que voy a necesitar que tú me echas una mano y me la vas a tener que echar cuando haga falta.

No puedes trabajar mirando de reojo, a ver por dónde me vas. No: “Vamos a trabajar. Tenemos una población delante y vamos a hacer las cosas bien”.

Es una causa de muchos problemas en los equipos de Atención Primaria y es una causa de mala relación. Con mala relación el equipo no funciona porque no hay confianza.

E10:

No sé de qué depende, yo sé que no haría las mismas cosas si hubiese dado con otro.

E04:

A lo mejor al principio lo haces por propia dependencia y por falta de bagaje. Luego, a medida que vas aprendiendo, lo haces por subsistencia porque, en un trabajo donde tienes que estar muchas horas... Y, de todas formas, a mí me parece que está muy vinculado el papel de todos los profesionales, pero sobre todo el del médico y de la enfermera. Están muy vinculados uno y otro.

El tipo de formación del médico a tenor de la experiencia de una entrevistada, influye en esa confianza necesaria. Si no han sido formados en medicina familiar y comunitaria, han supuesto un obstáculo para su desarrollo profesional.

A03:

El trabajo de la enfermera en Atención Primaria está muy condicionado al tipo de trabajo que hace el médico, al tipo de educación. Es que, al final, no están formados igual los médicos de familia que los otros médicos (...)

¿Lo que he vivido yo? Yo no he trabajado con médicos de familia, yo he trabajado con un médico internista. Entonces, mi experiencia es que con un médico internista, un clínico estupendo, un profesional súper humano que además nos daba mucha protección porque todos nuestros pacientes estaban muy bien atendidos, pero mi papel no estaba claro porque él estaba acostumbrado a trabajar con una enfermera de una forma diferente.

Entonces, no me daba autonomía. Sí autonomía porque tenía mucha confianza en mí pero no ejercía de médico de familia y por lo tanto mi papel de enfermera de familia no existía.

Y conflictos. Muchos conflictos también y negociación desgraciadamente no explícita porque era muy difícil comunicarse con esa persona (...).

En esa relación profesional, hay quien percibe el miniequipo como pernicioso, quien ve que esa condición previa del otro como un lastre para el desarrollo de la autonomía profesional o quien cree que se mimetizan. En todos los casos se evidencia la vulnerabilidad de esa asociación, condicionada a múltiples variaciones necesarias para llegar a un entendimiento.

E11:

Ese miniequipo puede ser muy positivo, pero también muy pernicioso. ¿Por qué? Porque ha habido muchos miniequipos —cada vez igual menos— que se han formado con profesionales de ámbitos muy distintos. Si tú eres una enfermera de las ideólogas y encima currantes de Atención Primaria porque te crees el modelo, de las que me gustan a mí, de las buenas, y no solamente que lo piensen sino que lo lleven a la práctica (...).

E12:

Si consigues hacer miniequipo con el médico con el que trabajas, en mi opinión, te puedes dar con un canto en los dientes.

Yo tengo percepción de una cosa que me ha quemado bastante: es que en muchos casos la consulta de la enfermera acaba siendo un reflejo o un apéndice de la consulta médica (...).

A03:

Los microequipos médico/enfermera son muy diferentes.

Hay enfermeras con mucha autonomía y que viven muy bien, muy tranquilas, muy apoyadas, y otras personas que es que... A veces tienes que dar toques de atención. Depende de con quién trabajes y estás sufriendo porque crees que el paciente no está bien atendido también.

Sin embargo, las enfermeras que forman parte de equipos más pequeños, conceden más relevancia al trabajo en equipo global, el que integra a todos los profesionales. Al ser más jóvenes tienen una visión del equipo más natural. Reconocen que a ello ha contribuido su etapa formativa de diplomadas en enfermería y la influencia de las enfermeras que han conocido en

los centros de la salud que por su condición laboral eventual han trabajado. Se deduce que ya existen rasgos identificativos de una cultura enfermera de Atención Primaria consolidada y de que ésta es una cultura permeable.

E05:

Yo veía que la enfermera en primaria tenía mucha más independencia que en el hospital. La figura de la enfermera estaba mucho más reconocida, no solo por el usuario, sino por el equipo. O sea, era una parte muy importante del equipo.

Es indispensable el trabajo en equipo y sobre todo tener iniciativa dentro del equipo para poder tomar decisiones y además acordar con el trabajo.

Yo he recibido influencia de mucha gente que me gustaba mucho lo que me contaban y yo creo que me contagiaron también de sus ganas: médicos de familia, enfermeros también de Castro. Te vas metiendo en el mundo de la primaria, en condiciones ya (...).

Pero yo creo que ha sido un poco de todo, en la escuela...

E06:

En que somos un equipo, que tú tienes un paciente y le englobas, hablas de él, le pasa esto y lo otro, y todo está relacionado. Yo estoy encantada con ella porque en todo momento, si yo tengo mucha gente y ella está un poco más libre: “Pásame que hago yo esto”, y si es al contrario lo mismo. Tenemos un domicilio y lo vamos a hacer juntas siempre.

No es más fácil, el trabajo es más difícil pero con más ganas, con más entusiasmo: “Venga, vamos a preparar un equipo, un grupo de educación sobre la diabetes”.

Yo me siento afortunada, he tenido mucha suerte con la gente con la que he trabajado y la capacidad que me han dado para desarrollar mi trabajo.

La influencia de múltiples aspectos en esa relación dual, queda ejemplificada con el relato de dos situaciones opuestas y una misma valoración. Una enfermera trabaja con un médico que “no cree en el modelo”, y esto no le impide realizar su trabajo de forma independiente, no se siente condicionada y es respetada profesionalmente por él. En el lado opuesto, la enfermera destaca la relación de armonía. Y la suerte.

Para trabajar en equipo y en miniequipo, se muestra la importancia de poseer valores como la iniciativa, la asertividad profesional, la existencia de buena comunicación y una relación fluida. Atributos igual de necesarios para realizar una atención integral al paciente acuñados en la expresión “yo invierto en mis pacientes”.

E05:

Yo tengo un problema muy gordo con mi médico y es que es médico de cupo.

Entonces, yo reconozco que tengo buena relación personal con él, tiene su carácter y tal, pero yo con él estoy muy limitada. Entonces, yo utilizo otras cosas.

Muy limitada porque él no sigue programas, él no cree en la promoción ni en la educación para la salud. Para él todo esto es... Él trabaja a demanda. Es que no tiene nada que ver.

Pues hago mis programas por ejemplo, y la verdad es que él no se mete en mi trabajo. O sea, él nunca me ha dicho... Me ha criticado: “Que tú siempre te metes en líos”. Para él yo me genero demanda, pero no es su demanda.

O sea, yo invierto tiempo en mis pacientes (...).

E06:

Cuando llegué, tenía compañeros que trabajaban muy bien.

Además es que he tenido la suerte de encontrarme con gente de la que podía aprender.

El trato con el compañero médico. Cuando se habla de equipos de Atención Primaria, no es solo en la organización, no solo es la atención médica y la enfermera sino que es atender al paciente.

4.4.4. EL TRIAJE COMO EXPERIENCIA INNOVADORA

El triaje es un método para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Trata por tanto de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención. Este término se emplea para la selección de pacientes en distintas situaciones y ámbitos.

El equipo de enfermería del centro de salud de Astillero tomó la iniciativa de poner en marcha este método de priorizar la atención con dos objetivos. Concienciar a la población en el uso racional de los recursos sanitarios y paliar la excesiva demanda de atención urgente de pacientes que tenían los médicos. Ésta se había incrementado debido a la política de personal de no sustituir las vacaciones. Hubo resistencias a la iniciativa por parte de algunos médicos.

Las enfermeras sólo pusieron como condición una formación *ad hoc* que les facilitara abordar algunas situaciones nuevas. Se implicaron y la experiencia funcionó, con una valoración satisfactoria por su parte y por los pacientes. Pero se abandonó por falta de apoyos. El relato de las implicadas explica el proceso, la actitud innovadora como motor del equipo y se constituye en ejemplo del empleo de energía para continuar evolucionando.

A11:

Siempre hemos estado haciendo... Por ejemplo, hace dos años cuando había tanta demanda, que los médicos no daban abasto porque fue cuando dejaron de sustituirles, tengo un trabajo sobre el triaje de enfermería que hicimos en Astillero. Si eso lo haces hace veinte años, no habría ido ni el tato, salían todos por la puerta porque no creían en la enfermera.

A03:

Nosotros hemos hecho una experiencia de triaje durante un montón de meses y había médicos en concreto que ellos no querían que enfermería no hiciese su triaje.

Tuvimos muy buenos resultados. Nos matamos haciendo una planilla con tramos de dos y tres horas, incluso en verano, y lo dejamos en esta época con la campaña de la gripe porque no había apoyo por parte de dos o tres médicos que, bueno, no se fiaban de nuestra valoración, de que venga un paciente a urgencias y a todos les recibíamos.

La población lo recibió bastante bien, creo que bastante bien. A lo mejor una o dos personas me contaron: “No, yo es que quiero que me vea mi médico”, pero de entrada como que se fian.

El objetivo fue sobre todo educacional, educar al paciente que no puede venir a las dos de la tarde porque sabe que [...] a pedir una receta o un parte de baja, un parte de confirmación o: “Me duele un pie desde hace tres meses”. Entonces, también por apoyar un poquitín al médico, por liberarle de esa carga y educar al paciente...

Funcionó y había pacientes, teníamos distintas valoraciones y, según como vieras su patología o su necesidad, mandarlos a su casa tranquilamente con su cita para el día siguiente, le atendías, no le atendías, le hacías esperar porque no era urgente (...).

A02:

Hubo buenos resultados. Se hizo estadística y eso y funcionó muy bien. Lo que pasa es que nosotros pedíamos implicación por parte del médico también.

Lo dijimos, lo volvimos a decir, volvimos a hacer el estudio, estuvimos un montón de meses y entonces ya, justo en este momento, cuando iniciábamos la campaña de la gripe —que ya se desborda un poco todo— dijimos: “Hasta aquí hemos llegado”.

Y luego formación también. Les pedíamos una sesión clínica o, si teníamos algún caso que creíamos... Porque nosotros luego, con esa derivación que habíamos hecho, hacías tu propio seguimiento del paciente (...).

No hubo reclamaciones, no metimos la pata en nada grave, el paciente lo entendió, se fue tranquilamente...

4.5. EL PRODUCTO ENFERMERO

Un elemento básico en la cultura organizacional es el producto entendido como el fruto de la actividad profesional. Lo que produce la organización es considerado como el patrimonio cultural que otorga sentido a su existencia. Este concepto expresa dos realidades que se complementan: lo que el trabajador hace y lo que la institución produce. Ambos tienen entonces objetivos comunes.

En los hallazgos anteriormente comentados, la satisfacción que muestra la enfermería en el ejercicio de su profesión, se caracteriza por haber inventado, construido y adaptado sus competencias profesionales a la medida de la población atendida, que las ha identificado y demandado.

El modelo de Atención Primaria se orientó con el fin de integrar unas intervenciones de salud pública hasta ese momento escasas y fragmentadas. El objetivo consistía en afrontar los retos locales de una salud cada vez más global e interdependiente que requería la participación activa y la corresponsabilización de todos los actores implicados. La adscripción de las intervenciones de la promoción de la salud y prevención de la salud a enfermería configuró un nuevo cometido, influir en las voluntades subjetivas que afectan a los comportamientos asociados a los hábitos de vida.

La complejidad del papel que entonces se asumía, implicaba la ausencia de conocimientos en aplicar estrategias individuales para abordar las creencias culturales en los hábitos de vida. De ahí que las entrevistadas se declaren “autodidactas”. De los relatos se deduce que la experiencia y la interacción con el paciente condicionan los diferentes estilos con los que se aborda la educación para la salud y que se elaboran y reelaboran continuamente las estrategias de intervención integrando las habilidades que cada profesional ha desarrollado con el tiempo.

Se podría escribir una monografía con cada uno de los métodos creativos de interacción con los que cada entrevistado aborda la promoción de la salud, elaborando estrategias que integren las perspectivas culturales y sociales desde la individualidad y la comunidad.

E04:

Yo creo que nosotros hemos sido autodidactas en todo el tema de educación para la salud. En todo eso, aunque hay muchas cosas que haces para las que no hace falta tener un... me habría gustado tener métodos.

A11:

Un hábito tan arraigado como son la alimentación y el ejercicio no se rompe diciendo: “Usted venga dentro de un mes”. Pero yo he tenido mucha gente que ha bajado de peso pero por eso, porque yo cito semanalmente hasta que veo que van integrando. Les tienes que estimular porque es gente que normalmente tiene como desconfianza: “Nada, si yo es que he sido gordo toda la vida. Yo he hecho ochenta dietas y no bajo con ninguna”.

E02:

Es como con el programa de deshabitación o los de obesidad: “Yo hago el viaje con vosotros, pero voy de dama de compañía. Yo os voy a enseñar cómo dejar de fumar, pero sois vosotros los que tenéis que dejar de fumar”.

Con la obesidad es igual. [...]. Subimos al Himalaya, podemos ir muy preparados o ir como vamos a [...].

Pero a mí me gusta. Es apasionante porque trabajamos con personas que cada día es un cuento. Te piensas que conceptos que estaban claros desde hace tiempo, pues no lo están. Además es que voy cambiando la forma de trabajar.

E03:

Pienso que nosotros tenemos mucho que hacer en trabajo grupal y, en cambio, nuestra formación, la mía por supuesto, autodidacta y haces lo que puedes.

E07:

Lo van viendo ellos a medida que van viniendo. Ven que se les ofrecen unas cosas, que tienen un trato diferente, que el venir a un control no tiene por qué ser una cosa desagradable sino que puede ser una cosa que... Yo nunca utilizo la bronca o el rapapolvo. Yo siempre les digo que a mí me da igual si llevan una dieta adecuada, si hacen unos hábitos de vida saludables; que es para su propio bien.

A02:

Yo creo que cada una utiliza sus propias habilidades y luego tienes que saber qué le puede motivar más al paciente (...).

Pueden ser los problemas cardiovasculares, de su edad, los riesgos. Les explicas así para que visualicen. Yo qué sé, hay veces que les hago un dibujo de la arteria y le digo: “Mira, esa arteria se va rellorando de grasa...”

A05:

Yo hago atención individual en consulta...

Lo que veía, lo que siempre he visto, a mí nunca me ha convencido: el reñir al paciente. Entonces, por mi cuenta yo estuve buscando información de cómo puedes ayudarles. Fue cuando conocí la entrevista de motivación, a través del trabajo.

Contrariamente al patrón que expresa mayor autonomía profesional en este nivel, la satisfacción/insatisfacción manifestada por una entrevistada, se evidencia al comparar la complejidad de la promoción de la salud con la delimitación de funciones en el ámbito hospitalario.

A02:

Cambiar hábitos en la gente...es muy complicado.

...Que no tenía ni idea, claro. Me tuve yo que preparar en casa, fines de semana, sacar de mi tiempo...

Te viene el paciente que es hipertenso y que está tomando una medicación que le ha mandado el médico. Claro, en los centros de salud, fijate que es una cosa que vengo pensando todos estos años: yo en el hospital era mucho más...

Sabía lo que tenía que hacer y sabía cuál era mi misión. Era más autónoma y era como más satisfactorio todo. No sé, y teniendo rachas de primaria, que sí que he hecho cosas interesantes, pero...

Yo creo que esto es un bucle que hay que romper de alguna manera.

4.5.1. POLIVALENCIA DEL PRODUCTO

El origen de la polivalencia de las enfermeras comunitarias parte de la creencia del modelo en el que las funciones vienen delimitadas por la competencia profesional. Así, desde el ejercicio de su autonomía, la heterogeneidad de los servicios que cada uno presta se basan en atender a las personas en su entorno social y familiar, y abarca los aprendidos de forma autodidáctica, los asimilados por imitación de sus pares, los pactados con el médico con el que comparten asistencia, o los impuestos por el nivel de gestión. Y estos servicios que prestan son acumulativos. Es decir, a lo largo del ciclo vital de la organización se ha ido incrementando la oferta de servicios a la población.

E02:

He copiado meterme en grupos de diabetes, he copiado formarme en deshabituación y llevarlo a cabo, he copiado cómo usar la anestesia, anestesiar para una sutura que todo el mundo se ha formado y no lo ha llevado a cabo.

He innovado en que me he puesto a estudiar yo en mi casa para hacer esas cosas...

Y lo que me han impuesto, prevención del cáncer de colon, estos temas que nos metieron, metadona (...).

E05:

Si pudiésemos ver pediatría, pediatría; vemos a las mujeres embarazadas, las vemos cuidando a sus padres, vemos a sus abuelos...

E07:

En una familia puedes tener a los abuelos en control de tensión, al hijo de esa persona por un proceso agudo en una operación y entonces acabas conociendo un poco el ámbito de la familia, y al final te acaban utilizando un poco también como confidente y acabas conociendo el problema social de esa familia si existe.

Esta polivalencia es vivida como una suerte y una oportunidad en la profesión que se ve recompensada por la reciprocidad del agradecimiento de los pacientes.

E03:

Yo creo que nuestro papel es tan amplio y tan rico que nos permite hacer tantas cosas que creo que no debemos dejar ninguna.

Cualquier cosa, por ejemplo una prueba de embarazo. Es que no es lo mismo darle el resultado de una prueba de embarazo a una niña de 15, a una señorita de 30, a una de 45...

E05:

Cada uno tiene unas necesidades. Entonces, el que va porque quiere dejar de fumar valora que tú le has ayudado a dejar de fumar. Además, es que yo me encuentro con gente que me lo agradece: "Oye, gracias". Es por esfuerzo de ellos, pero tú le has apoyado y les acompañado.

Tratas con la familia y su entorno. Me acuerdo que me emocionó un montón una vez hace años... Yo llevaba curando un montón a una señora y se murió. Me vino en una guardia la hija y me dio un abrazo dándome las gracias por lo que había... Esas cosas son las que no se miden.

La dificultad de obtener de los relatos una delimitación del producto enfermero, "les damos ese además de", pone en evidencia otra de sus características, la intangibilidad que conlleva el impedimento de poner unos límites que lo definan y la imposibilidad de delimitar un catálogo de funciones si de enumerarlas se tratara.

E06:

Les damos ese "además de", el que lleguen y tengan la tranquilidad de que les vas a atender o por lo menos les vas a intentar solucionar, explicar o ellos sentirse entendidos.

E05:

Lo que pasa es que es muy difícil valorar cómo es el impacto de mi trabajo en el día a día en la salud de la población de Cantabria.

E07:

Yo creo que esa es una de esas labores que es muy difícil a veces evaluar.

Pero yo creo que es algo innato de nuestra profesión.

E09:

Hay muchas horas de trabajo, claro, y es estar pendiente de tus enfermos todos los días, es estar a ver cómo estás yendo, a ver qué estás haciendo, voy a ver qué estrategias utilizo para que esta persona mejore o para que este grupo poblacional mejore.

Hay constancia de la evolución de los problemas de salud en este periodo de tiempo y su relación con las intervenciones efectuadas; que ya no se vean escaras en las personas encamadas se interpreta como el resultado de sus actividades preventivas.

E31:

Bueno, a veces ahora comentamos qué diferente es de cuando empezamos a trabajar. ¿Cuánta gente escarada había en las casas, que te pasabas hora y media en una casa curando?

Qué era aquello. ¿Cuántas amputaciones había de diabéticos? Y dices: “Vamos a ver, algo habremos tenido que ver el personal de enfermería en todo eso”. No solamente van a ser los cambios de tratamientos, que puedan ser más eficaces, que se controle más la gente. Yo pienso que ahí hemos hecho una labor que se ha quedado ahí: el trabajo intangible de la enfermera que no hemos sabido medir y que seguimos sin medir.

Creo que el resultado que tenemos ahora de disminución drástica de todo ese tipo de procesos y de complicaciones, hay una parte importantísima que es por el trabajo de enfermería. Vamos, yo me lo creo.

La incertidumbre que genera desconocer el impacto de intervenciones tan costosas como la atención continuada a lo largo de años a las personas con diabetes, influye en la autoestima profesional y conduce a una actitud dubitativa y, en momentos, de cuestionamiento profesional.

E02:

Lo hemos hablado alguna vez y me encantaría saber cómo puedo evaluar si yo he prevenido algo, he promocionado algo, si he evitado alguna amputación, alguna ceguera, algún problema de insuficiencia renal crónica, si tiene mayor calidad de vida relativa o he evitado algo. Me encantaría.

Ese es el problema que tenemos Sé que más o menos el paciente que se me escapa de 6,5 de hemoglobina glicosilada, le reajustamos dosis e intentamos que cambie hábitos de vida.

Pero no sé nada; sé de los gordos, que trabajo mucho la obesidad, sé de los que han conseguido dejar de fumar y tal...

E04:

Por ejemplo en la educación, en lo más básico, en educación de las personas diabéticas, por poner un ejemplo. Me gustaría saber si en estos años de trabajo hemos contribuido a que haya menos amputaciones de miembros, a que haya menos problemas de vista o a que haya menos personas que se tengan que someter a diálisis o que eso se haya retrasado.

Yo creo que ese es un campo que está todavía por... Muchas veces me invade la desazón y dices: “Igual esto no sirve para nada”.

Esta peculiaridad del producto enfermero, que por intangible no ha sido evaluada, lejos de ser reconocida en los ámbitos que organizan la atención sanitaria, conduce a una visión tan sim-

plista como amenazadora para la profesión ya que la priva de proyectar una imagen externa de visibilizarla.

E11:

Una empresa lo que necesita saber es qué se está haciendo. Si no, ¿cómo vas a proponer nada? ¿Cuál es el cambio que vas a proponer si no sabes lo que estás haciendo? Saberlo y comunicárselos a todos los profesionales y, por mí, a todos los usuarios. La transparencia debería ser total.

¿Quieres evaluar el impacto? Muy fácil: dales vacaciones a todas las enfermeras el mismo mes y no las sustituyas. Ya verás”. Sí, efectivamente, el impacto puede ser brutal.

4.5.2. PARADOJAS DE LA EVALUACIÓN

Han prevalecido en el tiempo las políticas gestoras que reducen la evaluación de la competencia profesional a un simple conteo de actividades, frente al escaso interés en describir de una forma precisa y operativa los resultados de la actividad profesional. Esta parcialidad de los sistemas de evaluación priva a los profesionales y a las estructuras organizativas de la información esencial para analizar sus propias actividades y obtener así un reporte que les permita reflexionar sobre su práctica asistencial e introducir elementos de mejora.

El giro de las políticas de salud de un modelo en el racionalismo planificador a un enfoque gerencialista basado en la importación de técnicas de gestión empresarial al ámbito de la salud, una política que establece nuevas formas de gestión, condiciona la definición y evaluación de lo que los profesionales “hacen”. El producto pasa a ser denominado servicio y este delimita el conjunto de actividades que los profesionales realizan con el objetivo de satisfacer las demandas de salud de la población.

Sin haber transcurrido el tiempo necesario para consolidar y definir un nuevo rol profesional, se obvia la complejidad y la exigencia de la práctica profesional sanitaria y la evaluación de la competencia profesional se supedita a la denominada cartera de servicios, un nuevo instrumento de gestión que reduce la práctica profesional a una mera descripción cuantitativa del conjunto de actividades que hay realizar para ser evaluadas por el nivel gestor.

A03:

Prefiero estar haciendo algo realmente útil que estar cumpliendo con unas normas que no sé muy bien dónde te llevan.

E01:

Ellos tenían las herramientas para medir todo eso... Porque efectivamente nos mandaban: “Tú haces esto, tú ves a tantos diabéticos”, números, siempre números. Luego sí que miraban las hemoglobinas, si las tenías hechas, el fondo de ojo del paciente, que eso puede ser calidad pero, bueno...

A02:

Cuando estaba en la consulta, cuando me pedía que tuviera cien diabéticos, yo no lo entendía y entonces decía: “Vamos a ver: cien diabéticos, yo voy a tener a todo el que me entre por la puerta”. ¿Qué es diabético nuevo? Bien. Si salen cien, bien pero, si no salen cien (...).

Visitas a domicilio, me pedían dos y pico. Yo no voy a ir a tomar café con los pacientes, voy a ir a ver al que le hace falta. Al que no le hace falta, para tomarle la tensión y decirle que quite las alfombras y no me hace... A ese no voy a ir, porque ya tenía mis años (...).

No rellenar por rellenar, sino que toda esa valoración que tú ya tienes aquí integrada porque conoces al paciente (...).

Lo que pasa es que este programa no me lo permite. Mis cuidados como enfermera van ahí en texto libre con mínimas intervenciones (...).

“*Qué ha pasado*” se preguntan las enfermeras. Las respuestas son rotundas, “*lo cuantitativo lo puede todo*” y el diagnóstico, esclarecedor: “*somos los que medimos*”. ¿Consecuencias de este giro en la gestión?, “*que ha ido en contra de la autonomía profesional*”. Los profesionales perciben que esta estrategia de control dista de valorar la actividad real y perjudica la imagen global de la enfermería. La expresión “*es una trampa para los profesionales*” representa el alcance de la brecha abierta y las consecuencias que se derivan de este sistema de evaluación.

A11:

¿Qué ha pasado? Que luego ha habido unos años... Y sigue hoy y es algo que intento romper y mi trabajo me cuesta. Lo cuantitativo lo puede todo. ¿Por qué? ¿Sabes por qué? Porque somos lo que medimos. ¿Y sabes qué es más fácil medir? Lo cuantitativo. Punto pelota, se acabó la historia.

En este caso, la cartera de servicios está bien, es general. ¿Cuál es el problema que yo veo? Que ha ido en contra de la autonomía profesional, y puedo estar equivocada.

En enfermería queda diluida la cartera de servicios por un trabajo en equipo junto con el médico principalmente.

Eso, que podría haber sido positivo, no sé por qué pero me da la sensación de que se ha vuelto en contra de la profesión.

A04:

Yo creo que el enfoque, al menos desde mi punto de vista, de la cartera de servicios ha sido sin creerlo mucho y un poco dedicada a la galería. No creo yo que haya habido una programación meditada y sería de la cartera de servicios.

Yo he dudado mucho de esos resultados.

Porque, mira, las evaluaciones, yo no tengo mucha formación pero sé que para medir dos cosas, hay que utilizar la misma medida, para comparar dos cosas, y por lo menos lo que yo he vivido, no se ha hecho así.

Eso no se medía bien. Eso dependía del medidor de turno, eso nunca me lo creí.

E12:

La cartera de servicios, el contrato de programa y todo esto a mí me da la impresión de que muchas veces lo que se veía en la gerencia no se correspondía mucho con la realidad de las necesidades de la población que acoge este centro de salud.

Luego, me parece que finalmente se convirtieron en una traba para los profesionales, en una trampa para los profesionales, más que en un método de trabajo o una justificación legal para hacer un trabajo, porque al final acababas poniendo cruces a lo tonto y sin ningún sentido.

Bajo la fórmula de gestionar la asistencia desde la perspectiva de un mercado regulado y a la par que la cartera de servicios, se establece el llamado “contrato programa” o “contrato de gestión” como la herramienta que homogeniza los sistemas de obtención de la información de desempeño, y establece un método de incentivos retributivo, la llamada productividad, ligado al rendimiento profesional.

E01:

Yo me acuerdo cuando empezaron a hacer las auditorías, que yo es que me comía por dentro porque yo me acuerdo que había centros que era: “Estos tienen 900 diabéticos y en Astillero solamente tenéis 500”. No importaba cómo...

Y había gente que se inventaba las respuestas, se lo rellenaban, y a mí aquello me parecía... Era tanta la presión que ejercía en aquel momento la dirección que los otros, con tal de quedar bien... Y, claro, de aquellos luego...

En primaria tú, dentro de tu consulta, puedes falsear muchas cosas. Es decir, puedes no hacer lo que debes de hacer, puedes no generarte trabajo pero citarte a gente que no viene, y también hay que ser consciente de eso. Suena muy mal, pero es que es así.

A05:

Yo me puedo citar al que me dé la gana cuando me dé la gana. Puedo poner pacientes ficticios —porque es lo que hace la gente—, se cita a las personas que tienen las agendas de extracciones ocupando su agenda.

E11:

Los contratos de gestión han estado basados en las normas técnicas mínimas de la cartera de servicios y a mí el poner cruces en un sitio me da igual, no sirve de nada.

E03:

La cartera de servicios es más cuantitativa que cualitativa. Puedes cumplir con todos los objetivos y al paciente no quiere decir que le des mejor trato ni mejor calidad de atención para nada. Puedes hacer todas esas cosas que pone pero es que no valora resultados.

Yo no he visto nada. Quiero decir que la evaluación en la cartera de servicios siempre ha sido cuantitativa, no ha habido otro tipo de evaluaciones.

E31:

El concepto de cliente..., se le ofrecen estos servicios, estos son obligatorios, estos no hay vuelta de hoja, firmar contratos y, si no se firmaba el contrato... Un juego de empresa.

Y yo lo viví como que ahí ya el espíritu de grupo, el espíritu de cambió, yo lo perdí totalmente.

A la paradoja de reducir un producto tan heterogéneo y polivalente a una lista de servicios cuya evaluación se subsume a un conteo de actividades, se une la de incentivar el cumplimiento de los registros verificadores. La perversión del trabajo está servida.

E01:

Y, claro, luego otra cosa que yo he vivido fatal —y lo digo porque no me gustaba— era la productividad, un tema muy escabroso. Eso va unido a la cartera de servicios (...).

Ahí viene otra historia: el que tenía que repartir la productividad era el coordinador del centro. Complicado porque, o te enfrentas con tus compañeros o pasa lo que pasa. Entonces, en mi centro lo que pasaba es que, cuando llegaba la productividad, siempre tenía un tanto por ciento; de un millón, imagínate que el 50% era para los médicos de ese millón, luego el 30% para enfermería y el otro 20% para administrativos y tal. Estaba un poco relacionado con la jerarquía que tú tuvieras en el equipo.

E12:

No sé, de alguna manera lo de incentivos me parece básicamente lo mismo: ligar a incentivos una parte de tu trabajo carece de sentido.

De alguna manera eso en cierto modo ha conducido a que cada vez fuéramos menos proactivos, estamos más en la respuesta que en la proactividad y estamos más en atender a los crónicos que en centrarnos en promocionar la salud.

De los relatos de los entrevistados se deduce que coexisten creencias contrapuestas. Por un lado, estos mecanismos de control y alineamiento de incentivos no han influido en la motivación ni en el estímulo competencial, más bien han inducido a actitudes de mala praxis. Por otro, que contribuyen a cohesionar el grupo y en tanto en cuanto existieron los incentivos económicos, estos actuaron como un estímulo.

A02:

El contrato de gestión te da un poco una herramienta de por dónde va la empresa este año y dónde quieres que trabaje.

A08:

Cuando se pedía: “Vamos a introducir este programa, el del anciano, el del domicilio, el de la atención”, o lo que sea, te decían: “Mira, lo tienes que hacer así, tenéis que hacer tanto de cual, tanto del otro lado”. Te fijabas unos objetivos y entonces intentabas cumplirlos, hacerlos, y todas las enfermeras trabajaban al unísono, de la misma manera, y de cara a conseguir aquello.

Ahora no, ahora como ya no te pagan, pues entonces...

A09:

A mí la cartera de servicios me gustaba por varias razones: primero porque llevaba unos incentivos que me parece que no se hizo bien pero...

De hecho a mí casi me cuesta el puesto... pero había una cartera de servicios que te daba unos incentivos y que, como grupo, te hacía sentir grupo, te hacía cohesionar y, si tenías ese amor propio, esas ganas de trabajar...

Tenías algo que lo sustentaba, además tanto a nivel de calidad como de cantidad. A mí me gustaba, me parecía positivo.

4.5.3. EL BUCLE DE LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD

La estrategia organizativa de orientar la atención enfermera de forma predominante a la cronicidad como problema de salud prioritario, frente a la necesidad de abordar otros problemas o necesidades que se pueden beneficiar la población, ha potenciado, según los entrevistados, el uso inadecuado que parte de la población realiza de sus servicios, y es el origen de que ésta se haya vuelto más demandante, la ha predispuesto a una accesibilidad mal entendida, y ha favorecido la progresiva medicalización de procesos que deberían orientarse a un mayor autocuidado personal.

E01:

Creo que les hemos vuelto más demandantes que autónomos, la pescadilla se ha dado la vuelta.

El control de crónicos que hasta entonces no existía y eso ya genera demanda. Muchas veces, cuando el paciente ya: “Y por si acaso...” Por ejemplo ahora hay diabéticos que no necesitan tiritas pero ya te las piden. ¿Por qué? Porque nosotros hemos generado esa propia necesidad, es que hemos generado necesidad.

E05:

Ahora yo creo que es el momento de volver a definirnos. Los programas, yo creo que lo peor ha sido la captación que se ha hecho y la demanda que nos hemos generado gracias a los programas. Yo creo que eso ha sido lo peor.

E03:

Es que hemos generado muchas necesidades que la gente no sentía.

Hemos hecho a la gente demandante, de decirle: “Y venga...” Claro, si tú tienes que ver treinta pacientes al día: “Venga el próximo mes”. No tiene por qué venir al próximo mes.

E06:

El problema que tiene la Atención Primaria frente al hospital es que tú siempre ves las mismas caras y el que te dice mentiras es el mismo de siempre.

E07:

Yo creo que hemos hecho a la población demasiado dependiente.

O gente demandante que quiere saber su tensión todos los días. Son cosas... Pero, claro, si tú eso lo has fomentado...

E31:

Es que está súper bien atendida en el sentido de que demanda lo que sea: un servicio del tipo que sea, una atención, y la tiene inmediatamente. Yo me cuestionaría muchas cosas, si eso es bueno o no, porque una de las cosas que sí planteábamos a nivel de enfermería, que poníamos siempre todos esos papelillos que tenemos aquí, es que intentaríamos hacer a la población autosuficiente, los autocuidados.

Eso a veces se nos olvida. ¿Por qué? Porque tenemos que llenar números...

Entonces, ¿que está súper bien atendida? Quizás en demasía.

Podría deducirse que la manifiesta insatisfacción y la percepción de estancamiento justifica la necesidad de innovar, de explorar nuevas funciones como mecanismo de mantener o elevar la motivación, de salir de la inercia de la rutina. Como si de un ser vivo se tratase, la visión que muestran los profesionales del ciclo vital organizativo es en constante renovación.

E02:

Sí, si a mí me exigen de... A veces lo hablamos: si a mí me exigen de hacer consulta una temporada te hago lo que quieras, te hago cirugía menor, te hago la te hago grupos, si me exigen de venir aquí.

E07:

Yo creo que las ganas de hacer cosas nuevas te hacen el trabajo más fácil. No más fácil, el trabajo es más difícil pero con más ganas, con más entusiasmo: "Venga, vamos a preparar un grupo de diabetes..."

A03:

Es que, si no ampliamos, la enfermería en la primaria se está reduciendo a tomar tensiones, a valorar perfiles glucémicos, a hacer sintrones capilares, curas de úlceras vasculares, porque ya no hay casi úlceras por presión gracias a todas estas estrategias...

E01:

Entonces, tiene que haber gente con conocimiento y gente con iniciativa. Por ejemplo una de las cosas que han pasado ahora, el estancamiento este, es porque te habitúas a una rutina de trabajo y te quedas ahí.

E03:

Mantienes un poco el espíritu para no perder la idea, que yo estoy convencida que es buenisima, pero que hay que adaptar a los tiempos que tenemos. Ahora estamos en una situación distinta.

E09:

Luego se ha estancado y habría que darle otra vuelta ahora.

Llegas hasta un techo, te acomodas y ahí se para. Es como la mayoría de las cosas: llegas y [...], vamos a avanzar y avanzar, y llegas a un punto en que la cosa se va estancando, tanto institucionalmente como a nivel de grupos, y van quedando restos, núcleos por ahí de gente que sí quiere hacer cosas, pero la mayoría, una vez que se acaba el empujón, tanto institucional como inicial de la novedad y de un campo que puedes abrir; esos pioneros ya nos vamos haciendo mayores y se va acomodando.

4.6. LA INFLUENCIA DEL LIDERAZGO EN LA ORGANIZACIÓN

Una aspiración en la estrategia de crear el nuevo modelo de Atención Primaria consistía en orientar sus estructuras hacia formas organizativas más planas y horizontales, es decir, crear una organización conformada por equipos multidisciplinares responsables de atender a un grupo de población cuya misión era estudiar e identificar sus necesidades y problemas de salud, y enfocar su actividad asistencial hacia ellas. Esto implicaba cierta capacidad de autogestión, y

se representó a través de una jerarquía reducida a las figuras de coordinador de equipo, como el profesional médico que haría las funciones derivadas del propio nombre, y la de responsable de enfermería, centrada en el colectivo enfermero.

En el análisis de las vivencias de las profesionales entrevistadas, se pretende identificar como ha influido en la consolidación del rol enfermero de Atención Primaria los diferentes tipos de liderazgo percibidos, su evolución a lo largo del ciclo vital de la organización, como se han promovido, gestionado y transmitido entre los profesionales, así como el efecto de los estilos y las prácticas directivas.

Intrínsecamente relacionado con los hallazgos de esta investigación ya expresados, el liderazgo está condicionado a la fuerza que ejerza el equipo de enfermería como tal y este, a su vez, dentro del equipo global, a la armonía interna de cada equipo que continuamente precisa de ajustes y reajustes motivados por las políticas de provisión de recursos humanos, buscando un equilibrio que entienden es frágil. La imagen que proyectan hacia el exterior, encasilla a cada centro de salud y le otorga un perfil preestablecido que condiciona la relación con las sucesivas gerencias.

La mayoría de los profesionales entrevistados ocupan o han ocupado en algún momento el puesto de responsable de enfermería del centro de salud al que pertenecen. Esto les otorga poseer una doble perspectiva, emic y etic a la vez, y les permite reflexionar acerca de la imagen configurada y de las aportaciones realizadas.

De sus experiencias se deduce que el liderazgo ejercido desde esa posición es similar al ejercido en el mismo nivel en otras instituciones sanitarias. No va más allá de las tareas meramente organizativas, garantizar el funcionamiento del centro. Al igual que ocurrió con el trabajo en equipo, esta figura pudo tener en origen un papel más relevante y, sin embargo, la percepción a lo largo del ciclo evolutivo de su influencia en el desarrollo profesional, es baja. Esta afirmación se explica por la escasa referencia y alusión que los propios entrevistados hacen a ella en el contexto de las entrevistas.

E05:

En este centro, yo creo que la gente sí que entiende que es simplemente una persona que representa al equipo y que tiene que ser intermediario.

E03:

A nivel de toma de decisiones, sigue siendo el equipo. El problema es que, como es un intermediario entre el equipo de enfermería y la gerencia... Bueno, ahora mismo tal y como están las cosas, no nos sentimos muy presionados, pero hace unos años por ejemplo, yo creo que el responsable de enfermería sí que tenía que tirar del equipo en algunas formas y presionar porque había decisiones que el equipo no ha querido tomar.

E11:

Los liderazgos formales en enfermería no sirven para nada porque, aunque a veces han confluído liderazgos naturales con liderazgos formales, muchas otras veces no y no funciona eso.

El liderazgo es una cuestión compleja... Además yo lo entiendo como cambiante. No tiene nada que ver organizar un centro con el liderazgo clínico.

E02:

Yo creo que el coordinador médico muchas veces es quien más le conviene a la gerencia en algunas ocasiones porque saben que le van a moldear, le van a poder influir. Porque al final, el coordinador médico o el responsable de enfermería es un transmisor de mensajes muchas veces, porque sabes que te pagan por ello, con poca decisión, como pasaba en la dirección de enfermería: nos tenían en cuenta pero pintábamos muy poco.

4.6.1. INFLUENCIA DEL LIDERAZGO DIRECTIVO

En cambio, al preguntar qué liderazgos se identifican dentro de la organización, estos se asocian con el nivel superior, con la denominada “gerencia”. Con el objetivo de contextualizar este aspecto de los resultados, se hace ineludible describir uno de los cambios relevantes en la gestión de las instituciones sanitarias, en el periodo de lo que se ha denominado la reforma del sistema sanitario, la introducción de un estilo de dirección denominado gerencialista. De ahí, un nuevo lenguaje.

Este cambio de estilo de liderazgo introduce modificaciones en la relación jerárquica con los profesionales de los equipos y conduce a tomar decisiones que no van acompañadas con la profesión. Se evidencia en sus relatos que, en algunos casos representan intereses contrapuestos, decisiones más enfocadas a ordenar tareas y a ejercer controles de las actividades, que a valorar lo que consideran su aportación principal, la efectividad de sus intervenciones y el impacto que produce en la profesión. Desde su perspectiva, interpretan que estas decisiones están sujetas a las directrices de las políticas sanitarias del momento, y que éstas a su vez, no representan los legítimos intereses profesionales.

E08:

Los de arriba no valoran, no valoran qué tipo de trabajo hagas, valoran cuánto trabajo haces, cuántas vacunas pones, cuánto no sé (...).

E05:

Hemos tenido mucho problema con la dirección de enfermería, que yo creo que ha estado muy atada de manos para poder facilitar que nos desarrollemos.

E01:

Pero si ahora desde la propia gerencia, hablando de los directores de enfermería, hubiera alguien dinámico que dinamizara lo que realmente quiere ahora de la enfermería de primaria, se podrían usar otros caminos (...).

Hay que mirar también todas las directoras que hemos tenido...¿qué van a tirar del carro? No pueden tirar porque no tienen ni liderazgo ni conocimientos ni...

E02:

Para hacer eso (educación grupal a personas con diabetes tipo II) a mí como que me chantajearon de cierta manera para que lo hiciera porque era el objetivo de [...] en aquel tiempo, dijeron que había que hacerlo y que, si no lo hacía, pues igual perdía la interinidad.

E03:

Tienen que ver algunas gerencias que en ningún momento han movido un dedo para potenciar la labor de enfermería, y han sido bastantes años.

Yo creo que han hecho gestión. No han motivado nada, y eso que yo reconozco que al principio en las reuniones la gente salía fatal porque se le reñía.

(...) muy poca significación por parte de la Dirección de Enfermería en las reuniones y en todo.

Yo pienso, que hay falta de implicación. O sea, falta de implicación hasta emocional con el tema. Me atrevería a decir que no solo profesional.

Un aspecto que afecta a la motivación profesional es el desconocimiento que manifiestan tener las gerencias del trabajo que realizan habitualmente las enfermeras. En concreto, ignoran el trabajo que más esfuerzo requiere y que supone un valor de diferenciación de la enfermería. Las actividades de prevención y promoción de la salud como son la educación grupal a pacientes con un determinado problema de salud, por ejemplo la diabetes tipo II, o con una necesidad como es la planificación familiar.

Sorprende el desinterés en evaluar las actividades comunitarias, un trabajo dinámico que implica la participación comunitaria de otras instituciones de la zona de salud, colegios, institutos, asociaciones y el propio ayuntamiento, actividades por las que se distinguen algunos centros salud que de forma ininterrumpida llevan realizando durante años.

E05:

Yo creo que la gente se ha desmotivado porque el sistema está viciado.

Por el aumento de la carga de trabajo, por el aumento de la cronicidad. Yo creo que antes estaban obsesionados con la captación de programas, era obsesión.

Ahora, después de lo que el sistema te ha presionado para que tú captas y captas: "Venga usted que le hacemos una analítica todos los años." "Venga usted que le haremos un electro." "Venga usted que le voy a dar..." A todo el mundo lo mismo. Y ahora te dicen...

E10:

Porque no les interesa.

Interesa hacer las cuentas cada uno a su medida, solo a su medida. Lo mismo que para hacer una buena estadística hay que meter una serie de datos y hacerlo de una forma bien hecha porque si no te da falso, pues aquí se hace lo mismo. Se hace el recuento de lo que trabaja una enfermera pero de la mitad de las cosas no se quieren enterar.

E08:

Yo creo que, menos por los que mandan, es valorado por todo el mundo. Los que mandan valoran números. Yo pienso que del OMI sacan sus estadísticas, lo que les interese (...).

A02:

Luego eran consejos de gestión, estadísticas, cifras, gasto farmacéutico... de cuatro o cinco horas de estar allí cada seis meses, que se ponía él a hablar y entonces era un discurso así de horas, venga números, venga tal, venga PowerPoint (...).

E11:

Me da la sensación de que se pasó de tener una determinada autonomía en Atención Primaria a que se instaurase todo desde la dirección.

Los programas, lo que hacer; lo que tal, el cuantificar todo, el valorar a los profesionales por un número en vez de por una cualidad, porque es mucho más sencillo hacerlo así. Y el porqué, siempre se ha visto... Siempre no, miento. No sería justo. Puede que haya habido una época en que a los profesionales se los haya visto como el enemigo: el que se escaquea, el que no sé qué. Esa es mi percepción.

Las contradicciones se extienden a la inestabilidad de los criterios en los que se sustentan las decisiones gestoras, como relegar una actividad que en su momento fue justificada, impulsada y considerada prioritaria por la propia gerencia, o a reducir los objetivos profesionales a indicadores cuantitativos de captación o visita de pacientes.

A03:

Las gerencias, lo tenemos que contar y recordar porque las consejerías cambian, van cambiando y hay que recordárselos. El otro día no sé qué plantearon: “Bueno, y es que hay que ir a las escuelas”. Veinte años llevamos yendo a las escuelas. “No, perdón, lo estamos haciendo hace mucho tiempo.”

E03:

Las gerencias lo que suelen hacer es borrar y cuenta nueva, y eso no se puede hacer. Yo pienso que siempre tienes que recoger porque, bueno, hasta aquí hemos llegado porque ha pasado lo anterior; no hemos venido caídos de ningún sitio.

Lo que a mí personalmente me incomoda en las gerencias muchas veces es que parece que van a descubrir la pólvora ahora. Hace mucho tiempo que hemos hablado de muchas cosas. Todo esto no es nuevo, dale la forma que se necesita ahora, cambia la terminología —que cada uno pone la suya— pero reconoce que todo esto lleva una trayectoria, no es nuevo, no ha empezado ahora.

E05:

Entonces ahora te dicen: “No, no. Ahora hay que fomentar el autocuidado”, cuando nosotros llevamos hablando de eso muchísimos años. Pero, bueno, ahora es reiniciar (...).

E06:

Hubo una reunión con la gerencia. Me llamó la atención que nos comentaba el gerente que cada vez teníamos que promocionar más el autocuidado, cuando años anteriores yo creo que promocionaban todo lo contrario.

Los profesionales no reciben una retroalimentación que les informe del grado de competencia profesional. Se evidencia entonces que esta actitud institucional conduce a los profesionales a una espiral desmotivadora influida por el escaso interés en conocer y reconocer el trabajo real y efectivo de la profesión que ve así dañada su autoestima profesional.

E03:

Yo creo que podríamos dar bastante más.

Si saliéramos de la posición cómoda, quizás porque estamos quemados, porque estamos hartos, porque llevamos mucho tiempo, porque cada cierto tiempo cambian los gestores, cada uno con la carpeta anterior, y entonces viene y de repente dice: “Ahora dicen que hay que ir a los institutos”, y tú dices: “Pero si llevamos veinte años yendo a los institutos, ¿de dónde han bajado ahora?”.

Que ahora dan una importancia terrible a los grupos pero, bueno, ¿de dónde vienen? Que el presente se ha hecho de la historia pasada (...)

Asociada a esta desmotivación, existe la creencia del predominio de otro tipo de intereses en los liderazgos organizacionales y su priorización frente los suyos. Las profesionales que lideraron el inicio valoran globalmente como una involución, como una pérdida de autonomía en la gestión de la que disfrutaron cuando se gestó el modelo y se relaciona el bajo liderazgo con la condición laboral de interinidad como una devaluación de los puestos directivos. Influye en esa creencia haberse formado en la cultura descentralizadora, basada en la convicción de que ocupar temporalmente un puesto de gestión significaba tener unas capacidades y un único interés centrado en apoyar la autonomía profesional, atributo que asocian a las instituciones públicas.

E01:

Ha habido de todo, pero en realidad ha habido un error muy gordo: que nadie estaba formado en primaria y que nadie realmente sabía lo que quería de primaria. Luego hay una cosa que para mí es lo peor, pero a nivel de todo. Es decir, que tú... A ver, si tú quieres luchar por enfermería no puedes estar unido a ningún partido porque, en el momento en que tú estás en una gerencia, si el de arriba dice: “Por aquí tienen que ir los tiros”, van por ahí y tú eso, o lo asumes o te vas.

Por ejemplo en aquel momento políticamente interesaba que hubiera domicilios porque en primaria la gente no sé qué... Entonces todo eran necesidades para el paciente, que de aquello ha venido lo que hay.

E04:

Yo eso lo he vivido con mucha preocupación y además ha sido algo que ha pasado en esta área de salud. Hace unos años hubo un cambio que dependió de una gerencia y a mí me pareció duro. Toda la línea jerárquica se escogió entre gente interina, que no tengo yo nada en contra de los interinos, absolutamente nada, pero a mí me parece que ahí perdió mucho la organización y perdimos mucho todo porque las personas que estaban no eran ni las mejores ni las más capaces ni las que más podían liderar, sino las más necesitadas de trabajar, las más maleables, las más influibles, las más manejables, y a mí eso me parece que ha sido una pérdida muy grande y un gran error organizativo.

E03:

Y luego que te cansas de tener que estar siempre demostrando algo porque yo todavía seguir oyendo alguna vez qué hacemos de tal hora a tal hora, es que no lo soporto, yo ya no puedo con eso porque ya estoy harta de estar demostrando permanentemente qué haces, cuál es tu trabajo y si es bueno.

Yo he pasado, a lo largo de los años, de tener coordinadores médicos o coordinadores de enfermería, nombrados por la gerencia siempre pero a propuesta del equipo, a ahora en los últimos años en que el equipo no propone nada, la gerencia nombra.

Se describen experiencias satisfactorias con direcciones de enfermería concretas, pero no coinciden en las mismas, lo que nos lleva a pensar que existen diversos factores que intervienen en las relaciones institucionales no pudiéndose atribuir a uno concreto el ejercicio del liderazgo institucional, igual que no existe consenso acerca de las características que debe poseer quien lo ejerce al estar condicionadas, se entiende, por las contingencias del ciclo vital de la organización.

E09:

Como en todo trabajo, y sobre todo cuando es público... Si tú quieres trabajar la primaria, tienes mucho campo. Si no quieres trabajar, lo puedes sacar también por las siguientes razones: la primera, porque ni las gerencias ni los responsables, ni están pagados ni toman decisiones ni son capaces de poner orden.

Una persona que está nombrada ahí porque le dan 200 euros no se complica la vida en ciertos aspectos organizacionales ni en tomar este tipo de decisiones que pueden ser poco bien vistas o que te pueden traer problemas.

A02:

Con la otra gerencia sí me sentía más arropada, venían de vez en cuando, nos escuchaban. Si que hemos tenido incluso eso: valoraciones personales, yo tengo por ahí los correos y sí... Hacerte ver que estás trabajando bien, que las encuestas de satisfacción son buenas, que se sacan grupos adelante, que la gente está respondiendo (...).

Nos han felicitado en navidades porque ha salido el trabajo adelante y porque no hemos generado conflictos y problemas, porque no les llegan quejas.

E06:

Prefiero que mi paciente sepa que está atendido a que lo sepan mis jefes, a que mis jefes tengan una cuenta y digan: "Fulana me sale rentable". Eso me importa menos.

En el trabajo con los jefes, tener compañeros que sí responden, es como... ¿A ver cómo lo explico? No te ves muy reconocido como enfermero. Al final, somos enfermeras.

4.6.2. LIDERAZGO PROFESIONAL

Al no destacar la influencia de otros liderazgos y ante las evidencias de estar ante un nuevo profesionalismo como sinónimo de liderazgo, se pone en valor que los logros profesionales son atribuibles exclusivamente a cada uno de los profesionales que así lo manifiestan.

E07:

Sí que lo hay (el liderazgo). Yo hay centros donde lo he visto más. Aquí la verdad es que hay muchas personas de las que se puede aprender muchísimo y que son un ejemplo a seguir.

Existe la convicción de que se ha conseguido algo sólido, que está relacionado con las capacidades profesionales que individualmente desarrollan en su relación con sus pacientes, en su entorno familiar y en su entorno social.

E01:

La evolución es nuestra, vamos, el 90%. Lo tengo clarísimo.

Más allá de un enfoque puramente organizativo, analizar la influencia en la cultura de este liderazgo implica destacar qué valores lo conforman. Una visión entendida como un acuerdo implícito entre la sociedad, representado a través de cada una de las personas que la componen, que otorgan su confianza a los profesionales de la salud a cambio de que estos la ejerzan con independencia en la toma de decisiones y con una autonomía basada en una ética colectiva.

E03:

Yo creo que las enfermeras, de entrada, ofrecen confianza para que ellos sean capaces de plantear cosas que no plantean en otros sitios. Solicitan ayuda para muchas cosas. ¿Por qué? Porque, de alguna manera, tú te implicas en sus problemas, tú intentas ayudarles.

Y luego, establecer una relación de confianza no se establece rápido, se establece a base de contacto, a base de paciencia, no se establece a base de un cuestionario que figura en el OMI.

Yo pienso que el liderazgo es implicarte, intentar formar parte de la población que tienes asignada, intentar que te consideren un referente y, para eso, tienes que darle algo más...

E08:

Tienes que tener capacidad de comunicación, tienes que tener empatía con los pacientes, tienes que darles confianza porque tiene que transmitir muchas cosas e intentar educar, con lo difícil que es eso; educar al paciente y se supone que a la población. Vamos, eso ya es mucho decir. Esas son ya grandes abstracciones que no sé si haremos algo o no, ni siquiera con uno, con el paciente que tienes delante.

Pues yo creo que en primaria eso es fundamental.

E10:

Lo veo en cómo solicitan, cómo quieren, cómo van encantados, cómo se apoyan y cómo al final con el que más confianza tienen es con la enfermera y hasta a veces le llaman por teléfono: “Oye, me pasa esto”.

La confianza y la implicación son los valores predominantes, y conforman los requisitos previos a la satisfacción que manifiestan en el ejercicio profesional, que va íntimamente ligada a la del paciente, lo que significa que se diseñan cuidados y actividades estratégicamente en forma de servicios que este ha identificado y ha considerado relevantes para su bienestar. Expresivamente esta presunción se corrobora al escuchar “yo invierto tiempo en mis pacientes”. Y que estos servicios se adaptan a sus circunstancias de salud, personales, familiares o sociales.

E05:

Mira, realmente los que más valoran tu trabajo son los pacientes que son atendidos en los domicilios porque ellos ven... Igual que tú cuando vas a un domicilio ves otra perspectiva de paciente, su entorno, ellos también te valoran de otra forma.

Yo me siento valorada por los pacientes.

Principalmente la iniciativa y la motivación que yo creo que son necesarias para desarrollar tu trabajo. Y luego eso, implicarse (...).

A mí me gusta tanto la primaria porque yo creo que me puedo desarrollar a nivel profesional de forma independiente y eso para mí es... Y el tiempo que tengo, el trato con el paciente, el poder acompañar a las personas desde el momento en que nacen hasta que envejecen.

Yo invierto tiempo en mis pacientes.

E10:

Lo veo en cómo solicitan, cómo quieren, cómo van encantados, cómo se apoyan y cómo al final con el que más confianza tienen es con la enfermera y hasta a veces le llaman por teléfono: "Oye, me pasa esto".

Convicciones que conducen a pensar que la complejidad intrínseca de este liderazgo no puede reducirse a meros adjetivos explicativos. Valga el relato de cada experiencia para identificar los rasgos comunes de una profesión, la enfermería de Atención Primaria, íntimamente vinculada y comprometida con la sociedad.

E06:

La relación con el paciente y la satisfacción del paciente. De las cosas que más gustan es que salga el paciente por la puerta y...

...Que tratas con la familia y su entorno. Me acuerdo que me emocionó un montón una vez hace años cuando trabajaba todavía en Polanco. Yo llevaba curando un montón de tiempo a una señora y se murió. Me vino en una guardia la hija y me dio un abrazo dándome las gracias por lo que había... Esas cosas son las que no se miden.

Por los pacientes sí, y al final son los que ves y los que te hacen sentir bien en el día a día.

Como profesional, el trato con los pacientes es diferente. No es lo mismo trabajar con alguien que está en su entorno, que conoces a su familia, que trabajar en el hospital donde para ellos la situación es más difícil.

E07:

Pues mira, yo creo que cuando... Igual he tenido varios casos últimamente con pacientes que han fallecido, ya pacientes al final de la vida, tanto por temas tumorales como pacientes inmovilizados, y yo creo que al final, cuando llevas [...] a su domicilio para hacer unas curas o unos controles y al final ha fallecido la persona, el que venga la familia y te agradezca haber facilitado todo ese proceso, para mí ha sido satisfactorio.

Tú manejas tu cupo perfectamente. Tú tienes unos programas y al final tú te vas a quedar un poco... Una demanda siempre la vas a tener, pero tú esa demanda puedes hacer que sea así o puedes hacer que sea el doble. Entonces, depende un poco de lo que te quieras implicar.

E11:

Es necesario (el liderazgo) y ahí es lo que digo, que los profesionales deberían ser lo suficientemente espabilados para darse cuenta de sus liderazgos, que no tienen nada que ver con los formales.

E02:

Yo estoy muy satisfecha de mi trabajo. Me gustaría hacer más cosas comunitarias, me gustaría evaluar y tener tiempo... Me gustaría tener menos años y más ganas para salir a las actividades.

Pero creo en lo que estoy haciendo. Yo estoy muy satisfecha. Yo me voy a mi casa muy contenta con mi trabajo.

También me pregunto qué pasará de mí dentro de diez años, que tendré 55 y, cuando tenga que subir a un cuarto —que ahora subo fácil porque he bajado de peso, tendré que seguir bajando de peso—, a un cuarto sin ascensor a curar gente con lo que me duele la espalda algunos días

A03:

Pero a mí ir a los domicilios es lo que más me satisface y creo que es donde está nuestro papel en la primaria. Es ir a la casa de los pacientes que son dependientes, que son terminales, que son ancianos. Ese es nuestro papel, para mí.

E09:

A mí siempre me ha resultado muy satisfactorio el ver que la persona con la que estoy trabajando mejora, que mis pacientes mejoran (...).

Cuando el paciente te agradece una cosa, para mí eso es... Viene y te dice espontáneamente: “Gracias”, y para mí eso es importantísimo.

Hay muchas horas de trabajo, claro, y es estar pendiente de tus enfermos todos los días, es estar a ver cómo estás yendo, a ver qué estás haciendo, voy a ver qué estrategias utilizo para que esta persona mejore o para que este grupo poblacional mejore.

Yo trabajaba con mis pacientes, veía que la gente que entraba la mayoría mejoraba... A mí lo que me importaba era eso, no me importaba si estaba reconocido o si... No, el reconocimiento es para quién creas una cosa, el reconocimiento es que a esa gente para la que lo has creado le valga para algo.

E04:

Reconocimiento, mucho. Reconocimiento de la población, quiero decir.

Además, yo me siento muy a gusto.

Para mí es un trabajo que me satisface, es un trabajo que me gusta, es un trabajo que a veces me cansa, que a veces tengo la sensación de monotonía, pero es un trabajo que me enriquece mucho también y que me ha ayudado mucho a aprender y a formarme como persona.

4.7. RELATO

En coherencia con el tipo de estudio, con la intención de expresar “la parte por el todo” y visibilizar la complejidad del trabajo de una enfermera en Atención Primaria, se describe a continuación el relato de un día de trabajo de una de ellas.

“La enfermera de Atención Primaria vive tantas vidas como personas atiende a lo largo de su vida profesional”

Ocho y media de la mañana de uno de los primeros días del mes de septiembre del año 2013. La enfermera llega a su consulta, viene de una reunión del equipo, abre su agenda en el ordenador y observa la relación de pacientes citados para ese día, catorce en total. A cuatro de ellos los irá a ver a su domicilio. Me enseña un cuaderno en el que organiza la periodicidad de las visitas de seguimiento a las personas que no pueden salir ya de sus casas. Un vistazo rápido le permite actualizarla y comprobar que no se olvida de nadie. Hay más de treinta personas en esta situación. Las otras dos visitas están condicionadas a situaciones de salud comprometidas y son de periodicidad diaria.

Entra en la consulta una mujer que acude a una revisión de su diabetes. “Carmen, dile a la compañera que me acompaña hoy cuántos años tienes”, ¿cuántos me echa? “no sé, por la pregunta va a tener más de los que aparenta...”, “ochenta y un años, ¿a que no lo parece? Con todo lo que he pasado, ella lo sabe bien porque la tocó vivir la enfermedad de mi marido hasta que murió, y luego la de mi hijo, eso sí que fue grave...¿te acuerdas?”...

Antonio no solo tiene diabetes, lleva más de quince años con el seguimiento de sus problemas de salud, y por las limitaciones físicas al deambular sí aparenta la edad que probablemente tiene. Al sentarse, la enfermera le observa y se inclina hacia él desplazando el párpado inferior del ojo. “Antonio, ¿cómo te encuentras?”, “No muy bien, cansado”. Se gira hacia la pantalla del ordenador y analiza su historia clínica. “los últimos análisis que te hicimos fueron en julio del pasado año, ¿no?... vamos a pedirte unos”. Le toma la tensión arterial, le pesa, le pregunta como se encuentra... Pasa a la consulta de al lado, informa a la médico de la valoración realizada y le comenta la situación, hay que decidir qué parámetros específicos se solicitan. La visita finaliza con una triple cita para el seguimiento de Antonio: realizar una prueba analítica de sangre, una consulta con la doctora para conocer los resultados, y la siguiente vez que volverá para el seguimiento de sus problemas. El programa de citas le advierte que ésta última coincide con sus últimos días de vacaciones. No hay problema, lo cita con la compañera que verá a sus pacientes en ese periodo.

A las diez y media de la mañana, previa preparación de dos bolsas con material de curas, recetas, aparato de tomar la tensión arterial, glucometer, salimos en coche a realizar las visitas domiciliarias. El orden lo marca la ubicación geográfica. Estamos en un municipio de dieciocho mil habitantes que ocupa una superficie de casi siete kilómetros cuadrados.

Visitamos a un paciente considerado en estado de salud terminal cuyo seguimiento es compartido con el equipo de cuidados paliativos. Precisa una cura diaria de un proceso quirúrgico y una valoración global de su delicada situación. La enfermera y su cuidadora intercambian información, realiza la cura y se asegura de reponer el material que ésta va a precisar para la continuidad de los cuidados.

Nos desplazamos del centro urbano a la zona más alta del municipio. En una casa grande con jardín vive Gumersinda, una mujer de ciento un años. “Siempre la he visitado en casa, llevo vi-

niendo más de quince años. Comencé curando al marido unas úlceras en las piernas...”. Mientras conversa con ella, le toma la tensión arterial, le ausculta, le realiza la prueba de glucosa y comprueba el estado de una pequeña úlcera en la pierna. Tiene un edema muy llamativo en la mano derecha. Hace varias fotos para que la médico pueda determinar a qué se debe.

De camino a la siguiente visita recuerda la peculiar relación entre Gumersinda y su marido...

En otro lado del municipio se encuentra la casa de Rosa y Carmina, dos hermanas de 91 y 93 años de edad. Tampoco los aparentan. Celebran la llegada de la enfermera como si de una visita de un familiar querido se tratase. Saben que además de proveerlas de recetas para obtener sus medicamentos les tomará la tensión, revisará el estado de la piel y de la alimentación, hablarán un rato con ella de del día a día. Viven con una sobrina, el marido y su hijo. Hay armonía en una casa ordenada y reluciente...

Agustín es un hombre con muchos y complejos problemas de salud. Su vida lleva tiempo girando en torno a ellos. Le han realizado un trasplante de riñón y las complicaciones le mantienen tumbado en un sillón. Hay que preparar con cuidado el campo de cura para esa herida quirúrgica que no cierra. E infundir ánimos a alguien que se sabe enfermo.

Al volver al centro de salud entramos a tomar un café en “el 41”, la sala de estar. Ahí los profesionales llegan, toman café, se integran en la conversación creada en torno a la mesa, y vuelven al trabajo. Diez minutos y de nuevo en la consulta.

A las dos de la tarde sale el último paciente. Aprovecho para dialogar con ella.

MARÍA: El primer día que estuve aquí, vino a la consulta una chica a que le retirases unos puntos de sutura en la cabeza. Recuerdo que comentó que era de aquí pero que había vivido un tiempo fuera, en Pontevedra. Venía acompañada de su marido y entonces, tú aprovechaste...

CLARA: Ah, que era nueva ¿no?

MARÍA: Sí, no la conocías y le preguntaste si hacía tiempo que no se hacía una citología. Salió de aquí con una cita para la matrona. ¿Crees que facilitar el acceso a los servicios contribuye a fidelizar la relación con la enfermera?

CLARA: No, porque aquí hay una cosa que está clara. A veces sí, pero es muy difícil. Aquí para que un paciente llegue a tu consulta, salvo que sea un desplazado, tiene que estar inscrito en el cupo de un médico. Es decir, a mí hay gente de otros cupos que me conoce y no puedo verles, salvo como ha pasado a veces que: “Oye, no, es que yo quiero esta enfermera...”.

Hay una cosa que es muy importante y es que el paciente teóricamente puede elegir el médico pero no puede elegir la enfermera. Eso es un hándicap.

MARÍA: Eso condiciona la estructura del trabajo, ¿no?

CLARA: Exactamente. De hecho, el hijo de esta señora que hemos tenido esta mañana — Josefa, la más mayor—, el que me dijo: “Oye, Luz, dame una cita que es que he estado...” Ese señor es de Lerma, del doctor Lerma. Como somos menos enfermeras que médicos, hemos tenido que rotar.

Lo que hacíamos era, cada dos años, una enfermera llevaba dos cupos. Entonces, yo hace tres años compartí el cupo de Pilar y el cupo de Lerma. Y este señor, que yo no le conocía hasta ese momento, pues empezó a ver...

Entonces empezó: “Porque nadie ha conseguido...” “No, no es que nadie ha conseguido, si lo tienes que conseguir tú. Yo te doy las pautas”...

Este señor, por ejemplo, bajó conmigo como 40 kilos, el hijo de Josefa.

MARÍA: Se fidelizó.

CLARA: Pero si ellos ven que tú te preocupas y que tú das consejos como: “Mire, usted tiene mucho peso”, entonces empezó una dieta y bajó, porque lo hizo, claro, lo hizo él pero yo le di las herramientas.

Entonces ese señor, cuando a mí me quitaron el cupo de Lerma, dijo que no quería cambiar de enfermera y yo le dije: “Mira, es que yo no puedo quedarme con pacientes que no son del cupo que yo tengo”. Se fue a la gerencia y dijo que él quería estar conmigo y le han dejado, aunque figura que es de otra enfermera.

Son las tres de la tarde.

CLARA: Olvidé enseñar a Pilar las fotos...

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Este capítulo pretende relacionar desde la orientación teórica en la que se enmarca el estudio, los resultados obtenidos a partir de los discursos de los entrevistados y de lo observado, con las evidencias publicadas en la literatura.

5.1. ETNOHISTORIA DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERÍA

La significación esencial del estudio lo constituyen los relatos de las principales creadoras de la cultura enfermera de Atención Primaria que siguen presentes en la institución y que con una riqueza descriptiva a través de expresivos códigos en vivo. Han ofrecido la oportunidad de conocer la evolución de un grupo profesional desde su comienzo y permitir obtener una perspectiva de cuál ha sido su función, qué supuestos la han ido conformando, si le ha proporcionado una identidad y si varias generaciones más tarde, ese mismo grupo puede descifrar las claves de ésta.

Ellas son las impulsoras de una nueva identidad organizacional construida a través de los procesos narrativos que surgen en la interacción del día a día. El valor de la información que nos han proporcionado lo asimilamos a la reflexión de Cruz (2014) cuando compara el tiempo de la vida de las personas con el de las sociedades, articulándola en torno a las categorías de presente, pasado y futuro, al afirmar que tanto las evocaciones más gratas como los más positivos anuncios adquieren, ineludiblemente, su correspondiente carácter sobre el trasfondo de una visión de lo pasado y de lo venidero que los activa y carga de sentido.

5.1.1. FUNCIÓN DE LA CULTURA EN EL CICLO VITAL ORGANIZATIVO

Desde la perspectiva etnohistórica, al comparar la percepción de la evolución del modelo de Atención Primaria de Salud con las etapas del ciclo vital de una organización desde la perspectiva de Schein (1988), se podría afirmar que las funciones que cada cual tiene en la cultura, son similares.

El impulso con que comienzan sus fundadores, que se esfuerzan en diferenciarse de lo anterior, se convierte en nuevo paradigma cultural que distingue la singularidad de la nueva organización. (Schein, 1988) considera que, en la denominada etapa de nacimiento, “la autoimagen sobre la manera en que hacen las cosas está sólidamente articulada en torno a dos presunciones” (p. 269): cualquier persona puede tener iniciativa, y las decisiones pasan por la aprobación del grupo.

Características reflejadas en las enfermeras, ahora ya apodadas por una de ellas como “románticas”, expresadas con códigos en vivo como “*fuimos desnudas totalmente*” o “*entonces*”

defendías mucho tu trabajo”, que describen su autoimagen como creadoras de una cultura y se convierten en el “*aglutinante psicosocial del grupo*” (Schein, 1988, p. 269). Las expresiones “*la teníamos que coger entera*” y “*la lucha por buscarse un hueco*” acuñadas en las entrevistas, les otorga el estatus de fundadoras de una nueva identidad profesional y manifiesta esos rasgos culturales universales que han sido aprendidos como defensa contra quienes no apoyaban el cambio, “un grupo que ha ido luchando para construirse y mantenerse”, (Schein, 1988, p. 270). El esfuerzo inicial y la ilusión mantenida en el tiempo, aparece como rasgo distintivo en el relato biográfico de una enfermera que vivió la misma experiencia (Lluch, 2011).

Uno de esos rasgos distintivos, por oposición a la otra cultura profesional, la hospitalaria, es la ausencia de jerarquía en la toma de decisiones en los momentos de construcción, circunstancia que reflejan las ya referidas presunciones y “el énfasis en la socialización como evidencia del compromiso” (Schein, 1988, p. 267), descrito con la expresión “*ahí se movía otra dinámica*”.

Las resistencias al nuevo modelo organizativo por parte de algunos profesionales con tradición jerarquizada, podrían interpretarse en la oposición al trabajo en equipo multidisciplinar. Según Schein, la variedad de subfases por las que pasa una organización en este sentido, pueden responder a múltiples causas pero siempre hay una cultura de campo de batalla, situación recalca- da en las entrevistas con códigos en vivo como “*había gente muy resistente*”.

¿Qué mecanismos de cambio han influido en la evolución de la cultura? Varios según el aspecto profesional que se analice. Si del rol se trata, se puede afirmar que ha tenido una “evolución natural”, haciéndose más complejo en el tiempo, “*una transformación del trabajo lenta pero constante*”, en un entorno de adaptación. Si se trata de la orientación en la gestión, la evolución ha estado influida por un giro brusco en sus métodos, una reestructuración en los años noventa en el modelo de dirección vinculado a la transformación de la sociedad a la que el sistema sanitario no fue ajeno, según Irigoyen (2010), métodos basados en el racionalismo constructivista que persisten en los modelos de gestión actual, (Stacey, 1998).

Con este giro se pretendía reprofesionalizar a los sanitarios para adecuarlos a un nuevo modelo asistencial congruente con el modelo productivo global. Sin tiempo para haber consolidado el nuevo *estatus*, este modelo de gestión afecta de manera tal al núcleo distintivo de la profesión, que consideramos ha condicionado el propio rol enfermero, y rectificado algunas de las expectativas generadas en el inicio. Esta afirmación la discutiremos de nuevo más adelante.

Sirva de ejemplo el cambio en el denominado *ratio* profesional/paciente, cuando una informante afirma: “*el ratio profesional/población ha cambiado tanto que hace que te metas en una dinámica que casi no puedes hacer otra cosa*”. Una forma de evolución que Schein (1988) denomina “*revolución controlada a través de terceros*” (p. 267).

En la adolescencia de la organización, la cultura se da por asumida y sus funciones son menos evidentes. En las instituciones geográficamente dispersas, como son los centros de salud, pue-

den formarse poderosas subculturas en las que las fuerzas desbloqueadoras vendrán del interior o del exterior, Schein (1988). Este factor de dispersión y aislamiento de los centros de salud, es esencial en la evolución al reflejarse en los relatos cuando se afirma “*hay tantos equipos como centros*”, sin embargo, no es tanta la intención etnográfica de indagar en las subculturas creadas en cada equipo de cada centro de salud, algo que sería difícil de descifrar, como de identificar y describir las creencias comunes a todos, que las tienen y han sido identificadas en forma de patrones. A su vez, estos patrones han puesto en evidencia que las subculturas, si las hay, no han afectado a la integridad de la cultura común.

Si por adolescencia de una organización se entiende un periodo de tiempo en el que se consolidan y expanden sus productos, y los cambios que precise pueden ser planificados, sobrevenidos del desarrollo tecnológico o para “encauzar la empresa en alguna dirección”, (Schein, 1988, p. 283), podría deducirse que la de la Atención Primaria ha pasado inadvertida. Se habrán producido cambios, pero no han debido tener el impacto suficiente como para influir en una cultura que ha ido pareja a la evolución de la profesión, “*una transformación lenta, constante*”, más centrada en adaptarse a las demandas externas, las necesidades de la población, que en afrontar de nuevo cambios turbulentos internos.

El último estadio que Schein considera, la madurez, estancamiento y/o declive de la institución, cierra el ciclo y adivina la dicotomía a la que se ve abocada. Según él, no se llega a esta fase necesariamente por antigüedad, sino cuando determinadas presunciones sobre su misma cultura y su entorno, actúan como filtros que impiden la supervivencia o la renovación, circunstancias que antes o después llegarán a un entorno dinámico como lo es cualquier organización.

De nuevo existe concordancia tanto en nuestros hallazgos cuando las fundadoras ponen en valor sus miedos al estancamiento y expresan la necesidad de “*adaptarse a los tiempos sin perder la idea*”, al futuro condicionado no sólo a su identidad, “*como no seamos capaces como colectivo (...) de decir que pintamos algo en la sociedad*”, sino también asociado a la evolución del sistema sanitario, con los autores que han evaluado periódicamente el modelo de Atención Primaria, (Gervás, Pérez-Fernández, Palomo y Pastor, 2005; Borrell y Gené, 2008; Navarro y Martín, 2009; Casajuana y Gervás, 2012).

¿Qué cambios debe afrontar en el futuro la profesión y la organización si se encuentra al final de un ciclo? Con una mirada desde el profesionalismo y su relación con las instituciones, Hernández (2013) analiza la evolución de las profesiones sanitarias en términos de procesos adaptativos y pronostica que, ante la necesidad de satisfacer nuevas expectativas de salud, generadas a su vez por los cambios ambientales, las organizaciones sanitarias ven en la enfermería de Atención Primaria la capacidad de ejercer nuevas funciones que antes no existían, o que eran exclusivas de otras profesiones.

Para obtener una mayor comprensión de la que habitualmente se concibe para las organizaciones sanitarias, Repullo (2006) sugiere que el enfoque de la teoría de la complejidad y el caos

de Stacey, permite un nuevo método de análisis cuando del rediseño del propio sistema sanitario se trata, un enfoque que debería tener en cuenta los patrones evolutivos de las profesiones sanitarias. Así, Repullo (2013), examina la evolución de las profesiones según el grado de incertidumbre y consenso en cuanto a la ampliación de funciones para explicar la paradoja de la innovación y su impacto en las organizaciones cuando de las profesiones sanitarias se trata. Una novedosa interpretación que deberá hacer reflexionar a la enfermería al afirmar que todos los colectivos profesionales sanitarios se resisten a delegar funciones y perder rutinas, y pretenden, en sus nichos, expandir su territorio hacia las fronteras del conocimiento movidos por la seguridad de repetir un ritual ya conocido.

Y si se considera que la utilidad derivada del trabajo tanto en equipo como de forma individual quien se beneficia es el ciudadano, los procesos evolutivos exigen que las profesiones se redefinan en lo que históricamente ha establecido el llamado contrato social implícito, basado en un conjunto de valores, conductas y relaciones sustentados en la confianza, mediante el cual la sociedad y los poderes públicos han permitido un modelo de autogobierno profesional capaz de anteponer los intereses de los ciudadanos por encima de los legítimos propios, y de adoptar las decisiones profesionales de manera independiente y experta, (Hernández, 2013).

La satisfacción mostrada por las enfermeras, refleja la vigencia de ese contrato social que precisaría ser legitimado explícitamente dentro de un marco político consensuado que regule las profesiones sanitarias en las condiciones que exige una sociedad avanzada.

5.2. INFLUENCIA DE LAS POLÍTICAS DE PERSONAL EN EL DESARROLLO PROFESIONAL DE LA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA

La visión crítica que poseen las enfermeras respecto a las políticas de personal, acuñada en la expresión *“eso ha sido nefasto”*, es compartida dentro y fuera del sistema sanitario. El análisis desde las perspectivas sincrónica y diacrónica que caracteriza este estudio, permite corroborar que la persistencia en el tiempo de incorporar profesionales con amplia experiencia hospitalaria a sus equipos, refleja contradicciones y decisiones que no van acompañadas con la evolución profesional, que han influido en su desarrollo y suponen una amenaza no despreciable para su futuro.

Una de ellas, la contradicción que supone la incorporación de enfermeras que provienen del hospital cuando se afirma *“es que el problema que hemos tenido en Cantabria es ese”*, se convierte en patrón que señala las contrariedades y potenciales consecuencias de estas incorporaciones. Indagar en el origen de esta decisión está fuera de los objetivos de nuestro estudio y obligaría a entrevistar a los gestores responsables del reclutamiento de profesionales, sin

embargo nos surgen interrogantes hacia cuáles podrían ser las presunciones que en este caso operan en los gestores. ¿Existe interés en conocer la efectividad de las intervenciones de un colectivo profesional que tiene asignada la atención sanitaria de un grupo de población? La respuesta tranquilizadamente correcta sería afirmativa, como cabría esperar de quienes ejercen la responsabilidad de administrar los recursos públicos limitados que como sociedad disponemos para atender las necesidades de salud ilimitadas.

Con un ejemplo comparativo podríamos también ilustrar esta contradicción al preguntar si un médico cirujano cardiovascular podría desempeñar el rol de médico de familia, respuesta que intuimos sería negativa, luego, ¿por qué una enfermera que ha desarrollado una carrera profesional en un quirófano y por lo tanto con un perfil tan especializado, es considerada adecuada para ejercer en el ámbito de la Atención Primaria?

Para su discusión se contrastan los resultados, con ese matiz temporal, con los puntos de vista de los autores que han prestado atención a este elemento moldeador de presunciones (Celma, 2007; De la Cuesta, 2004; Hernández, 1993, 2001, 2013; Martínez, 2012; Repullo, 2010).

Si la reforma del ámbito asistencial ambulatorio se justificó sobre una base sólida de acuerdo en la necesidad de un profundo cambio organizativo, una exigencia consistiría en acompañar dicho cambio con una política de personal acorde con las expectativas creadas. Este debería ser un requisito esencial tal y como en su momento Hernández (1993) ya argumentaba. Según él, cuando la empresa pública afronta estratégicamente un reto de esta envergadura, debe desechar las viejas políticas de personal fuertemente asentadas y reformularlas al entender que su mayor riqueza y su principal recurso está en los servicios profesionales.

Con menos de diez años de reforma transcurridos, Hernández (1993) afirmaba “no es tanto que hayan existido malas prácticas, como que nunca ha existido una política global de recursos humanos” (p. 179). Este enfoque que analiza las consecuencias de la no política de personal más que de sus deficiencias, atribuye a una concepción exclusivamente instrumental de los profesionales y a las propias políticas la limitación de introducir los elementos estratégicos acordes con lo que se había planificado. Critica severamente y asocia estas prácticas inadecuadas, al desconocimiento riguroso de la realidad de los centros, a unos marcos normativos rígidos orientados más a los derechos subjetivos de los empleados y al poco valor que se otorga a la influencia de las culturas profesionales como impulsoras o bloqueadoras de las prácticas y actitudes de los centros. Todo ello, concluye, ha conducido a contextos culturales y organizativos contradictorios.

En los hallazgos de nuestra investigación se desvela que la ausencia de formación y el desconocimiento del entorno no benefician la evolución profesional, cuando afirman que llegaron “*sin ninguna preparación previa, sin ningún conocimiento antes de ir, del hospital a primaria*”. Surgen entonces dos aspectos a discutir:

1. Cuál es la formación adecuada de una enfermera de Atención Primaria versus Atención Especializada.
2. Qué competencias enfermeras valora la administración en los procesos de reclutamiento y traslado de profesionales.

En un sistema sanitario en el que son las administraciones públicas quienes regulan el ejercicio profesional y quienes por tanto determinan el tipo de especialización que debe orientar su formación, cabría preguntarse si no desarrollar el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se normaliza la obtención del Título de Enfermero Especialista, en el que se contemplaba la Enfermería Comunitaria, hubiese permitido otra forma de reclutar enfermeras para Atención Primaria. Aunque de esta reflexión surge otra pregunta, ¿quién hubiese formado entonces a esas enfermeras especialistas? Sin embargo, la actual normativa desarrollada en el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, deja en evidencia una contradicción, la exclusiva capacidad de cada Comunidad Autónoma para exigir esa competencia en el ejercicio profesional.

La manifestación del desconocimiento de las competencias necesarias por parte de quienes se trasladan, añade otra contradicción, puesto que se acompaña de una presunción, la *“imagen de que vienes aquí a descansar”*, transformada con el tiempo en un mito extendido y simbolizado en la frase *“vienen las viejas glorias de Valdecilla al cementerio de los elefantes”*. Procede entonces discutir la trascendencia de estas decisiones de trasvase de personal.

Si con una década de funcionamiento de la Atención Primaria, las experiencias desde dentro del sistema ya eran estudiadas y conocidas sus consecuencias, prever éstas y cuestionar la movilidad de enfermeras con amplia experiencia hospitalaria a los centros de salud debería haberse sopesado. Paradójicamente induce a pensar que la política de personal en el entramado de la administración pública es estática y poco permeable a los cambios de su entorno, cuando han pasado más de veinte años desde que entonces se señalara una de las causas de esta disfuncionalidad:

La influencia de los sindicatos a interpretar la limitación de la movilidad voluntaria del personal como una amenaza a sus derechos, en lo que parecía tratarse más bien de un privilegio arraigado, humanamente comprensible y defendible, pero costoso para el sistema público (Hernández, 1993, p. 199).

Se deduce que el valor del privilegio de movilidad casi absoluta que tiene dentro de las culturas funcionariales, hace de este aspecto algo en principio irrenunciable, sin embargo los gestores responsables deberían sopesar lo que la economía de la salud considera un principio, el coste de oportunidad que supone para la institución, es decir, el beneficio perdido de mantener en su puesto a una enfermera con amplia experiencia en un servicio especializado, frente al conseguido al cambiar a un puesto de trabajo que desconoce. Se presupone que este coste sería alto e ineficiente para el sistema, puesto que evidencia una doble pérdida para él.

Así, desde el punto de vista de la gestión de las instituciones, se interpreta entonces que convocar para provisión interna las vacantes existentes y no sopesar la realidad de los centros y sus equipos de trabajo, cuyo mayor rendimiento según lo observado, se produce cuando existe una sólida cohesión entre sus miembros y un profundo conocimiento de la realidad sobre la que, día a día, actúan, es una decisión además de ineficiente, con potenciales consecuencias en la atención directa de la población. Una prioridad en esta provisión debería considerar que la movilidad en sí misma es potencialmente desfavorecedora de la continuidad de la atención sanitaria.

En el balance de estos casi 30 años, diversos factores organizativos deberían ser replanteados, entre ellos la persistencia de “culturas propias” enfrentadas entre los entornos de Atención Primaria y Atención Hospitalaria que han hecho fracasar sucesivamente los intentos de potenciar la primera (Dedeu, Lapena, Martí, Monguet y Picas, 2011).

Las personas que la forman determinan la propia estructura organizativa y la cultura generada en ella condiciona a su vez el ejercicio profesional. Al realizar un análisis comparativo de las dos estructuras, hospitales y centros de salud, hay que hacer referencia a las diferentes configuraciones estructurales ampliamente estudiadas y descritas por un autor referente en la materia, Mintzberg (1984, 1989, 1998), que describe al hospital como ejemplo de “burocracia profesional”, una institución caracterizada por desarrollarse en un entorno complejo y estable, donde la autonomía en la toma de decisiones es la base de sus servicios. Si la orientación teórica de la investigación relaciona íntimamente el desarrollo de una organización al de su cultura, es adecuado describir qué hallazgos en otros estudios establecen diferencias estructurales que afecten a sus culturas.

Las publicaciones que examinan las consecuencias de las denominadas burocracias profesionales, toman en su mayoría como ejemplo al colectivo médico, siendo escasos los análisis empíricos que reconocen en la enfermería una burocracia profesional, con sus ventajas e inconvenientes (Hernández, 2013).

En uno de ellos, Salvadores (2000) estudia la división de la enfermería hospitalaria, tomando como referencia las configuraciones de Mintzberg (1984) y la califica como “burocracia maquina” al afirmar que las unidades de enfermería se asemejan a las salas de operarios, donde el trabajo se lleva a cabo de forma repetitiva y rutinaria, en estructuras ligadas a unidades arquitectónicas en las que se presta el servicio con un control externo muy fuerte, escenario explicativo del alto nivel de insatisfacción del personal de enfermería. Este tipo de burocracia se caracteriza por ser vieja y grande, desarrollada en un entorno simple y estable, en el que se realizan operaciones altamente especializadas, rutinarias y con una proliferación de normas, particularidades todas ellas inspiradas en las teorías clásicas de la administración.

Sin embargo, la estructura de Atención Primaria se define por ser organizativamente plana y horizontal, lo que implica que cada profesional asume competencias tanto de producción como de

gestión, y que éstas se integran en los ámbitos de trabajo sin que ambas funciones sean responsabilidades separadas. Estas funciones, observadas y descritas, requieren ciertas exigencias en el ejercicio de la autonomía y la responsabilidad de los resultados (Hernández, 2001). Quienes conocen las dos estructuras las comparan metafóricamente cuando expresan “*en el hospital estás trabajando más o menos al costado (...), aquí te metes en el medio del paciente*”.

Se deduce entonces que las enfermeras con amplia trayectoria hospitalaria cuando llegan al centro de salud carecen de la principal ventaja de las burocracias profesionales, la autonomía en la toma de decisiones, y sin embargo, en el proceso de adaptación, deben desembarazarse de uno de los inconvenientes de la cultura de la que provienen, común a las dos burocracias, los relacionados con la innovación: un pensamiento convergente en el razonamiento deductivo que conlleva colocar los problemas nuevos en casillas viejas, en lugar de desarrollar un pensamiento inductivo que te aparte de las viejas rutinas y normas (Repullo, 2010).

En esta comparación, De la Cuesta (2004) analiza las consecuencias de las políticas de incorporar profesionales con gran experiencia hospitalaria a los centros de salud como una vuelta al pensamiento y a la mirada biomédica, y lo interpreta como una barrera en el desarrollo de la enfermería en Atención Primaria.

Igual conclusión obtiene Celma (2007a, 2007b) en su estudio etnográfico cuando contrasta la profesión en los dos ámbitos al apreciar mayor autonomía en las enfermeras de Atención Primaria, concluyendo que la cultura organizacional desarrollada en este nivel arrastra algunos de los valores como el biologicismo, procedentes de la incorporación a sus plantillas de enfermeras oriundas de los hospitales.

En este punto de la discusión reflexionamos sobre la preeminente concepción dual biologicista/instrumental de la enfermería frente al necesario pensamiento holístico que requiere el nivel de atención sanitaria en estudio. Consideramos que persisten las políticas erróneas porque persiste un pensamiento también errático, tanto en los responsables como en los profesionales del ámbito hospitalario, influido por el hospitalocentrismo, un mecanismo primario que actúa como perpetuador de actitudes positivas hacia este. Una creencia en la que la formación académica médica ejerce una influencia nada desdeñable al orientarla basándose, aún pasado ya más de un siglo, en los postulados del denominado “Informe Flexner”, inspirador de una profunda reforma en la formación médica (Repullo, 2013).

Más allá de nuestro sistema sanitario, observamos que este pensamiento también influye en las culturas profesionales. En un estudio realizado en la Región del Atlántico Medio de los Estados Unidos, un país inspirador de las culturas hospitalarias, Flynn y Deatrck (2003) comparan las similitudes y las diferencias al tomar como referencia los atributos necesarios obtenidos tras veinte años de estudio de los denominados “hospitales magnéticos” para reclutar enfermeras de atención domiciliaria. Aunque existen semejanzas, no todas concuerdan con las descritas por sus entrevis-

tadas, enfermeras de atención domiciliaria, que ven en la capacidad de coordinación con terceros u otros profesionales y en la autonomía de las decisiones los requisitos que lo diferencian.

En ese trasvase forzado de enfermeras del hospital a Atención Primaria debería contemplarse la influencia de los valores que han formado la cultura de cada ámbito puesto que el sentimiento de “pérdida de control” afecta al necesario empoderamiento en el cambio de rol. (Dickson y Coulter, 2013).

Ante la necesidad del liderazgo enfermero en el ámbito comunitario, un atributo ligado a la calidad asistencial, Haycock-Stuart (2010, 2012, 2013) pone en evidencia las políticas equívocas de integración de enfermeras hospitalarias en él, manifiesta el conflicto generado y lo atribuye a un enfoque inverso, “de arriba hacia abajo”, que genera resistencia entre la enfermeras, situación que para ser modificada requeriría compromisos “de abajo hacia arriba”.

Las consecuencias de esta política en la actualidad pueden distorsionar aún más si cabe los equipos de enfermería al darse la paradoja de un cruce inverso al visibilizar una enfermera la situación laboral actual: *“es muy curioso porque las cuatro enfermeras jóvenes que estamos allí, que las cuatro nos vamos (...)”*; quienes tienen experiencia acumulada en Atención Primaria pero una condición de interinidad, en la próxima convocatoria de traslado deberán salir, y quienes tienen más antigüedad hospitalaria se incorporarán a su puesto.

La circunstancia que obliga a desempeñar un puesto de trabajo en situación interina durante un largo periodo de tiempo, situación percibida como obstáculo no solo en el desarrollo profesional individual sino que también afecta a la continuidad asistencial, podría justificarse en las dificultades de gestionar el largo y complejo periodo de reformas sanitarias que ha provocado una burbuja de personal interino y eventual desde los años noventa hasta la actualidad, circunstancias que, a su vez, ha propiciado un impacto cultural, organizativo y asistencial negativo (Hernández, 2005).

Este proceso inacabado promueve que en la actualidad, enfermeras que llevan largo tiempo de forma interina integradas en los equipos, deban incorporarse a los hospitales a medida que se resuelven los llamados procesos extraordinarios de consolidación de empleo, perpetuándose así un error estructural cuyas consecuencias afectan a la continuidad asistencial. Martínez (2012) relaciona las masivas, desproporcionadas e incoherentes Ofertas Públicas de Empleo con el deterioro de los equipos de Atención Primaria, al producir frustración a quienes han movilizad o en los dos sentidos, tanto a las enfermeras hospitalarias que desconocían el ámbito al que aterrizaban como a las que se han visto truncada la dinámica de trabajo de años de evolución. Culpabiliza de esta situación a quienes manifestaron tan poca planificación para impedir estas nefastas consecuencias.

Esta persistencia en el proceso de selección de personal es antagónica con la utilidad atribuible a uno de los cambios más destacados de la reforma sanitaria como lo son las transferencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas. La descentralización conlleva una ventaja teórica al favorecer la visión y un mejor conocimiento de las necesidades sanitarias y del per-

sonal que debe hacer frente a ellas, por el contrario, supone que elimina los inconvenientes centralistas relacionados con rigideces y otras limitaciones del sistema.

En este sentido, Hernández (2005) considera que el proceso de descentralización sanitario ha sido exclusivamente político y que debido a su complejidad no ha abordado las necesidades del sistema sanitario como organización de base profesional, enfocando ésta más a un proceso de diferenciación, al aplicar cada servicio de cada comunidad sus propios marcos laborales y conducir a que el personal de cada centro o de cada comunidad se compare con los otros.

Cuando Casajuna y Gervás (2012) proponen la renovación profunda del modelo de Atención Primaria, identifican tres lastres: desprofesionalización, complejo de inferioridad y bajo liderazgo. Al interpretar nuestros hallazgos, podemos establecer una causalidad entre la desprofesionalización y el trasvase permanente de enfermeras hospitalarias, provocada por la una cultura funcionarial de la que están impregnados los gestores y las enfermeras que se trasladan.

Más allá de las contradicciones encontradas, reflexionamos sobre la finalidad última y más relevante al considerar las consecuencias de la inexistencia de una política de personal en el ámbito enfermero en el sistema sanitario. En este sentido, Oteo (2009) correlaciona los resultados en investigación de la efectividad de los sistemas sanitarios con la innovación de los procesos asistenciales, y a su vez, con el grado de consistencia de las competencias profesionales, tecnológicas, organizativas, personales y sociales. Encadena esta relación al afirmar que una buena combinación y gestión de ellas, contribuye a la creación de un valor añadido al relacionar las funciones de las prestaciones sanitarias con la calidad de los servicios y la consecuente influencia de estos en los resultados económicos y sociales. Se sorprende entonces de la carencia de impulso estratégico del sector público para emprender bajo nuevos enfoques de gestión, de los que existe amplia base conceptual y empírica, las transformaciones necesarias, incrementadas y sostenidas a lo largo del tiempo para que las burocracias sanitarias sean capaces de renovarse, adaptarse y aprender de su propia experiencia.

De nuevo acudimos a Stacey (2007) para evidenciar que las contradicciones encontradas y contrastadas con los autores de otras investigaciones, se justifican en una concepción predominantemente instrumental y simplista que la administración central y la autonómica en materia sanitaria, mantienen de la profesión enfermera.

5.3. EL TRABAJO EN EQUIPO

Los planteamientos teóricos de esta investigación ofrecen respuestas tanto para entender los condicionantes del trabajo en equipo, como la relación interprofesional como base organizativa de la Atención Primaria. La evolución de los equipos a unidades organizativas más pequeñas y

las dinámicas que llevan a la cohesión de un equipo enfermero pueden explicarse en los complejos procesos de respuesta de la interacción humana y en sus patrones narrativos como clave de la autoorganización (Stacey, 2007). Esta perspectiva implica que los agentes interactúan entre sí sobre la base de sus propios principios de organización local, y es en esa interacción en la que emerge un patrón de conducta que evoluciona en la medida que lo hace la propia interacción.

Una reflexión presente en la discusión de este aspecto, es entender la cooperación como un proceso comunicación dialógica, circunstancia que plantea el dualismo cooperación/conflicto como una oposición presente en el estudio de grupos (Ramírez, 2011).

Esta perspectiva dual permite entender que la estrategia de Atención Primaria diseñada como una estructura horizontal formada por equipos profesionales con alta cohesión interna, responsables de sus resultados, resulta más sencilla de describir que de gestionar y mantener en el tiempo. Según nuestros resultados, la contundencia de la afirmación, “*el equipo de Atención Primaria no existe*”, refleja la brecha histórica entre las expectativas creadas inicialmente y la evolución de cada equipo, circunstancias que sugieren un análisis en profundidad.

Desde la lógica de la eficiencia, Hernández (2001) cuestiona si el equipo es necesariamente la solución, cuando la necesidad de satisfacer equilibradamente a varios individuos consume un tiempo y esfuerzo que hay que detraer del que el profesional necesita dedicar a su función productiva. De ahí, que se considere imprescindible valorar si el beneficio real es mayor que las aportaciones individuales. Y va más allá al reflexionar si las organizaciones sanitarias están culturalmente dispuestas, funcionalmente preparadas y legalmente capacitadas para admitir la existencia de equipos autodirigidos. Que por decreto se dé cobertura legal a la constitución del equipo de Atención Primaria no garantiza los dos restantes, más complejos en el caso que ocupa el estudio.

Así ha podido evidenciarse en nuestros resultados que la procedencia de culturas diferentes, algunas contrarias al nuevo modelo, y la necesidad de desarrollar nuevas funciones que atiendan nuevos problemas, justifican las dificultades y obstáculos vividos en el origen y la breve duración del trabajo en equipo multidisciplinar.

La evolución a los funcionales miniequipos era previsible al persistir una estructura organizativa que provenía del antiguo ambulatorio, el denominado “cupó”, una forma de agrupar la población cuantitativamente homogénea para recibir la asistencia sanitaria entonces por un médico, ahora por un dúo, enfermera y médico. El equilibrio deseable debe descifrarse en términos de comunicación/negociación/demostración, y en algo más impreciso cuando se analiza el significado de la expresión “*no sé de qué depende, yo sé que no haría las mismas cosas si hubiese dado con otro*”. Esta descripción concuerda con Hernández (2005b) al referirle como un grupo funcionalmente conformado sobre necesidades *ad hoc*, en el que el objetivo es satisfacer ciertas necesidades de coordinación derivadas de los procesos asistenciales.

Las presunciones identificadas respecto a este elemento reflejan la complejidad de esta relación. En una síntesis que revisa diecinueve estudios cualitativos, Bélanger y Rodríguez (2008) analizan de forma integrada y reinterpretan los resultados acerca del conocimiento que existe de los equipos de Atención Primaria, planteando una doble finalidad: identificar las estrategias de cambio organizacional hacia la práctica cooperativa efectiva, y conocer las dimensiones de las interacciones del equipo y las relaciones de trabajo, con la intención de obtener una comprensión más profunda de la evolución y el día a día de los equipos en sus contextos locales. Una conclusión recurrente de los estudios cualitativos revisados, destaca las ventajas de la adaptación de las estructuras organizativas a los contextos locales donde se practica la Atención Primaria, la necesidad de invertir tiempo y recursos en los profundos cambios que conlleva el cuidado cooperativo, y la exigencia de desarrollar funciones claras y sistemas de comunicación eficientes para que el proceso sea más suave.

La alusión a la clara definición de las funciones como un requisito para una comunicación eficaz, se argumenta en los estudios revisados desde la perspectiva de los médicos como una de las partes implicadas, que perciben en los límites difusos de las funciones de enfermería una amenaza para su profesión. Hay matices en nuestra investigación respecto a esta conclusión de la síntesis: el proceso evolutivo como equipo identifica resistencias a las nuevas funciones, la existencia de *“muchos conflictos”*, con un explícito apoyo de los médicos de familia, hasta el punto de condicionar la autonomía profesional.

El relato de una experiencia esclarece este aspecto: *“él no ejercía de médico de familia y por lo tanto mi papel de enfermera de familia no existía”*, situación que implica la falta de confianza necesaria para una cooperación efectiva (Solheim, McElmurry y Kim, 2007). Sin embargo cuando esta condición no existe, se ha evolucionado hacia el individualismo porque *“las parcelas van estando más claras”*.

Los estudios analizados sobre estructuras de Atención Primaria, establecen que éstas se adaptan y varían en función del contexto de la práctica diaria, de ahí la flexibilidad de los objetivos de cada una. En concreto, Morrison (2006, 2007) destaca la participación de todo el equipo en el reparto de poderes como un factor clave para fomentar la cooperación, y subraya que el éxito de la cooperación a largo plazo se basa en un equilibrio entre el liderazgo y el intercambio de funciones, algo que favorece un ambiente de trabajo plural en un contexto equilibrado.

Similares conclusiones obtienen García, Danet y March (2010) cuando identifican la necesidad de que ambos liderazgos profesionales sean *“de alto peso”*, sumado a la existencia de un proyecto común. Estas conclusiones, al compararlas con los hallazgos de nuestra investigación, refuerzan la interpretación dada, al entenderla como clave de este equilibrio aludido: el liderazgo profesional individual es condición previa para el intercambio de funciones, luego ya llega la armonía y el trabajo torna en cooperativo. Debe existir entonces un proceso para llegar a ese equilibrio.

Se especifica entonces un requisito esencial, la necesidad de que exista un liderazgo profesional individual como atributo facilitador tanto para la cooperación entre médico y enfermera, como con todo el equipo. Atributo también identificado en la síntesis de Bélanger y Rodriguez (2008) que destacan la necesidad de “tener líderes excepcionalmente capaces de involucrar y comprometer a todo el personal de forma exitosa” (p.592) y refieren a Solheim, McElmurry y Kim (2007) cuando afirman que las enfermeras de Atención Primaria integran múltiples roles y son expertas en el trabajo en equipo. De nuevo el liderazgo se convierte en requisito, esta vez como explicativo del trabajo en equipo en enfermería.

La evolución percibida en nuestra investigación allí dónde lo identifican, cuando afirman “*el equipo de enfermería, ahí se trabaja en equipo*”, acredita que se ha desarrollado una estrategia mantenida en el tiempo que confirma esa capacidad de implicar al que se incorpora en las causas que definen la identidad grupal como signo distintivo del centro de salud. La precisión con que la metáfora de los “*planetas*” ejercen influencia sobre los “*satélites*”, describe esa adhesión implícita pero consciente de lo que se persigue.

Hansson, Arvemo, Marklund, Gedda y Mattsson (2010), en un estudio que mide la actitud para el trabajo en equipo mediante la Escala de Jefferson, otorgan luz a nuestros hallazgos al concluir que las enfermeras muestran mayor predisposición al trabajo colaborativo que los médicos, y atribuyen a la etapa formativa como factor decisivo para la predisposición a colaborar en grupo, percepción manifestada por nuestras entrevistadas al relacionar fluidez en la comunicación con la formación recibida. En esta correlación, reforzamos nuestro convencimiento de la importancia de desarrollar competencias y habilidades para la comunicación efectiva y el trabajo en equipo en el periodo de formación académica.

Así se entiende que en un contexto similar y con el objetivo de obtener un estatus de poder similar en dicha relación, las enfermeras establecieron estrategias como “hacer las cosas bien” o “mejorar la asertividad” (Hughes, 2010).

Según Bélanger y Rodriguez (2008), un aspecto descuidado en los trabajos revisados es la escasa atención al estudio de la nueva identidad colectiva de grupo. En la consolidación del equipo de enfermería estudiado, subyace que en la construcción de esa identidad, el sentido de pertenencia, las negociaciones y la resistencia han sido elementos reforzadores de ella, convirtiéndose en el contrapunto de la incertidumbre sobre el valor y la contribución profesional. Una fortaleza necesaria para el manejo de los problemas organizativos.

En un estudio posterior basado en entrevistas cualitativas, con el objetivo de profundizar en el origen y evolución de la identidad colectiva en estructuras en las que se ha producido un cambio intencionado, la construcción del modelo de Atención Primaria en Quebec, Rodriguez y Belanger (2014) consideran un elemento clave la integración de enfermeras en el equipo multidisciplinar como impulsoras de una identidad colectiva en un contexto de cambio organizacional.

Para su creación, debe existir un líder que “vea” lo que el grupo no puede, o no quiere imaginar; alguien que crea firmemente en el valor del destino y asuma que el resto, incluso las “peleas” con otros miembros, compensen años de un viaje incierto.

La identidad colectiva construida en el tiempo en equipos de enfermería en Cantabria, tejiendo relaciones cooperativas que han permitido obtener espacios de poder y autonomía, puede constituir la fuerza suficiente para que equipos de enfermería consolidados en bloque se trasladen de centro de salud. Estas decisiones nos llevan a pensar que se ha creado una identidad de grupo profesional, signo precursor, a nuestro entender, para ser considerado la antesala de un colectivo profesional especializado y explícito.

En la disposición mostrada por el equipo de enfermeras observadas, a realizar actividades innovadoras que mejoren la eficacia organizativa del centro de salud al priorizar la atención a los pacientes mediante un método de selección y clasificación, el triaje, existen más actitudes que las ya analizadas que expliquen las fuerzas que actúan en el tiempo y fortalecen la cohesión de un grupo motivado para realizar propuestas innovadoras. En este sentido citamos a Schein (1993) cuando considera el beneficio que ejerce en el rendimiento profesional, el sentimiento de pertenencia a un grupo, al ver en la necesidad de compartir creencias y valores la clave moldeadora de la conducta humana en el trabajo, la percepción que se tenga en este sentido hará que valga la pena esforzarse profesionalmente más allá de lo estrictamente obligado. Valores relacionados con la profesionalidad y con las expectativas generadas en el trabajo, balanceados en un constante y complejo equilibrio que sopesa el esfuerzo realizado y la recompensa obtenida.

5.4. EL PRODUCTO ENFERMERO

La forma teórica de lo que constituye el producto enfermero, hace referencia al conjunto de conocimientos que comporta saber un oficio. Al estudiar los elementos que componen la cultura de las organizaciones, Aguirre (2004) entiende que el producto artesano es aquél que se produce singularmente, de uno en uno, y distingue por oposición del denominado producto industrial.

Hemos registrado que el contexto en el que desarrollan su trabajo las enfermeras de Atención Primaria es plural y revela los factores que determinan la salud a través de las desigualdades sociales. Sus intervenciones y lo que persiguen, el producto, reflejan que las diferentes formas de promover la salud y fomentar el autocuidado deberán adaptarse a los condicionantes de esa pluralidad cultural. De ahí que se definan como “*autodidactas*”.

Desde una perspectiva de Antropología de la Salud Martínez (2008), analiza el enfoque de la promoción de la salud desde la premisa de que toda intervención debe apoyarse en los saberes y prácticas locales, y contar con la participación activa de los agentes sociales. La expresión

“la gerencia en aquel momento tenía lo de Alma Ata y lo quiso implantar aquí, pero ni la gente de aquí es como la gente de Inglaterra, ni el profesional de aquí era como el profesional de allí porque aquí tenemos otras costumbres más arraigadas (...)”, refleja la consideración de sí mismas que tienen las enfermeras al calificarse de *“autodidactas”* en este ámbito.

Una forma de abordar la enfermedad como un conjunto de significados y de interacciones que permite explorar el territorio de la enfermedad en el contexto de la vida cotidiana. En esta línea argumental, Martínez (2008) lo ejemplifica al afrontar el hábito tabáquico como una conducta de riesgo difícilmente puede reducirse a una dimensión exclusivamente psicobiológica si lo que se pretende es entender la complejidad del fenómeno. Orientarla y reducirla a la mirada positivista del sistema sanitario, justifica la invisibilidad de la intervención de deshabituación tabáquica cuando de medir los resultados en salud se trata.

De la Cuesta (2004, 2005) define a los cuidadores comunitarios como artesanos en el sentido de que inventan, construyen y movilizan recursos, característica que acompaña a la biografía de la enfermería profesional, destacando la heterogeneidad de sus acciones que van desde la formación de grupos para el autocuidado, conformándolos ellas mismas, hasta promover el potencial de las personas para cuidarse a sí misma y cuidar a otros. Esta cualidad en sí misma es descrita cuando afirman que *“nuestro papel es tan amplio y tan rico que nos permite hacer tantas cosas que no debemos dejar ninguna”*, define un abanico de cuidados indefinido que no tiene límites y añade una dificultad para ser delimitado.

La expresividad de los relatos nos permite corroborar que esta condición de heterogeneidad y enfoque particular, está presente en cualquier acto o intervención por simple que parezca: *“cualquier cosa, por ejemplo una prueba de embarazo. Es que no es lo mismo darle el resultado de una prueba de embarazo a una niña de 15, a una señorita de 30, a una de 45 (...)”*. Pasarín y Díez (2013) emplean el mismo ejemplo para explicar lo que denominan *“mirada salutogénica”*, al entender el problema no como una simple dicotomía, sino como un proceso dirigido a facilitar el bienestar sexual y reproductivo de esa persona, a tener en cuenta su vida afectiva y su entorno social incluyendo sus creencias culturales, situación que pretende describir que la Atención Primaria precisa la conjunción de diferentes saberes, concepciones y bases.

Esta finalidad explica la polivalencia de los profesionales de Atención Primaria, una propiedad estructural del modelo que está relacionada con la variedad de servicios que se ponen a disposición de la población. Starfield (2001) la describe como una de las cualidades que definen su esencia, que son inseparables al vincular la diversidad de servicios a una mejor atención sanitaria. En el medio, el proceso de atención continuada en el tiempo y un abordaje coordinado, actúan como potenciadores que mejoran el resultado final. La estrecha vinculación y potenciación de las propiedades estructurales ha sido observada y descrita en el relato de un día en la vida de una enfermera: *“ella lo sabe bien porque la tocó vivir la enfermedad de mi marido hasta que murió, y luego la de mi hijo (...) eso sí que fue grave (...)”*.

En este sentido, Casajuana y Gervás (2012) destacan el beneficio de llevar al máximo la polivalencia hasta el propio paciente y a su domicilio bajo la premisa de utilizar los recursos y la evolución del conocimiento en favor de que cada profesional pueda prestar los más variados servicios al máximo de su capacidad.

Polivalencia como sinónimo de eficiencia redistributiva, un requisito presente en el sistema sanitario que toma su máxima importancia en el nivel de Atención Primaria. A este aspecto alude Gené (2005) cuando recomienda a los que deseen aumentarla, se interesan por la enfermería, ya que su éxito profesional se basa en orientar su actividad a las necesidades del paciente de forma rigurosa y sistemática.

El efecto de esta potenciación es intangible y se aprecia en sus relatos: *“les damos ese además de”*. Qué utilidad tiene concretarlo y como evaluarlo entonces? Una investigación realizada en los inicios, con conclusiones de utilidad organizativa, descifraba la intangibilidad del trabajo enfermero al conceptualizarlo De la Cuesta (1994) como “creación de contextos”, un proceso que revela las tácticas que las enfermeras utilizan para hacer accesibles y relevantes sus servicios a su pacientes con el objetivo de establecer relaciones basadas en la confianza. Este complejo proceso es identificado por Ter Haar, Aars y Verhoeven (2014a, 2004b), al considerar necesario diseñar estrategias de comunicación adecuadas al contexto cuando de prevenir un problema de salud se trata.

Detrás del relato *“me encantaría saber si yo he prevenido algo, si he evitado alguna amputación (...)”*, se adivina la desmotivación que afecta a la autoestima profesional. La complejidad para delimitar el producto enfermero va unida al deseo que muestran las enfermeras de conocer si su trabajo en el tiempo ha contribuido a mejorar la salud de la población y no poseer esa información, lo que provoca actitudes dubitativas en torno a la efectividad de sus intervenciones.

Esta situación puede obtener respuesta en el análisis temático y biométrico de las publicaciones que evalúan la Atención Primaria tras veinte años de reforma. En ella, De Lorenzo y Otero (2007) concluyen que a pesar de que su puesta en marcha supuso un considerable cambio organizativo, los estudios se han dirigido hacia la evaluación de los procesos, más que a la evaluación de los resultados, relacionando la escasa investigación de estos a la conocida dificultad de imputar alguna influencia en la salud con cualquier actividad sanitaria.

Si se discute desde la orientación de la otra parte responsable del producto, la propia institución, los entrevistados identifican estrategias que no han favorecido que este sea visibilizado. Hernández (2012) profundiza en esta dificultad identificada en nuestro estudio y añade otra no menor, la complicación metodológica que conlleva evaluar en su contexto la prestación efectiva del servicio. Al ser cada institución la responsable de promover dicha evaluación, la dicotomía de conjugar su interés representado por la eficiencia, y el de los profesionales, centrados en el ejercicio de su autonomía basada en la libertad de juicio como valores culturales asociados a

su profesión, no siempre confluyen. Esta jerarquía dual complica la necesidad de alcanzar un equilibrio de intereses.

La necesidad de la organización de ejercer la función de control de los servicios que presta ha estado influida por los cambios en los modelos de gestión y estos, a su vez, por la interpretación del significado de la eficiencia, un concepto ligado a las técnicas de medida empresariales. Desde el punto de vista organizativo, el desarrollo de la Atención Primaria se asentaba sobre la base del conocimiento de las necesidades de salud de la población, un paradigma denominado racionalismo planificador. El giro determinante de la gestión sanitaria hacia otro, el denominado gerencialismo (Irigoyen, 2007) inspirado en la gestión empresarial, condicionó la evaluación de las actividades de los profesionales de los equipos. Muchas expresiones pueden ser extraídas en nuestros hallazgos de un patrón que identifica la contrariedad de este método de gestión, entre ellas, una escueta y significativa, “*números, siempre números*”, que expresa con precisión a qué reduce el trabajo.

Al valorar veinte años del modelo, Gervás, Pérez-Fernández, Palomo-Cobos y Pastor-Sánchez (2005), consideran que la cartera de servicios solo ha sido útil para “medir lo que se registra, que no suele coincidir con lo que se hace” (p.40). Que los gestores lo consideren como de utilidad para introducir la cultura de la calidad y de la auditoría, dista de la realidad, tal y como reflejan nuestros entrevistados, puesto que el proceso se ha viciado al fomentar la pauta deliberada de cumplimentar historias en función de lo que se mide, incluso aunque no se haya hecho, con consecuencias que alejan la práctica de los criterios científicos. La relación de esta estrategia como el impedimento de evaluar la verdadera aportación de las enfermeras también es identificada por Martínez (2012) que destaca la negación de la evidencia que existe de ella.

Según Martín (2005, 2011), la introducción de la cartera de servicios como técnica de gestión que delimita las actividades profesionales, supone una importación de las técnicas de gestión empresarial al ámbito sanitario, una estrategia, el llamado modelo gerencial que configura los centros sanitarios como empresas públicas y concentra el poder de decisión en las gerencias.

Si este cambio de paradigma representaba, respecto a la atención hospitalaria, la superación del modelo burocrático-profesional, al implantar un modelo de relaciones competitivas subordinando a los profesionales a las estrategias gerenciales y asignando a los usuarios el estatuto de clientes, tal y como afirma Ponte (2011), respecto a la Atención Primaria suponía aparcar el paradigma basado en el conocimiento de las necesidades de salud de la población, el denominado racionalismo planificador, en el que los objetivos lo marcaba el desarrollo de actividades orientadas a la comunidad. Con la diferencia de que el poco tiempo de desarrollo de este no había permitido reflexionar sobre sus consecuencias. Conocer qué valores inspiran este modelo gerencial puede ayudar a entender la paradoja del producto enfermero.

El paradigma gerencialista se sitúa en un nuevo eje valorativo, el cambio de lo moderno por lo antiguo y se presenta como una verdad empírica no sujeta a crítica alguna, Irigoyen (2007).

Afecta al lenguaje: el cambio de denominación de cliente por paciente tiene un significado que se aleja del tradicional concepto del sistema sanitario basado en la sociedad del bienestar, y se constituye el elemento donde la naturaleza ideológica de este paradigma se hace más patente, al construir un mercado imaginario sobre una realidad sólida como son las estructuras del sistema sanitario. La cartera de servicios ejemplifica cómo las personas se empaquetan en grupos diagnósticos según variables biológicas. Así lo que comienza siendo un nuevo método de dirección por objetivos, acaba configurándose como una nueva ideología dominante formulada en términos de discurso único, impulsando una crisis cultural permanente.

Este cambio de lo antiguo por lo nuevo constituye una paradoja: es un patrón de gestión inspirado en el racionalismo “weberiano”, teoría clásica que enfatiza el valor de la norma y la burocracia (Ponte, 2011). Afirmación que una vez más en nuestra discusión nos lleva a la orientación teórica de nuestro estudio.

La expresión “*lo cuantitativo lo puede todo*” como único indicador de evaluación, ilustra el significado de la metáfora incubada desde el gerencialismo al reducir a una mera lista de servicios la complejidad y diversidad de sus actuación, simplificación que Irigoyen (2007) atribuye a un postulado teórico de escasa conceptualización, eminentemente práctico, orientado a la acción y a la búsqueda de resultados inmediatos, que frente a la complejidad de los problemas, resalta la simplicidad de las soluciones. Una metáfora que se agranda si se añade la paradoja que ha dejado entrever los hallazgos de este estudio: la pretensión del argumento “lo que no se mide o visualiza no existe”, Guerra (2002), con el tiempo ha situado a la Atención Primaria en el lado opuesto a su reivindicación inicial.

Las consecuencias de estas medidas organizativas mantenidas en el tiempo, que desplazan los antiguos sentidos de la asistencia a otros introducidos por la gestión, son analizadas por Irigoyen (2010) al considerar que la calidad entendida por los profesionales como una continua adaptación al contexto del cambio del conocimiento y la tecnología, cede paso a una nueva sociedad de consumo. Esta alteración de los sentidos de la asistencia sanitaria implica una imposición que genera desconcierto y hasta desamparo en los profesionales, que, no deliberan al respecto en sus circuitos de relación, siendo ellos quienes viven cotidianamente los desencuentros entre los conceptos gerencialistas y las realidades donde se hace presente que algo no encaja bien.

Valorar la actividad profesional como la suma de unos objetivos y reflejarlo en el pago de una retribución variable conformándolo en los llamados “contratos programa” o “contratos de gestión”, cierra este proceso gestor. Un sistema que contribuyó a pervertir la propia actividad, “*puedo poner pacientes ficticios*”, que ha fomentado la pauta de cumplir unos objetivos falseando datos en los registros de actividad para obtener incentivos económicos, algo que ha generado amargas experiencias, Gervás et al. (2005).

En esta línea argumental apuntan Minué, De Manuel y Solas (2002) al considerar la escasa utilidad de los contratos programa para mejorar la formulación de objetivos en salud, para identificar la utilización de los servicios al haber mostrado limitaciones para ajustar la asignación presupuestaria y avanzar en la definición del producto.

Entender el contrato de gestión como un instrumento que favorece la mala praxis o como un elemento motivador, está en la intrínseca creencia que cada profesional le otorga al producto de su trabajo. La cultura de una dirección por objetivos promovida por la institución como si de una empresa de servicios más se tratase, no contempla los valores y las actitudes de los profesionales, elementos que Schein (1993) considera deben ser compartidos, un requisito clave para que individualmente se perciba que valga la pena esforzarse profesionalmente. El trabajo bien hecho por encima de lo estrictamente obligado, se produce cuando las personas adoptan actitudes profesionales, no estrictamente laborales.

Dos percepciones contrapuestas respecto a la firma de este contrato como: *“te fijabas unos objetivos y entonces intentabas cumplirlos...ahora no, como ya no te pagan...”* o *“poner cruces en un sitio no sirve de nada”*, deben obtener explicación. En sus estudios acerca de la influencia de motivación la cultura de las organizaciones, Schein (1993) se refiere al contrato psicológico no escrito que regula las expectativas mutuas entre el individuo y la empresa para la que trabaja, como modulador de la conducta profesional diaria.

Al igual que a lo largo del ciclo vital de la organización el trabajo en equipo evolucionó al trabajo dual y este, a su vez está condicionado por las actitudes individuales, Schein considera que el contrato psicológico va cambiando a lo largo del tiempo a medida que evolucionan y cambian las necesidades y circunstancias de ambas partes. Así no es infrecuente que se deteriore, circunstancia que explicaría conductas de rendimiento mínimas al romperse subjetivamente ese contrato y pasar a una vinculación puramente utilitarista. Es un proceso de transacción continua entre lo que el trabajador cree que da y lo que piensa que recibe a cambio, un inconsciente intercambio de valores. Esta percepción valorativa individual también es moldeadora de presunciones.

Cómo valorar un producto que se caracteriza por su complejidad e intangibilidad? En la actualidad, los marcos conceptuales propuestos distan de los mecanismos de gestión discutidos y pretenden desarrollar indicadores sensibles que evalúen el rendimiento de los cuidados de enfermería. En esta orientación, Dubois, D'Amour, Pomey, Girard y Brault (2013), consideran que tres funciones enfermeras actúan de forma conjunta e inseparable, un enfoque que abarca la perspectiva multidimensional: desplegar sus propios recursos, transformarlos en servicios y relacionarlos con la producción de cambios positivos en la situación de los pacientes.

Hemos constatado que los despliegan, que los transforman en servicios y que, con independencia de la efectividad de cada uno de ellos, a falta de investigaciones, se adaptan a las ne-

cesidades de los pacientes. Corresponde entonces a las autoridades sanitarias, reconocerlos y fomentar estudios que muestren su mayor o menor efectividad, evidencias que contribuirían a mejorar la autoestima profesional enfermera.

5.5. LA INFLUENCIA DEL LIDERAZGO EN LA ORGANIZACIÓN

Tal y como afirma Schein (1988) la cultura de una organización y el liderazgo son dos caras de la misma moneda que no pueden ser entendidas por separado. De sus estudios sobre fundadores y líderes de empresas, se deduce que en la interminable discusión acerca de lo que es el liderazgo, esta podría simplificarse si se reconociera que la única función y sentido que tiene es la creación de una cultura (Schein, 1982, 1988, 1990, 1993).

Si del liderazgo organizativo se trata, el manifiesto desencuentro entre el liderazgo profesional al afirmar que *“los de arriba no valoran, no valoran qué tipo de trabajo hagas”*, y quienes ejercen el poder a través de sus prácticas directivas, debe ser objeto de discusión. La espiral desmotivadora que provoca el desconocimiento y desinterés en evaluar, y por tanto, en reconocer lo que las enfermeras realmente hacen, es inquietante.

Tanto como para que la ausencia de liderazgo organizativo sea considerada por Casajuana y Gervás (2012), como uno de los tres problemas que padece la Atención Primaria.

En este contexto descrito, cabe preguntarse si ambos liderazgos tienen objetivos comunes. Con este fin Hernández (2013) analiza los propósitos de ambos y concluye que van por caminos diferentes, así mientras que para los colectivos profesionales su cualidad gira en torno a unos valores derivados del ejercicio de su autonomía, las burocracias sanitarias ejercen una estrategia dirigida al control profesional, puesto que su prioridad es ejercer el poder mediante la automatización de los procesos de toma de decisiones.

La orientación teórica que guía esta discusión ofrece una explicación a esta forma de entender las organizaciones como un guión establecido, Stacey (2007), en el que quienes la dirigen contemplan la *“ilusión”* del control y del éxito de sus decisiones, alimentando la creencia continuada de que ellos son los únicos que *“mueven los hilos”* e ignorar la influencia de los profesionales en los procesos de liderazgo, creando situaciones que van en detrimento de la organización (Kean y Haycock-Stuart, 2011; Stacey, 2007).

Esta percepción de los gestores no sería apreciable si, como Stacey (2007) afirma, no contribuyera a invisibilizar a las personas que día a día construyen las organizaciones, y a aumentar el desajuste entre la evolución profesional demostrada y la mirada anclada y persistente desde los niveles de gestión. La frase de un gestor en el contexto de la entrevista *“¿Quieres evaluar*

el impacto de la enfermería en primaria?, muy fácil: dales vacaciones a todas las enfermeras el mismo mes y no las sustituyas. Ya verás”, refleja la dificultad para encontrar una explicación objetiva.

Desde dentro de la profesión, De Pedro y Morales (2004) analizan estos obstáculos calificando la situación como un perverso círculo vicioso: una visión desfasada por parte de las burocracias profesionales que no favorecen la incorporación de los resultados de la investigación a los servicios enfermeros en la creencia de que no aportan valor añadido. Cuando, paradójicamente, son las propias enfermeras quienes lo intentan incorporar, se topan con un entorno que no está concebido para ello. Cuestionar la evolución profesional a expensas del desarrollo del conocimiento y de su complejidad no parece tampoco que sea la justificación.

Desde otro enfoque explicativo de dichos obstáculos, De la Cuesta (2004) ve en el pensamiento biomédico una barrera que dificulta este reconocimiento favorecida, como ya se ha comentado anteriormente, por la incorporación de profesionales con amplia experiencia hospitalaria que lo trasladan a su nueva ocupación, y vaticina que si no se desmantela esta forma de pensar, “pasarán muchos años más hablando de un futuro que aún no logramos hacer posible” (p.7).

La situación es similar en otras culturas sanitarias. Un estudio basado en entrevistas en profundidad a enfermeras comunitarias en Suecia, Berggren y Carlstrom (2010), las definen como “arañas” o “pulpos” al referirse a la necesidad de solución de problemas a la que se enfrentan diariamente, a menudo solas, sin apoyo pero con una necesidad de esparcir sus brazos por toda la comunidad. Unos imperativos de atención que expresan la complejidad de combinar competencias, experiencia e intuición a veces, todas ellas características difíciles de registrar y cuantificar. La falta de apoyo en la toma de decisiones por parte del gerente, se percibe en este estudio como un obstáculo, refleja la falta de entendimiento y las dificultades de cooperación.

Identificado el desencuentro entre la gerencia y los profesionales, el interés se desplaza al liderazgo profesional, qué le caracteriza y su influencia en la cultura creada. La efectividad y eficiencia de sus intervenciones son considerados como los atributos, tan complejos como intangibles, que legitiman el liderazgo enfermero necesario en la práctica de la atención comunitaria (Ganann et al. 2010; Haycock-Stuart (2010, 2012, 2013).

En la cultura organizativa que hemos estudiado, se evidencia la complejidad del ejercicio del liderazgo, cualidad que está influida por requisitos, actitudes y ambientes condicionantes. Así, el liderazgo está ligado a la profesionalidad, y, este a su vez, es condición necesaria para el trabajo en equipo efectivo, (Belanger y Rodriguez, 2008; García, Danet y March, 2010; Morrison, 2006, 2007). Además actúa como fuerza impulsora de este.

Qué perspectivas de futuro existen? La visión que desde fuera se percibe, la sitúa de nuevo en la necesidad de evolucionar, una constante en la profesión. Hernández (2005, 2013) considera necesario desarrollar nuevos modelos de la práctica profesional y se pregunta hasta qué punto

están reflexionando las profesiones sanitarias sobre los profundos cambios y demandas sociales. En términos adaptativos, entiende que sobrevivirán las profesiones más cohesionadas con capacidad de interlocución con la sociedad y que mejor hayan sabido adaptarse a las condiciones ambientales del ecosistema sanitario. Compara esta visión de futuro con la experiencia del denominado “rol expandido” en alusión a la enfermería de la práctica avanzada, en el Reino Unido, y vaticina que la dinámica de sustituir cuidados y centros más complejos por alternativas más próximas al ciudadano, menos costosas, cederán protagonismo a la enfermería en detrimento de otras profesiones.

Ejemplifica Hernández (2013) esta ampliación en la enfermería y en otras profesiones no médicas, destacando la necesidad de un mayor dinamismo en las fronteras competenciales. La denominada enfermería de la práctica avanzada surge un nuevo modelo que absorbe la complejidad y organiza las competencias profesionales tomando como base cuatro ejes fundamentales de desempeño profesional: formación clínica avanzada, competencias en gestión clínica, docencia e investigación, tal y como afirman diversos estudios (Appleby y Camacho ,2014; Gómez y Fuster, 2014; Sanchez y Martín, 2014).

La evolución sincrónica de la enfermería comunitaria adaptándose al nuevo contrato que exige la sociedad, se refleja en la relación de confianza que han establecido con ella. Entre las necesidades de futuro que Hernández (2012) plantea, entre las que está un cambio de paradigma en la Atención Primaria, las exigibles a las capacidades y competencias han quedado demostradas en los resultados de esta investigación. Sin embargo, la desmotivación y falta de autoestima mostrada, entiende que es un problema cultural que deberán afrontar ellas ya que difícilmente las esferas políticas o intelectuales se movilizarán si perciben una visión acomplejada, de ensimismamiento, o endogámica. Un reto para quienes colectivamente les representan.

Ante una renovación de la Atención Primaria, buscando soluciones de futuro objetivas, Ortún (2013b) diagnostica un débil liderazgo de los equipos y entre sus propuestas está el rediseño organizacional poniendo en énfasis el profesionalismo. Toma de ejemplo las conclusiones de una revisión sistemática (Laurant et al. 2005) acerca de la sustitución de médicos por enfermeras, en la que los pacientes mostraron mayor satisfacción con los cuidados dirigidos por las enfermeras frente a los médicos, cuando de resultados de salud similares se trataba, justificando así la necesidad de ampliar funciones avaladas por su formación y experiencia.

Este planteamiento, en términos de efectividad, llevaría a priorizar los contenidos de una jornada laboral exhausta según lo observado, en la que la atención domiciliaria consume al menos un tercio y las actividades relacionadas con el control de problemas de salud, al menos otro, teniendo en cuenta además que, al igual que ha quedado constatado por los entrevistados, las actividades de promoción y prevención de la salud, no se cuestionan y no son sustituibles por otro profesional no enfermero.

Cabe sopesar qué funciones de la enfermería reclama la sociedad para el futuro. La satisfacción y confianza mutua y el reconocimiento mostrado, fundamentan los valores que les legitiman como profesión ante los ciudadanos y contribuyen al movimiento cultural en favor de la evolución de una organización centrada en los profesionales a otra centrada en los pacientes, como requisito indispensable de un contrato social renovado (Hernández, 2013). Ambas entonces, en reciprocidad, deberán expresarlo.

Su posición en el sistema, alejada de tentaciones gremiales, independiente de las corporaciones farmacéuticas y con una alta cotización de sus plazas de centros de salud, les sitúa en las mejores circunstancias para contribuir al fortalecimiento de ese profesionalismo sanitario tan necesitado de renovarse al que hacen referencia (Hernández, 2005, 2013; Ortún, 2013).

Sin embargo, los entrevistados no manifiestan la necesidad de incrementar sus competencias, más bien si nos atenemos a la observación del trabajo diario de una enfermera, es evidente que éstas, las que ejercen día a día, no forman parte de un nicho profesional conformado por delegación, sino que son competencias nuevas, que no existían, construidas en un modelo *ad hoc*, adaptadas a las necesidades cambiantes de los ciudadanos, tal y como destaca (Ferrer, 2009).

Al contextualizar los determinantes de la sostenibilidad del sistema sanitario varios autores abordan por inaplazable la necesidad de reconocer el papel del profesionalismo sanitario en general. Debemos interpretar que cuando Oteo (2010) considera la necesidad de evolución de las instituciones hacia modelos que sean concordantes con lo que él denomina profesionalismo sanitario emergente, en este grupo se encontrará la enfermería comunitaria, al incidir en un cambio de paradigma que se asocia a las transformaciones sociales, culturales, económicas, epidemiológicas, y romper así el círculo vicioso en el que la autoridad sanitaria deberá reconocer un papel relevante a los profesionales al ponderar sus aportaciones esenciales que integran la condición mixta como parte de una cultura organizativa biologicista y humanista que integra los principios de la antropología social aplicada.

Apoyan esta necesidad de cambios organizativos desde el ámbito político gerencial en la enfermería de Atención Primaria, (Corrales, Alonso y Rodríguez, 2012; Corrales y Palomo, 2014; Ollero et al. 2011), destacando la combinación de competencias profesionales, organizativas, tecnológicas y sociales como constitutivas del valor de las prestaciones. En este futuro sanitario próximo, la mayor calidad de muchos actos profesionales, estará relacionada con la garantía de longitudinalidad que ofrecen estos en Atención Primaria (Ortún, 2013a).

Nuestra investigación constata que las enfermeras de Atención Primaria han demostrado haber construido un liderazgo cuyo valor esencial consiste en haberse adaptado a las necesidades del paciente, con acciones variadas y diversas, influidas por la disposición individual y los límites que cada cual se ha puesto. Y siguen dispuestas a innovar.

Sin embargo al contemplar algunas de las propuestas para redistribuir las actividades, argumentando la efectividad/inefectividad de las intervenciones, surge la paradoja, puesto que lo que se les reasigna son las denominadas actividades “de baja complejidad”, (Navarro y Martín, 2009; Casajuana y Gervás, 2012). Lo que se cuestiona entonces es qué se entiende por complejidad.

La observación y el análisis de una jornada laboral refleja que cuando una enfermera resuelve un problema agudo de un paciente crónico, está tomando decisiones en este sentido “de baja complejidad”, porque es algo natural para ella, para el paciente y para la médico. Luego la complejidad no está en realizar una actividad u otra, está en todo el proceso, en conocer los problemas de salud del paciente desde hace tiempo, algunos ya desde hace treinta años, en realizar una valoración que no iba en la cita y en comentarlo con la médico. Longitudinalidad, integralidad y coordinación, todas ellas características esenciales formuladas por la impulsora de la Atención Primaria de Salud, Starfield (2001), presentes en la atención sanitaria del día a día. No valorar que en la naturalidad de ese acto está el auténtico liderazgo de la enfermería comunitaria, seguirá obstaculizando su potencial desarrollo.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

VI. CONCLUSIONES

El estudio de la cultura organizativa enfermera en el modelo de Atención Primaria de Salud desde la perspectiva etnohistórica, ha permitido identificar a través de la observación y el diálogo, la red de significados compartidos que la constituyen.

1. Los mecanismos que influyen en la creación de una cultura organizacional identificados en las etapas que describen la evolución del ciclo vital organizativo de Atención Primaria, son similares a las de otras organizaciones no sanitarias. El factor de crecimiento y dispersión geográfica en el que se constituye cada unidad organizativa, el centro de salud, no ha sido obstáculo para la difusión del paradigma cultural común generado en el periodo inicial de construcción del modelo organizativo.
2. La inexistencia de una política de personal para la incorporación de enfermeras a Atención Primaria, es atribuible a una concepción exclusivamente instrumental de los profesionales, al desconocimiento de la realidad de los centros y al poco valor que se otorga a las culturas profesionales como impulsoras o bloqueadoras de la práctica asistencial.
3. La persistencia de esta política de incorporación de personal rehúye la necesidad de desarrollar y exigir la especialidad de enfermería comunitaria como requisito para desempeñar este puesto de trabajo.
4. El trabajo en equipo multidisciplinar como premisa de la estructura organizativa es un mito. Su evolución hacia los llamados miniequipos se explica en términos de eficiencia y organizativos. En ellos, el trabajo cooperativo basado en el liderazgo profesional individual, favorece un contexto de responsabilidad equilibrado.
5. Los equipos de enfermería que se han consolidado en el tiempo han desarrollado estrategias para construir una identidad grupal fuerte. A ella se atribuye que cuando dos centros de salud se han desdoblado, el equipo en bloque ha decidido en cual ubicarse.
6. El aprendizaje autodidacta en promoción de la salud conlleva que cada enfermera desarrolle una estrategia propia para abordar las necesidades de salud de la población. La

dificultad para medir el bienestar producido y la polivalencia de la atención que ejercen, son características que obstaculizan la evaluación del producto enfermero.

7. La cartera de servicios que lo define, reduce y simplifica la actividad enfermera a términos exclusivamente cuantitativos. La ausencia de resultados que reflejen la contribución al bienestar de la población, afecta a su autoestima profesional.
8. El liderazgo institucional ha supuesto un obstáculo para el desarrollo profesional.
9. El liderazgo profesional de este colectivo se ha construido sobre una relación basada en la confianza con sus pacientes, en la autonomía de sus decisiones, la accesibilidad a sus servicios, la continuidad en el tiempo de estos y su posición en el centro de salud como coordinadora de ellos, cualidades que conforman el contrato implícito que la enfermería de Atención Primaria mantiene con la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilera, M., Vega, L., Abad, A., Romera, M. T., García M., Palanca I.,... Honduvilla, R. (2002). Cartera de Servicios. En Instituto Nacional de la Salud (Ed.), *Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia* (pp. 8-40). Madrid: Subdirección General de Coordinación Administrativa, Instituto Nacional de la Salud.
- Aguilera, M. (2001). Cartera de Servicios de Atención Primaria: Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. En Instituto Nacional de la Salud (Ed.), *Cartera de servicios de Atención Primaria: Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas* (pp. 23-25). Madrid: Subdirección General de Coordinación Administrativa, Instituto Nacional de la Salud.
- Aguirre, A. (2004). *La cultura de las organizaciones*. Barcelona, España: Ariel.
- Aimar, A. (2009). Las teorías administrativas en el contexto de la enfermería. *Educare*, (4). Recuperado de http://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-resultados/?option=com_encuentra&task=showResult&q=las+teorias+administrativas+en+el+contexto+de+la+enfermeria&search_type=2&search_entity=&id_pub_grp=0
- Alma-Ata, O. M. S. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.
- American Psychological Association, (2010). *Manual de Publicaciones*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Amezcu, M., & Hueso, C. (2004). Como elaborar un relato biográfico. *Arch Memoria*, 1. Recuperado de <http://www.index-f.com/memoria/anuario1/rmetodologia.php>
- Amezcu, M., & Gálvez, A. (septiembre-octubre, 2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española Salud Pública*, 76(5), 423-436.
- Angrosino, M. (2012). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Dedeu, A., Lapena, C., Martí, T., Monguet, J.M., & Picas, J.M. (2011). *Reflexiones sobre la Atención Primaria de salud*. Fundación Alternativas. Recuperado de: <http://www.falternativas.org/publicaciones>
- Appleby, C., & Camacho-Bejarano, R. (enero-febrero, 2014). Retos y oportunidades: Aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. *Enfermería Clínica*, 24(1), 90-98. doi:10.1016/j.enfci.2013.12.008
- Aranda, J. M. (1994). *Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud: Una revisión de la aplicación de los principios de Alma-Ata*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.

- Baturone, M. O., Beltrán, D. O., Rico, C. D., Sánchez, P. R., Soto, A. L., Jiménez, M. M.,... Cuello, J.A. (2011). "Declaración de Sevilla", Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. *Revista Clínica Española*, 211, 604-606. doi: 10.1016/j.rce.2011.09.007
- Belanger, E., & Rodríguez, C. (2008). More than the sum of its parts? A qualitative research synthesis on multi-disciplinary primary care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 22(6), 587-597. doi:10.1080/13561820802380035
- Berggren, I., & Carlstrom, E. (agosto, 2010). Decision making within a community provider organization. *British Journal of Community Nursing*, 15(12), 611.
- Bernal, E., Campillo, C., González, B., Meneu, R., Puig-Junoy, J., Repullo, J. R., & Urbanos, R. (2011). La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. *Documento de debate de la Asociación de Economía de la Salud*. Recuperado de http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf
- Borkan, J., Eaton, C. B., Novillo-Ortiz, D., Rivero Corte, P., & Jadad, A. R. (agosto, 2010). Renewing primary care: Lessons learned from the spanish health care system. *Health Affairs (Project Hope)*, 29(8), 1432-1441. doi:10.1377/hlthaff.2010.0023
- Borrell, F. (1994). La relación asistencial en la Atención Primaria de Salud: Algunas claves para un análisis estratégico. En J. M. Aranda (Ed.), *Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud: Una revisión de la aplicación de los principios de Alma-Ata* (pp. 75-99). Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Borrell, F., & Gené, J. (2008). La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 10(1), 3-7. Recuperado de http://actasanitaria.com/fileset/doc_43819_FICHERO_NOTICIA_804.pdf
- Boyle, J. (2005). Estilos de etnografía. En J.M. Morse, (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp. 211-242). San Vicente del Raspeig, España: Universidad de Alicante.
- Casajuana, J., & Gervas, J. J. (2012). *La renovación de la Atención Primaria desde la consulta*. Madrid, España: Springer Healthcare Ibérica.
- Celma, M. (2007). *Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras* (Tesis doctoral). Recuperada de <http://dialnet.unirioja.es/tesis>.
- Celma, M. (enero-junio, 2007). Género y cultura organizacional administradores del poder entre enfermeras y médicos. *Rev Tesela*, 1(1). Recuperado de <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6329.php>

- Coffey, A., & Atkinson, P. (2005). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos: Estrategias complementarias de investigación*. San Vicente del Raspeig, España: Universidad de Alicante.
- Corrales, D., Alonso, A., & Rodríguez, M. Á. (marzo, 2012). Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 63-68. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.32
- Corrales, D., & Palomo, L. (enero-febrero, 2014). La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. *Enfermería Clínica*, 24(1), 51-58. doi:10.1016/j.enfcli.2013.08.006
- Cruz, M. (1 de noviembre de 2014). Lo que me quede de vida. *El País*. Recuperado de http://elpais.com/elpais/2014/10/17/opinion/1413558479_574605.html
- Cuesta de la, C. (1994). Creación de contextos: Trabajo intangible de enfermería comunitaria. *Revista ROL de Enfermería*, 195, 13-19. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10045/18355>
- Cuesta de la, C. (marzo, 2004). Estrategias de futuro para el desarrollo de la enfermería comunitaria. *Metas de Enfermería*, 7(2), 60-63. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10045/17042>
- Cuesta de la, C. (diciembre, 2005). La artesanía del cuidado: Cuidar en la casa a un familiar con demencia avanzada. *Enfermería Clínica*, 15, (335-342). doi: 10.1016/S1130-8621(05)71140-2
- Cuesta de la, C. (julio, 2008). ¿Por dónde empezar?: La pregunta en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 18(4), 205-210. doi: 10.1016/S1130-8621(08)72197-1
- Cuesta de la, C. (mayo-junio, 2011). La reflexividad: Un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 21(3), 163-167. doi: 10.1016/j.enfcli.2011.02.005
- Díaz de Rada, A. (2010). *Cultura, antropología y otras tonterías*. Madrid, España: Trotta.
- Dickson, C. A. W., & Coulter Smith, M. A. (marzo, 2013). Time for change in community nursing? A critique of the implementation of the Review of Nursing in the Community across NHS Scotland. *Journal of Nursing Management*, 21(2), 339-350. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01382.x
- Dubois, C.A., D'Amour, D., Pomey, M. P., Girard, F., & Brault, I. (marzo, 2013). Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review. *BMC Nursing*, 12(1), 7. doi: 10.1186/1472-6955-12-7

- Falk-Rafael, A. R. (septiembre, 2001). Empowerment as a process of evolving consciousness: A model of empowered caring. *Advances in Nursing Science*, 24(1), 1-16. Recuperado de http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2001/09000/Empowerment_as_a_Process_of_Evolving.4.aspx
- Ferrer, C. (abril-junio, 2009). La enfermería comunitaria en un modelo de gestión clínica en Atención Primaria. *Revista De Administración Sanitaria Siglo XXI*, 7(2), 261-274. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13139762&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=261&ty=122&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=261v07n02a13139762.pdf001.pdf
- Flynn, L., & Deatrick, J. A. (diciembre, 2003). Home care nurses' descriptions of important agency attributes. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(4), 385-390. doi: 10.1111/j.1547-5069.2003.00385.x
- Ganann, R., Underwood, J., Matthews, S., Goodyear, R., Stamler, L. L., Meagher-Stewart, D. M., & Munroe, V. (mayo, 2010). Leadership attributes: A key to optimal utilization of the community health nursing workforce. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 23(2), 60-71. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/MED/20530996>
- García, I., Danet, A., & March, J.C. (abril, 2010). El clima emocional en los equipos de Atención Primaria. Una aproximación cualitativa. *Revista De Calidad Asistencial*, 25(4), 200-206. doi: 10.1016/j.cali.2010.02.004
- Gené, J. (2005). Atención Primaria como innovación y como innovadora. En R. Meneu, V. Ortún, & F. Rodríguez (Eds.), *Innovaciones en gestión clínica y sanitaria* (pp. 59-80). Barcelona: Masson.
- Gerrish, K., & Lacey, A (2008). *Investigación en enfermería*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Gérvás, J., Pérez-Fernández, M., Palomo-Cobos, L., & Pastor-Sánchez, R. (2005). *Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Gómez, P., & Fuster, J. (enero-febrero, 2014). Atención a la cronicidad: Desafío estratégico, macrogestión y políticas de salud. *Enfermería Clínica*, 24(1), 12-17. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.12.001
- González, A. (1990). *Teoría y práctica de la Atención Primaria en España*. Madrid, España: Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General.
- Guerra, J. (2002). Contrato de gestión. En Instituto Nacional de la Salud (Ed.), *Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia* (pp. 480-499). Madrid. Subdirección General de Coordinación Administrativa, Instituto Nacional de la Salud.

- Hansson, A., Arvemo, T., Marklund, B., Gedda, B., & Mattsson, B. (septiembre, 2010). Working together-primary care doctors' and nurses' attitudes to collaboration. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(1), 78-85. doi: 10.1177/1403494809347405
- Hatch, M. J., & Zilber, T. (septiembre, 2012). Conversation at the border between organizational culture theory and institutional theory. *Journal of Management Inquiry*, 21(1), 94-97. doi: 10.1177/1056492611419793
- Haycock-Stuart, E., & Kean, S. (abril, 2012). Does nursing leadership affect the quality of care in the community setting? *Journal of Nursing Management*, 20(3), 372-381. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01309.x
- Haycock-Stuart, E., & Kean, S. (septiembre, 2013). Shifting the balance of care? A qualitative study of policy implementation in community nursing. *Journal of Nursing Management*, 21(6), 867-877. doi: 10.1111/jonm.12088
- Haycock-Stuart, E., Kean, S., & Baggaley, S. (septiembre, 2010). Emotional labour within community nursing leadership. *Community Practitioner: The Journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, 83(9), 24-27. Recuperado de <http://www.ingentaconnect.com/content/cp/cp/2010/00000083/00000009/art00006>
- Hernández, J. F. (1993). Políticas de personal en la empresa sanitaria pública: de una cultura de supervivencia a una cultura de servicio. En Instituto Sindical de Estudios (Ed.), *El sistema sanitario en España* (pp. 165-236). Recuperado de <http://bibpsxxi.blogspot.com.es/2013/10/politicas-de-personal-en-la-empresa.html>
- Hernández, J. F. (2001). *Unidades clínicas: Análisis del clima organizativo y liderazgo*. Unidad Didáctica del Curso Experto Universitario en Gestión de Unidades Clínicas. UNED, Madrid. Recuperado de <http://bibpsxxi.blogspot.com.es/2013/10/unidades-clinicas-analisis-del-clima.html>
- Hernández, J. F. (2005). Sistema Nacional de Salud y vinculación de los agentes profesionales. En J.R. Repullo & L. A. Oteo (Eds.), *Un Nuevo Contrato Social para un Sistema Nacional de Salud sostenible* (pp. 199-214). Barcelona: Ariel.
- Hernández, J. F. (octubre, 2012). *Enfermería familiar y comunitaria: Un cambio de paradigma*. Conferencia inaugural del XI Congreso de la AIFICC, Sitges.
- Hernández, J. (n.d.). (2013). *Convicciones y conveniencias. Profesiones sanitarias y relaciones de poder*. Recuperado de <http://bibpsxxi.blogspot.com.es/2013/10/convicciones-y-conveniencias-2013.html>
- Hodge, B. J., Anthony, W. P., & Gales, L. M. (2003). *Teoría de la Organización. Un enfoque estratégico*. Madrid: Pearson Prentice Hall.

- Hughes, A. (noviembre, 2010). The challenge of contributing to policy making in primary care: The gendered experiences and strategies of nurses. *Sociology of Health & Illness*, 32(7), 977-992. doi: 10.1111/j.1467-9566.2010.01258.x
- Ichaso, M. S. (2002). La Atención Primaria en el INSALUD. En Instituto Nacional de la Salud (Ed.), *Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia* (pp. 1-7). Madrid. Subdirección General de Coordinación Administrativa, Instituto Nacional de la Salud.
- Irigoyen, J. (1986). Operación espejo. Informe sobre dos centros de salud de Santander. Instituto Nacional de la Salud. Dirección Provincial de Cantabria.
- Irigoyen, J. (septiembre, 2007). La reinención de los pacientes («el cliente siempre tiene razón»). *Salud 2000*, 113, 20-25. Recuperado de <http://www.nodo50.org/fadsp/archivos/S2000113-20.pdf>
- Irigoyen, J. (noviembre, 2010). La metamorfosis de la evaluación. *Salud 2000*, 23(129). Recuperado de <http://www.nodo50.org/fadsp/pdf/revista/129/n129%2010-19ji.pdf>
- Kean, S., & Haycock-Stuart, E. (diciembre, 2011). Understanding the relationship between followers and leaders. *Nursing Management*, 18(8), 31-35. Recuperado de http://dx7nk9sl6m.search.serialssolutions.com/?url_ver=Z39.88-2003&ctx_ver=Z39.88-2003&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:doi/&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.aulast=Kean&rft.aufirst=S.&rft.issn=13545760&rft.volume=18&rft.issue=8&rft.date=2011&rft.spage=31&rft.epage=35&rft.pages=31-35&rft.artnum=&rft.title=Nursing+Management&rft.atitle=Understanding+the+relationship+between+followers+and+leaders&rft_id=info:sid/Elsevier:Scopus
- Knafel, A. (2005). Promover la integridad académica en la investigación cualitativa. En J.M. Morse (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp. 211-242). San Vicente del Raspeig, España: Universidad de Alicante.
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (abril, 2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub2
- Lluch, V. (2011). Siempre trabajando para mejorar. Las enfermeras de pediatría de Atención Primaria en los 80. *Arch Memoria*, 8(2). Recuperado de http://www.index-f.com/b_cantarrida/resumen.php?id=669124
- Lorenzo-Cáceres de Ascanio, A., & Otero, A. (marzo-abril, 2007). Publicaciones sobre eva-

- luación de la Atención Primaria en España tras veinte años de reforma (1984-2004). Análisis temático y bibliométrico. *Revista Española de Salud Pública*, 81(2), 131-145. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol81/vol81_2/RS812C_131.pdf
- Martín, A., & Cano, J.F. (1986). *Manual de Atención Primaria: organización y pautas de actuación en la consulta*. Barcelona, España: Doyma.
- Martín, J. J. (2005). El gobierno de las organizaciones sanitarias en el Estado español. En J.R. Repullo & L. A. Oteo (Eds.), *Un Nuevo Contrato Social para un Sistema Nacional de Salud sostenible* (pp. 333-348). Barcelona: Ariel.
- Martín, J. J., & Lòpez del Amo, M. P. (2011). La sostenibilidad del sistema nacional de salud en España. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2773-2782. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019110016>
- Martínez, J. R. (2012). Crisis y enfermeras. *Revista ROL De Enfermería*, 35(2), 28-39. Recuperado de <https://medes.com/publication/72011>
- Martínez, A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona, España: Anthropos.
- Mejía, J. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones Sociales*, 4(5), 165-180. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/viewFile/6851/6062>
- Meneu, R., Ortún, V., & Rodríguez, F. (2005). *Innovaciones en gestión clínica y sanitaria*. Barcelona, España: Masson.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria. (1987). *Guía para la Elaboración del Programa de la Mujer en Atención Primaria de Salud*. Madrid: Publicaciones, Documentación y Biblioteca del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mintzberg, H. (1984). *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel.
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on Management: Inside our strange world of organizations*. New York, NY: Simon and Schuster.
- Mintzberg, H., Quinn, B. J., & Ghoshal, S. (2002). *El proceso estratégico*. Madrid, España: Prentice Hall.
- Minué, S., Manuel de, E., & Solas, O. (2002). Situación actual y futuro de la Atención Primaria. *Informes SESPAS*, 395-438. Recuperado de <http://www.sespas.es/informe2002/cap19.pdf>

- Morrison, S. (junio, 2006). A case study of interprofessional learning and working at Marylebone Health Centre. *Work Based Learning in Primary Care*, 4(2), 116-129. Recuperado de <http://www.bl.uk/reshelp/atyourdesk/docsupply/help/terms/index.html>
- Morrison, S. (julio, 2007). Working together: Why bother with collaboration? *Work Based Learning in Primary Care*, 5(2), 65-70. Recuperado de <http://www.bl.uk/reshelp/atyourdesk/docsupply/help/terms/index.html>
- Morse, J. M. (2005). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. San Vicente del Raspeig, España: Universidad de Alicante.
- Navarro, V., & Martín - Zurro, A. (2009). Proyecto de investigación: La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Barcelona, España: Semfyc Ediciones.
- Ochoa, L. A. (2010). ¿Hemos agotado nuestro sistema nacional de salud? Contextualización y determinantes del cambio y la innovación. *Revista De Administración Sanitaria Siglo XXI*, 8(1), 5-32.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria De La Salud*. Alma-Ata, URSS. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Ortún, V. (marzo-abril, 2013). La Enfermería en el mundo que viene. *Enfermería Clínica*, 23(2), 45-47. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90198691&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=35&ty=124&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=35v23n02a90198691pdf001.pdf
- Ortún, V. (mayo-junio, 2013). Primary care at the crossroads. *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 193-195. doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.02.005
- Oteo, L. A. (2009). Políticas y transiciones hacia una nueva gestión sanitaria pública. *Revista de Administración Sanitaria siglo XXI*, 7(4), 699-713.
- Oteo, L. A., Repullo, J. R., & Urbanos, R. (2010). Gobernabilidad y sostenibilidad en el sistema sanitario público. En Gaceta Sindical (Ed.), *Desarrollo sostenible y políticas públicas en España* (pp. 232-369). Recuperado de http://www-es.ccoo.es/comunes/recursos/1/pub15602_n_14._Desarrollo_sostenible_y_politicas_publicas_en_Espana.pdf#page=232
- Oteo, L. A. (Ed.). (2012). *Gestión Clínica: Desarrollo e Instrumentos*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Ouchi, W. G. (1982). *Teoría Z: cómo pueden las empresas hacer frente al desafío japonés*. Barcelona, España: Orbis.

- Palomo, L. (2011). *Treinta años del sistema sanitario español (1981-2001)*. Madrid, España: FADSP.
- Pasarín, M. I., & Díez, E. (noviembre-diciembre, 2013). Salud comunitaria: Una actuación necesaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 477-478. doi:10.1016/j.gaceta.2013.10.001
- Pedro de, J. E., & Morales, J. M. (primavera-verano, 2004). Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia?, *Index de Enfermería* 13(44-45), 26-31. doi:10.4321/S1132-12962004000100006
- Peters, T. J., & Waterman, R. H. (1984). *En busca de la excelencia: lecciones de las empresas mejor gestionadas de los Estados Unidos*. Barcelona, España: Folio.
- Ponte, C. (2011). El gerencialismo sanitario. Orquestas “sin director” o la pendiente deslizante de la sanidad pública. En Fundación 1º de Mayo, Observatorio de Políticas de Salud (Ed.), *Otra gestión sanitaria es posible* (pp. 85-91). Recuperado de <http://www.nodo50.org/fadsp/pdf/OTRA%20GESTION%20SANITARIA%20ES%20POSIBLE%5B1%5D.pdf>
- Pritchard, P. (1986). *Manual de Atención Primaria de salud*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Ramírez, E. (2005). *Evolución, cultura y complejidad. La humanidad que se hace a sí misma*. Madrid, España: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Ramírez, E. (2011). *Etnicidad, identidad, interculturalidad. Teorías, conceptos y procesos de la relacionalidad grupal humana*. Madrid, España: Editorial Universitaria Ramón Areces. UNED.
- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud, BOE nº 27 (1984).
- Repullo, J. R., & Oteo, L. A. (2005). *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible*. Barcelona, España: Ariel.
- Repullo, J. R. (noviembre, 2006). Reinterpretando la gestión del sistema sanitario desde las teorías de la complejidad y el caos. *Ars Médica: Revista de Humanidades*, 5(2), 180-197. Recuperado de http://www.dendramedica.es/revista/v5n2/Reinterpretando_la_gestion_del_sistema_sanitario_desde_las_teorias_de_la_complejidad_y_el_caos.pdf
- Repullo, J. R. (febrero, 2009). Políticas tutelares asimétricas: Conciliando preferencias individuales y sociales en salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 23(4), 342-347. doi:10.1016/j.gaceta.2008.09.003

- Repullo, J. R. (2013). Primaria y estrategias de crónicos: Venciendo reticencias propias e ignorando despropósitos ajenos. *Atención Primaria: Publicación Oficial De La Sociedad Española De Familia y Comunitaria*, 45(7), 335-337. doi:10.1016/j.aprim.2013.07.001
- Repullo, J. R. (n.d.). (2013). Prólogo en J.F. Hernández (Ed.), *Convicciones y conveniencias. Profesiones sanitarias y relaciones de poder*. Recuperado de <http://bibpsxxi.blogspot.com.es/2013/10/convicciones-y-conveniencias-2013.html>
- Rodríguez, C., & Bélanger, E. (marzo, 2014). Stories and metaphors in the sensemaking of multiple primary health care organizational identities. *BMC Family Practice*, 15(1) 41. doi:10.1186/1471-2296-15-41
- Salvadores, P. (2000). *El sistema hospitalario ante la reforma sanitaria*. (Tesis doctoral). Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.
- Schein, E. H. (1982). *Psicología de la Organización*. México, D.F.: Prentice Hall.
- Schein, E. H. (1988). *La cultura empresarial y el liderazgo. Una visión dinámica*. Barcelona, España: Plaza & Janes.
- Schein, E. H. (febrero, 1990). Organizational culture. *American Psychologist*, 45(2), 109-119. doi: 10.1037/0003-066X.45.2.109
- Schein, E. H. (1993). On dialogue, culture, and organizational learning. *Organizational Dynamics*. 22(2) 40-51. doi: 10.1016/0090-2616(93)99952-3
- Schultz, M., & Hatch, M. J. (abril, 1996). Living with multiple paradigms: The case of paradigm interplay in organizational culture studies. *Academy of Management Review*, 21(2), 529-557. doi:10.5465/AMR.1996.9605060221
- Servicio Cántabro de Salud. (2014). *Mapa sanitario de Cantabria*. Recuperado de <http://www.scsalud.es/web/scs/mapa>
- Sevilla, F., & Enríquez de Salamanca, R. (2006). Sistemas sanitarios y modelos organizativos. En J. R. Repullo, & A. Iñesta (Eds.), *Sistemas y servicios sanitarios* (pp. 59-120). Madrid, España: Díaz de Santos.
- Solheim, K., McElmurry, B. J., & Kim, M. J. (agosto, 2007). Multidisciplinary teamwork in US primary health care. *Social Science & Medicine*, 65(3), 622-634. doi:10.1016/j.socscimed.2007.03.028
- Stacey, R. D. (enero, 1995). The science of complexity: An alternative perspective for strategic change processes. *Strategic Management Journal*, 16(6), 477-495. doi: 10.1002/smj.4250160606

- Stacey, R. D. (abril, 1996). Emerging strategies for a chaotic environment. *Long Range Planning*, 29(2), 182-189. doi:10.1016/0024-6301(96)00006-4
- Stacey, R. D. (mayo-junio, 1996). Management and the science of complexity: If organizational life is nonlinear, can business strategies prevail? *Research Technology Management*, 39(3), 8-10. Recuperado de http://dx7nk9sl6m.search.serialssolutions.com/?url_ver=Z39.88-2003&ctx_ver=Z39.88-2003&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:doi/&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.aulast=Stacey&rft.aufirst=R.&rft.issn=08956308&rft.volume=39&rft.issue=3&rft.date=1996-05&rft.spage=8&rft.epage=10&rft.pages=8-10&rft.artnum=&rft.title=Research+Technology+Management&rft.atitle=Management+and+the+science+of+complexity%3a+If+organizational+life+is+nonlinear%2c+can+business+strategies+prevail%3f&rft_id=info:sid/Elsevier:Scopus
- Stacey, R. D. (junio, 2001). Complexity and the group matrix. *Group Analysis*, 34(2), 221-239. doi: 10.1177/05333160122077820
- Stacey, R. D. (diciembre, 2005). Organizational identity: The paradox of continuity and potential transformation at the same time. *Group Analysis*, 38(4), 477-494. doi: 10.1177/0533316405058540
- Stacey, R. D. (julio, 2007). The challenge of human interdependence: Consequences for thinking about the day to day practice of management in organizations. *European Business Review*, 19(4), 292-302. Recuperado de http://dx7nk9sl6m.search.serialssolutions.com/?url_ver=Z39.88-2003&ctx_ver=Z39.88-2003&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:doi/10.1108%2f09555340710760125&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.aulast=Stacey&rft.aufirst=R.&rft.issn=0955534X&rft.volume=19&rft.issue=4&rft.date=2007&rft.spage=292&rft.epage=302&rft.pages=292-302&rft.artnum=&rft.title=European+Business+Review&rft.atitle=The+challenge+of+human+interdependence%3a+Consequences+for+thinking+about+the+day+to+day+practice+of+management+in+organizations&rft_id=info:sid/Elsevier:Scopus
- Starfield, B. (2001). *Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona, España: Masson.
- Ter Haar, M., Aarts, N., & Verhoeven, P. (febrero, 2014). Communication strategies in complex collaboration: A case study innovation in care prevention. *Tijdschrift Voor Communicatiewetenschap*, 42(2), 121-144. Recuperado de http://www.boomlemmatijdschriften.nl/tijdschrift/TCW/2014/2/TCW_1384-6930_2014_042_002_003

- Ter Haar, M., Aarts, N., & Verhoeven, P. (septiembre, 2014). Finding common ground in implementation: Towards a theory of gradual commonality. *Health Promotion International*, 10. doi: 10.1093/heapro/dau077
- Tong, A., Flemming, K., McInnes, E., Oliver, S., & Craig, J. (noviembre, 2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology*, 12(1), 181. doi:10.1186/1471-2288-12-181
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (septiembre, 2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
- Valles, M. S. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Velasco, H., & Díaz de Rada, A. (2003). *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de escuela*. Madrid, España: Trotta.
- Wolcott, H. F. (2003). *Mejorar la escritura de la investigación cualitativa*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.

APÉNDICES

Apéndice A. Guión de la primera entrevista

¿Qué te llevó a trabajar en AP?

¿Cuál era tu percepción en ese momento?

¿Consideras que tenías suficiente formación? ¿Qué te faltaba? ¿Cómo has adquirido esa formación después?

¿Cómo te sentiste al trabajar por primera vez en una consulta?

Respecto a tus compañeras, ¿crees que poseáis la misma formación?

Como profesional, ¿Cuánta autonomía has tenido en la toma de decisiones?

¿Cuánto depende tu trabajo del médico con el que trabajas?

El cambio de uniforme a bata, ¿Cómo lo percibiste y como lo perciben los demás?

¿Qué te ha aportado el trabajo en equipo?

¿En qué cambió tu trabajo cuando se puso en marcha la cartera de servicios? Y ¿el contrato programa?

¿Obliga a criterios de calidad la cartera de servicios?

¿Consideras que debería haberse creado una cartera propia para enfermería?

¿Cuáles son las características que definen el trabajo de la enfermera en AP?

¿Qué diferencia hay con el trabajo en Atención Especializada?

¿Cómo ha cambiado a lo largo del tiempo?

¿Por qué se pasó de un cupo a dos? ¿Ha influido en el trabajo?

¿Conoces alguna enfermera que represente la excelencia en el trabajo?

¿Qué características tiene?

¿Por qué no todas las enfermeras son buenas profesionales?

¿Cómo habéis vivido la incorporación de enfermeras de especializada?

¿Qué aspectos externos a tu trabajo influyen en él?

¿Cómo ha evolucionado el modelo?

¿Como ves el futuro?

Apéndice B. Guión de las sucesivas entrevistas

ETNOHISTORIA

En los inicios, ¿hubo alguna estrategia?

¿Se seleccionó y se formó a los profesionales para el puesto que iban a ocupar? ¿Es importante tener formación específica?

¿Tenías una idea de lo que iba a ser la AP?

¿El modelo se ha adaptado a las enfermeras o las enfermeras han creado su propio modelo?

¿Cuáles crees que son los objetivos de la AP? Y los de las enfermeras como profesión?
¿Crees que se han desplazado para permitir la permanencia del grupo profesional?

¿Consideras que hay etapas clave en el desarrollo de la AP? (los comienzos, madurez/plenitud y decadencia)

¿Qué problemas importantes habéis tenido el colectivo dentro de la organización? ¿Se han superado? ¿Cómo? ¿Ha habido momentos críticos?

¿Cómo ha evolucionado la profesión?

¿Qué mecanismos has desarrollado para adaptarte al nuevo modelo?

¿Existe dos tipos de enfermeras, las del inicio del modelo, incorporaciones de APD, y las que llegaron del hospital?

¿El papel, los contenidos del trabajo enfermero, se han inventado, copiado, impuesto...?

¿Consideras que la falta de formación es un limitador del trabajo?

¿Qué ha significado para la enfermera el disponer de consulta propia? Y ¿qué ha significado tener población asignada?

¿Ha cambiado la AP desde los inicios hasta hoy?

¿Qué crees que habéis aportado las enfermeras a la AP?

¿Hacia dónde debe ir la enfermería de AP en el futuro?

TRABAJO EN EQUIPO

¿Cuántos de los contenidos de tu trabajo tienen que ver con la negociación/cesión del médico?

¿Hay cohesión del equipo de enfermería?

¿Hay muchas diferencias entre el trabajo de unas enfermeras y otras? ¿Existen diferencias importantes entre la primera generación y las sucesivas?

¿Qué crees que habéis aportado las enfermeras a la AP al equipo?

¿Os comunicáis las enfermeras? ¿Cómo?

¿Crees que tienes objetivos comunes con las enfermeras de otros Centros de Salud?

LIDERAZGO

¿Ha habido líder? ¿Cuál es el papel de la coordinadora de enfermería? ¿Influye más el de ella o el del coordinador médico?

¿Cuánto liderazgo han tenido las direcciones de enfermería/gerencias? ¿Podrían haber elaborado estrategias que hubiesen influido en el trabajo enfermero?

CREENCIAS/PRESUNCIONES BÁSICAS

¿Cómo es la relación de la enfermería con los demás profesionales, de armonía, coordinación, sumisión, reducto apropiado...?

¿Cuál es la realidad, cuál es la verdad de la enfermería en AP?

¿Qué atributos organizativos (autonomía, colaboración entre profesionales, comunicación efectiva, recursos de apoyo, liderazgo), consideras que tiene que tener una enfermera de Atención Primaria?

En tú percepción, ¿qué actitud debería tener la enfermera de AP?

¿Qué le conviene a la enfermera dentro de la institución?

PRODUCTO

¿Qué aportas a los pacientes?

¿Qué aspectos positivos/negativos aportó la cartera de servicios, frente al trabajo con programas de salud/diagnóstico de salud?

¿Debería tener la enfermería una cartera de servicios propia?

¿Cómo evalúas tu trabajo? ¿Solo con el contrato programa? ¿Has evaluado resultados/cambios en salud por tu cuenta?

¿Qué crees que opinan los pacientes de lo que la enfermera les aporta?

Apéndice C. Guión de las entrevistas al equipo de enfermería

Cuéntame tu historia profesional.

¿Qué es la Atención Primaria para ti?

¿Es un modelo que ha evolucionado, está igual?, ¿es lo que tú esperabas?

¿En qué has contribuido a definir el modelo de práctica profesional?

¿Qué puntos fuertes tiene la enfermera de AP y qué puntos débiles?

¿Qué posición crees que tiene con respecto a la enfermería del hospital?

¿Crees que tienes libertad profesional en tu trabajo? ¿Quién acota tu desarrollo profesional?

¿Cómo es tu formación continuada? ¿Depende solo de ti, del equipo? ¿Quién la organiza?

¿Cuál es relevante para ti?

¿Existe liderazgo profesional en AP? ¿Ha cohesionado el trabajo de las enfermeras?

¿Hasta qué punto están “centralizadas” las decisiones y hasta qué punto tenéis autonomía las enfermeras?

¿Podrías definir qué entiendes por equipo de Atención Primaria?

¿Las necesidades de los profesionales con respecto al equipo son mayores que con respecto a la organización?

¿Qué objetivos han tenido las diferentes gerencias de AP?

¿Sería deseable una mayor autonomía de los equipos de AP? ¿En tu centro sería posible?

¿Habría que empoderar a las enfermeras para que asumieran procesos asistenciales hasta ahora reservados a los médicos?

¿Propiciaría una asistencia más eficiente? ¿Para ello qué tendrían que dejar de hacer las enfermeras?

¿Ha afectado a la autoestima profesional?

¿Quién mantiene el ecosistema de AP?

¿Cuánto hay de cohesión en el equipo y cuanto de atomización? ¿Cuáles son las causas?

¿Hay muchas diferencias entre el trabajo de unas enfermeras y otras? ¿Existen diferencias importantes entre la primera generación y las sucesivas?

Apéndice D. Historia oral

Tú que conoces los inicios, ¿Cómo viviste tú la estrategia de poner en marcha la AP en Cantabria?

¿Cómo se gestaron las funciones de las enfermeras de AP?

¿Qué destacarías de ello?

En la construcción de los equipos de AP, ¿qué importancia le das a la estrategia de contar con un sociólogo, una geriatra, trabajadora social...?

Háblame de la contradicción de entrar/salir de la consulta...

¿Qué diferencia hay entre una enfermera que ha participado en la construcción del modelo y la que se ha incorporado después?

¿Cuánto influye la profesionalidad?

Háblame del liderazgo institucional. ¿Cómo ha evolucionado?

¿Y los demás liderazgos: el de enfermería en las direcciones, el de enfermería como responsable?

Hablas del liderazgo de la enfermera del equipo “hacia dentro” no “hacia afuera” (reivindicativo), ¿cuándo se volvió más reivindicativo?

¿Cuándo hay “un elemento que distorsiona, la gente se decanta...” son muy vulnerables los equipos?

¿La confianza que crees tú que es un valor muy importante está ligado a la continuidad a la longitudinalidad? ¿Significa eso que el valor añadido de un profesional está ligado a dicha continuidad?

¿En qué se “ha retrocedido”?

La etapa de la “empresarización” de la AP (cartera de servicios, contrato programa) ¿cómo afectó al colectivo enfermero?

¿Las enfermeras de AP, están donde han querido ir o donde se han dejado llevar?

¿Tienen lo que querían tener o están donde querían estar?

¿El dualismo profesionalidad/funcionarización perjudica a la enfermera? ¿Es una contradicción?

¿Un hito?

¿Y los mitos en AP?

Si te dejaran, ¿cómo renovarías tú el modelo de AP?

¿Cambiarías el mapa de competencias profesionales?

En estos momentos que se habla tanto de la sostenibilidad del sistema, ¿está la población sobrediagnosticada, sobretratada, sobreprotegida? La llamada “cultura del exceso” “barra libre” ¿hay algo de cierto? ¿es un mito?

¿Puede la inercia retroceder y llevar a las enfermeras a “ser la del doctor fulano”? ¿Ese “espacio, hueco” no está consolidado, lo pueden copara otras profesiones?

Apéndice E. Estructura del nodo

Nombre jerárquico	Apodo	Agregado	Color asignado por el usuario
Nodos			
Nodos\¿Con qué me quedo de mi trabajo en esa parte~		No	Ninguno
Nodos\¿Qué estáis haciendo~, todavía sobrevive.		No	Ninguno
Nodos\¿Quieres evaluar el impacto~ Muy fácil~ dales vacaciones a todas las enfermeras el mismo mes y no las sustituyas. Ya verás"		No	Ninguno
Nodos\Cabeza verde".		No	Ninguno
Nodos\“Esto es enfermería y esto no lo ocupa ningún médico”		No	Ninguno
Nodos\“Oye, a lo mejor tengo que empezar a hacer otras cosas”		No	Ninguno
Nodos\A mí me siguen llamando doctora		No	Ninguno
Nodos\abriendo un hueco y haciendo que el papel de la enfermera fuera un papel importante, fuera una referencia para la población, que yo creo que lo es		No	Ninguno
Nodos\Accesibilidad		No	Ninguno
Nodos\Acceso al puesto de trabajo		No	Ninguno
Nodos\Alguna vez me dicen~ “Eres como una doctora”, y digo~ “No, yo toda la vida he sido enfermera”. “Bueno, pero sabes tanto como una doctora.”		No	Ninguno
Nodos\antiguo modelo		No	Ninguno
Nodos\Aquí acabas conociendo mucho a la población.		No	Ninguno
Nodos\asignación de población		No	Ninguno
Nodos\Atención integral		No	Ninguno
Nodos\atención primaria vs ambulatoria		No	Ninguno
Nodos\Atributos		No	Ninguno
Nodos\ aunque lo voy puliendo		No	Ninguno
Nodos\Ausencia de formación		No	Ninguno
Nodos\Ausencia de formación\—Fuimos desnudas totalmente, pero con una ilusión		No	Ninguno
Nodos\autogestión		No	Ninguno
Nodos\Autonomía profesional		No	Ninguno
Nodos\Autonomía profesional\Autonomía profesional		No	Ninguno
Nodos\Autonomía profesional\Entonces tú tenías que ir poco a poco ganándote, primero al médico y luego al paciente, porque el paciente tampoco asumía que tú fueras a atender lo que a él le pasaba. (2)		No	Ninguno
Nodos\Bueno, a mí aquello me parecía como sui generis, el tercer mundo.		No	Ninguno
Nodos\Burocracia profesional		No	Ninguno
Nodos\cada uno cuando está en su consulta haciendo sus cosas, ahí no puede entrar nadie		No	Ninguno
Nodos\cada uno cuando está en su consulta haciendo sus cosas, ahí no puede entrar nadie (2)		No	Ninguno
Nodos\Cartera de Servicios		No	Ninguno

Nombre jerárquico	Apodo	Agregado	Color asignado por el usuario
Nodos\\Centro de Salud		No	Ninguno
Nodos\\Cohesión del grupo		No	Ninguno
Nodos\\Como dicen~ "Sabe tanto como el médico".		No	Ninguno
Nodos\\comunicación entre niveles		No	Ninguno
Nodos\\con todo mi respeto a la gente del hospital, pero hay gente		No	Ninguno
Nodos\\con todo mi respeto a la gente del hospital, pero hay gente que viene del hospital con una actitud equivocada a la atención primaria.		No	Ninguno
Nodos\\confusión en el rol		No	Ninguno
Nodos\\construcción del modelo		No	Ninguno
Nodos\\Construcción del rol		No	Ninguno
Nodos\\consulta		No	Ninguno
Nodos\\Contrato programa		No	Ninguno
Nodos\\creencias		No	Ninguno
Nodos\\Creo que se nos ha ido un poco la ~...~ y lo veo en la primaria		No	Ninguno
Nodos\\cuando llegas a primaria es todo mucho más agradable,		No	Ninguno
Nodos\\cuando también aprendí en la gerencia estaba obsesionada la gente de ponerlo todo en verde.		No	Ninguno
Nodos\\Cuando yo hago algo bueno tengo que darle publicidad, tengo que intentar sacarlo adelante y generalizarlo.		No	Ninguno
Nodos\\Dadme los grandes y fuertes que el resto ya lo hago yo".		No	Ninguno
Nodos\\Dame los motivados que el resto ya lo hago yo"		No	Ninguno
Nodos\\Decisión del equipo		No	Ninguno
Nodos\\Desconocimiento de resultados		No	Ninguno
Nodos\\Desconocimiento del nuevo modelo		No	Ninguno
Nodos\\Desconocimiento del nuevo modelo\Dar contenido al puesto		No	Ninguno
Nodos\\descoordinación entre niveles		No	Ninguno
Nodos\\Después ya por ejemplo temas de la comunidad, enfermería sola siempre.		No	Ninguno
Nodos\\discontinuidad en el puesto		No	Ninguno
Nodos\\Duplicidad de funciones		No	Ninguno
Nodos\\E010		No	Ninguno
Nodos\\E011		No	Ninguno
Nodos\\E012		No	Ninguno
Nodos\\E02		No	Ninguno
Nodos\\E03		No	Ninguno
Nodos\\E04		No	Ninguno
Nodos\\E05		No	Ninguno
Nodos\\E06		No	Ninguno
Nodos\\E07		No	Ninguno
Nodos\\E08		No	Ninguno
Nodos\\E09		No	Ninguno
Nodos\\El equipo lo haces tú con tu médico, trabajas en conjunto de cara a tus pacientes.		No	Ninguno
Nodos\\El sentido de equipo, yo creo que se tuvo más hace años cuando había cosas que inventar,		No	Ninguno

Nombre jerárquico	Apodo	Agregado	Color asignado por el usuario
Nodos\\el ser enfermera de atención primaria es como el ser madre		No	Ninguno
Nodos\\Enfermeras hospitalarias		No	Ninguno
Nodos\\Entonces tú tenías que ir poco a poco ganándote, primero al médico y luego al paciente, porque el paciente tampoco asumía que tú fueras a atender lo que a él le pasaba. (2)		No	Ninguno
Nodos\\Entonces, ellas no estaban formadas para eso y no lo entendían.		No	Ninguno
Nodos\\Entonces, era una batalla fuerte.		No	Ninguno
Nodos\\equilibrio entre tangible e intangible		No	Ninguno
Nodos\\Eran escaras por todas partes, era horroroso. ~~~Eso sí que me agobió, lo pasé muy mal.		No	Ninguno
Nodos\\Es que a mí, trabajando en primaria, ni se me ocurría decir que me lo tenía que mandar mi gerente esto.		No	Ninguno
Nodos\\Es que es horrible el registro, el OMI es malo para nosotras		No	Ninguno
Nodos\\Eso hace grupo, eso hace piña.		No	Ninguno
Nodos\\Eso lo he visto y lo sigo viendo hoy en día, sí. Me duele.		No	Ninguno
Nodos\\Eso valía una pasta pero porque estábamos en la bonanza		No	Ninguno
Nodos\\estábamos todos descubriendo nuestro trabajo.		No	Ninguno
Nodos\\este es un centro que tiene muy mala fama.		No	Ninguno
Nodos\\Estrategia de cambio		No	Ninguno
Nodos\\Etnohistoria		No	Ninguno
Nodos\\Evolución de funciones		No	Ninguno
Nodos\\Evolución de la innovación tecnológica		No	Ninguno
Nodos\\Evolución del modelo		No	Ninguno
Nodos\\Evolución del rol		No	Ninguno
Nodos\\Exceso de demanda		No	Ninguno
Nodos\\formación continuada		No	Ninguno
Nodos\\Funcionarización		No	Ninguno
Nodos\\Futuro del modelo		No	Ninguno
Nodos\\género		No	Ninguno
Nodos\\gente demandante que quiere saber su tensión todos los días. Son cosas... Pero, claro, si tú eso lo has fomentado		No	Ninguno
Nodos\\Hay tantos equipos como centros		No	Ninguno
Nodos\\he intentado transmitir conocimientos, pero el conocimiento va en el aire		No	Ninguno
Nodos\\hemos ido un poco ocupando espacio		No	Ninguno
Nodos\\hitos		No	Ninguno
Nodos\\insatisfacción con el rol		No	Ninguno
Nodos\\Inseguridad en el rol		No	Ninguno
Nodos\\intentando inventar un poco el nuevo campo para enfermería		No	Ninguno
Nodos\\invisibilidad		No	Ninguno
Nodos\\la dirección de enfermería, que yo creo que ha estado muy atada de manos para poder facilitar que nos desarrollemos		No	Ninguno
Nodos\\la enfermera de primaria es una enfermera mucho más intuitiva.		No	Ninguno
Nodos\\La gente del hospital se pensaba que venía a atención primaria a no trabajar.		No	Ninguno
Nodos\\La mitad del equipo se va a ir y la mitad no quiere.		No	Ninguno

Nombre jerárquico	Apodo	Agregado	Color asignado por el usuario
Nodos\\La primera sensación cuando estuve sola en la consulta y me enfrenté al tema fue que yo no daba abasto.		No	Ninguno
Nodos\\Las del inicio se quemaron. Yo lo que he visto cuando estuve en la dirección fue que estaban muy quemadas		No	Ninguno
Nodos\\Las enfermeras ven gente de manera autónoma, encima lo resuelven		No	Ninguno
Nodos\\Las gerencias lo que suelen hacer es borrón y cuenta nueva, y eso no se puede hacer		No	Ninguno
Nodos\\liderazgo informal		No	Ninguno
Nodos\\Liderazgo Organización		No	Ninguno
Nodos\\Liderazgo profesional		No	Ninguno
Nodos\\Límite de funciones		No	Ninguno
Nodos\\lo mejor primaria tendría que haber sido más enfermería que médico		No	Ninguno
Nodos\\Longitudinalidad		No	Ninguno
Nodos\\los de arriba no valoran, no valoran qué tipo de trabajo hagas, valoran cuánto trabajo haces,		No	Ninguno
Nodos\\Los médicos eran todos de zona que llamaban, de cupo, del antiguo modelo. Había gente más joven y menos joven, pero realmente tampoco sabían.		No	Ninguno
Nodos\\Los médicos eran todos de zona que llamaban, de cupo, del antiguo modelo. Había gente más joven y menos joven, pero realmente tampoco sabían.\\la formación, por lo menos la que yo recibí, era hospitalaria pura y dura.		No	Ninguno
Nodos\\Luego la aldea de los irreductibles		No	Ninguno
Nodos\\Luego la aldea de los irreductibles galos que esos se quedarán ahí, pero no me preocupa.		No	Ninguno
Nodos\\Más tiempo		No	Ninguno
Nodos\\me siento muy valorada.		No	Ninguno
Nodos\\mí siempre me gustó más la atención primaria así que, cuando me llamaron, aunque fuese para guardias, vi la luz		No	Ninguno
Nodos\\Miniequipo		No	Ninguno
Nodos\\Misión		No	Ninguno
Nodos\\mitos		No	Ninguno
Nodos\\Motivación		No	Ninguno
Nodos\\muchas veces somos el puente que une, el nexo de unión.		No	Ninguno
Nodos\\nadie fue sabiendo lo que íbamos a hacer, yo por lo menos.		No	Ninguno
Nodos\\Necesitaba un poco de silencio y entonces de repente no solamente me quise ir a un centro de salud, sino que me quise ir a un pueblo.		No	Ninguno
Nodos\\negociación de funciones		No	Ninguno
Nodos\\Negociación en las funciones		No	Ninguno
Nodos\\no sabemos si servimos para algo y		No	Ninguno
Nodos\\No sabíamos nada ninguna, éramos todas del hospital, todas.		No	Ninguno
Nodos\\no se cambian de médico porque cambiaría la enfermería, porque no tiene posibilidad de elegir		No	Ninguno
Nodos\\Nos hemos vendido mal.		No	Ninguno
Nodos\\nos plantaron allí y		No	Ninguno
Nodos\\Nosotras no estamos legitimadas porque no tenemos sello,		No	Ninguno
Nodos\\Paradojas del modelo		No	Ninguno
Nodos\\pero le damos ese "además de",		No	Ninguno
Nodos\\Pero que realmente al paciente le volvimos demandante~		No	Ninguno
Nodos\\Pero yo, claro, no sabía que aquello iba a poder ser lo que luego fue la primaria		No	Ninguno

Nombre jerárquico	Apodo	Agregado	Color asignado por el usuario
Nodos\\polivalencia del puesto		No	Ninguno
Nodos\\—Porque en PPP no hay quien trabaje, es un balneario.		No	Ninguno
Nodos\\porque hay gente que va a primaria y no sabe dónde va.		No	Ninguno
Nodos\\porque me lo he guisado yo y me lo he comido. Quiero decir que he sido la que he solucionado mis problemas		No	Ninguno
Nodos\\Procesos de atención		No	Ninguno
Nodos\\Producto intangible		No	Ninguno
Nodos\\Profesionalidad		No	Ninguno
Nodos\\Pues eso era harto complicado.		No	Ninguno
Nodos\\que al médico le tuviera un poquito también contento		No	Ninguno
Nodos\\Que depende de quién te evalúe. Si te evalúan tus gestores, ellos quieren datos.		No	Ninguno
Nodos\\que luego todo aquello, a lo loco, ha ahogado a la propia primaria.		No	Ninguno
Nodos\\Que me lo creí y lo sigo creyendo. Me lo creí hasta adentro y además me encanta		No	Ninguno
Nodos\\Quiero abrir la puerta, os dije antes que mi misión es abrir la puerta y la manera de abrir la puerta es poco a poco.		No	Ninguno
Nodos\\Racionalismo planificador		No	Ninguno
Nodos\\Realmente he encontrado un poco lo que buscaba		No	Ninguno
Nodos\\Reclutamiento de profesionales		No	Ninguno
Nodos\\Redistribución de recursos		No	Ninguno
Nodos\\responsable de enfermería		No	Ninguno
Nodos\\Rol difuminado		No	Ninguno
Nodos\\Saeguridad en el nuevo rol profesional		No	Ninguno
Nodos\\Salir un poco de la consulta.		No	Ninguno
Nodos\\Satisfacción con el rol		No	Ninguno
Nodos\\si quieres, tienes mucha libertad para trabajar y, si no quieres, tienes mucha libertad para no trabajar		No	Ninguno
Nodos\\Siempre han hecho lo mismo.		No	Ninguno
Nodos\\Símbolos		No	Ninguno
Nodos\\Sobreatención		No	Ninguno
Nodos\\Somos reinos de taifas cada centro de salud.		No	Ninguno
Nodos\\tan ajenos los de primaria con los de especializada, que no sabemos muy bien las funciones de cada uno.		No	Ninguno
Nodos\\tienes que darle algo más que la técnica pura y dura.		No	Ninguno
Nodos\\Toda la vida he sido enfermera, nunca he querido ser doctora”.		No	Ninguno
Nodos\\todo eso nos ha ahogado		No	Ninguno
Nodos\\trabajamos con personas que cada día es un cuento.		No	Ninguno
Nodos\\Trabajo comunitario		No	Ninguno
Nodos\\Trabajo en equipo		No	Ninguno
Nodos\\Traslado a Primaria		No	Ninguno
Nodos\\tú manejas tu cupo perfectamente.		No	Ninguno
Nodos\\una enfermera de referencia para poderle consultar, preguntar, comentar, ahora la tienen y yo creo que la gente sabe que la tiene		No	Ninguno
Nodos\\Vimos que mordían mucho los perros y un estudio de mordeduras de perros		No	Ninguno
Nodos\\Visión		No	Ninguno

Nombre jerárquico	Apodo	Agregado	Color asignado por el usuario
Nodos\\Yo creo que a la gente le molesta bastante que la gente mayor de Valdecilla esté trasladándose a centros de salud.		No	Ninguno
Nodos\\Yo creo que esta plaza estuvo mucho tiempo sin cubrir y entonces hubo mucha gente que se desenganchó de la rueda.		No	Ninguno
Nodos\\Yo creo que hemos hecho a la población demasiado dependiente.		No	Ninguno
Nodos\\Yo creo que nosotros hemos sido autodidactas en todo el tema de educación para la salud.		No	Ninguno
Nodos\\Yo creo que podríamos dar bastante más.		No	Ninguno
Nodos\\yo creo que se perdió un tiempo muy importante, después de los inicios ha habido un tiempo de...		No	Ninguno
Nodos\\Yo creo que todos trabajamos en mini equipos		No	Ninguno
Nodos\\Yo estoy encantada, es lo único que puedo decir.		No	Ninguno
Nodos\\Yo estoy muy satisfecha de mi trabajo.		No	Ninguno
Nodos\\Yo hago el viaje con vosotros, pero voy de dama de compañía		No	Ninguno
Nodos\\Yo he sido militante activa de la creación del nuevo modelo de atención primaria.		No	Ninguno
Nodos\\Yo he sido muy paternalista y a veces todavía lo soy.		No	Ninguno
Nodos\\yo invierto tiempo en mis pacientes		No	Ninguno
Nodos\\yo le sacaba muchas castañas del fuego, le evitaba muchas consultas a él.		No	Ninguno
Nodos\\Yo lo aclaro y digo~ "Ella es la doctora y yo soy el enfermero".		No	Ninguno
Nodos\\Yo me impliqué hasta el cuello		No	Ninguno
Nodos\\Yo me siento valorada por los pacientes.		No	Ninguno
Nodos\\Yo me tuve que ganar su confianza		No	Ninguno
Nodos\\yo me veo muy verde todavía en los programas estos de obesidad		No	Ninguno
Nodos\\yo muchas veces me involucro en cosas.		No	Ninguno
Nodos\\yo no he innovado nada.~~Y lo que me han impuesto,		No	Ninguno
Nodos\\Yo personalmente creo que hemos conseguido muchísimo aunque nosotros no nos queramos dar cuenta porque sí nos hemos hecho el espacio y el hueco.		No	Ninguno
Nodos\\yo soy la que manejo mi agenda		No	Ninguno
Nodos\\Yo soy menos militante pero hay cosas que no me pueden tocar.		No	Ninguno
Nodos\\Yo tengo que seguir demostrando, a pesar de los años que tengo, que todavía		No	Ninguno

Apéndice F.




ABRAHAM DELGADO DIEGO, DIRECTOR DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

En relación en relación a la tesis doctoral "La cultura organizacional en Atención Primaria en Cantabria: dinámicas de integración"

AUTORIZA a Dña. María Madrazo Pérez a la realización de una estancia en el Centro de Salud Astillero, de la Gerencia de Atención Primaria, para el desarrollo de una investigación etnográfica en relación a la cultura organizativa creada por las enfermeras de los Equipos de Atención Primaria.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente en Santander a 15 de enero de 2013.


**EL DIRECTOR DE ENFERMERÍA
DE ATENCIÓN PRIMARIA,**
Fdo: Abraham DELGADO DIEGO

Apéndice G. Modelo de consentimiento para cada informante

Yo, Sra./Sr. _____ estoy de acuerdo en participar en esta entrevista conducida por la Sra. María Madrazo Pérez, profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad de Cantabria, investigadora principal del estudio titulado, “La cultura organizacional enfermera de la Atención Primaria de Salud en Cantabria: Dinámicas de integración”.

Entiendo que el propósito de este estudio es llevar a cabo varias entrevistas para obtener información acerca de la historia, los valores, creencias y servicios que sustentan el trabajo de los/las profesionales de Enfermería dentro de los equipos de Atención de Primaria en Cantabria desde sus inicios hasta la actualidad.

Estoy informada/o de que esta entrevista tiene una duración aproximada de una hora y media y que será grabada para su posterior transcripción.

Sé que mi participación en este estudio es totalmente voluntaria y que si yo deseo puedo abandonarlo en cualquier momento sin dar explicaciones.

Sé que la investigadora principal garantiza el anonimato y la confidencialidad de los datos y de mi identidad, que será codificada dentro del estudio. Toda la información recogida se mantendrá estrictamente confidencial, obviando los nombres identificables que pudieran aparecer a lo largo de la transcripción.

Entiendo que no recibiré ningún beneficio directo de la participación en este estudio, pero que mi participación puede ayudar a otros en un futuro al identificar este estudio los elementos de la cultura de la profesión en el contexto de la organización de la Atención Primaria en Cantabria.

Las conclusiones que se extraigan del análisis serán presentadas a todos los participantes al estudio en una sesión al efecto.

La investigadora me ha contestado a todas las preguntas que yo he tenido sobre este estudio. He entendido y comprendido esta información y estoy de acuerdo en participar en esta entrevista.

Firma

Fecha: ____ / ____ / ____

